

L'homéostasie idéelle. Comprendre la stabilité de l'accès aux soins des étrangers irréguliers en France et aux États-Unis (1970-2016)

Marie Moncada

▶ **To cite this version:**

Marie Moncada. L'homéostasie idéelle. Comprendre la stabilité de l'accès aux soins des étrangers irréguliers en France et aux États-Unis (1970-2016). Science politique. Université Paris Saclay (COmUE), 2019. Français. NNT : 2019SACLV028 . tel-02177998v2

HAL Id: tel-02177998

https://theses.hal.science/tel-02177998v2

Submitted on 8 Jul 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.

université PARIS-SACLAY

NNT : 2019SACLV028

Thèse de doctorat

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

université PARIS-SACLAY

L'homéostasie idéelle

Comprendre la stabilité de l'accès aux soins des étrangers irréguliers en France et aux États-Unis (1970-2016)

Thèse de doctorat de l'Université Paris-Saclay
préparée à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

École doctorale n° 578 – Sciences de l'homme et de la société (SHS)
Spécialité de doctorat : sciences politiques

Thèse présentée et soutenue à GUYANCOURT, le 27 mai 2019, par

Marie MONCADA

Composition du jury :

David AUBIN Professeur des universités Université catholique de Louvain *Institut de sciences politiques Louvain-Europe*	Rapporteur
Stéphane BAHRAMI-NIKDJOU Maître de conférences des universités – Praticien hospitalier Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines *Laboratoire de recherches cliniques et en santé publique sur les handicaps psychiques, cognitifs et moteurs*	Examinateur
Lawrence BROWN Professeur des universités Université de Columbia *Department of Health Policy and Management*	Examinateur
Virginie GUIRAUDON Directrice de recherche Centre national de la recherche scientifique *Centre d'études européennes et de politique comparée*	Présidente
Patrick HASSENTEUFEL Professeur des universités Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines Sciences Po Saint-Germain-en-Laye *Laboratoire PRINTEMPS (Professions, Institutions, Temporalités)*	Directeur de thèse
Marc SMYRL Maître de conférences Université de Montpellier *Centre d'études politiques de l'Europe latine*	Rapporteur

Titre : L'homéostasie idéelle. Comprendre la stabilité de l'accès aux soins des étrangers irréguliers en France et aux États-Unis (1970-2016)

Mots-clés : rétroaction, noyau dur, sous-système, verrouillage, santé, sans-papiers

Résumé : Comment comprendre la stabilité de l'accès aux soins des étrangers irréguliers en France et aux États-Unis, de 1970 à 2016, au vu des controverses et des réformes dont fait l'objet cet accès ? Cette thèse dégage deux hypothèses : d'une part, l'action publique française serait soumise à des rétroactions négatives, d'autre part, sa consœur étasunienne serait verrouillée par un noyau dur des croyances. L'analyse mixte, qualitative et quantitative, est effectuée à l'aide du logiciel NVivo sur un matériau provenant des groupes d'intérêt (680 fichiers en France, 881 aux États-Unis), de la presse (15 625 et 16 970), du législatif (1 366 et 1 110) et de l'administration (190 et 105). Une centaine d'entretiens affine les résultats. Cette analyse aboutit à la création d'un pendule d'homéostasie idéelle dévoilant trois activités du noyau dur des croyances : le verrouillage idéel (autocensure) et les rétroactions positive (autorenforcement) et négative (autocorrection). Ainsi, si les États-Unis font l'objet d'un verrouillage idéel, c'est bien les rétroactions négatives, voire positives, qui caractérisent le cas français. En revanche, ces pays ont tous deux un noyau dur qui leur est propre. Le noyau français, d'origine catholique, est ainsi tolérant envers l'infraction et privilégie l'égalité. À l'inverse, le noyau étasunien, d'origine protestante, est peu indulgent envers la transgression des normes et favorise la liberté.

Title: The belief homeostasis. Understanding the stability of access to care for unauthorized immigrants in France and in the United States (1970-2016)

Keywords: feedback, deep core, subsystem, locking, health, undocumented

Abstract: How to understand the stability of the access to care for unauthorized immigrants in France and in the United States, from 1970 to 2016, regarding the controversies and the reforms this access is subjected to? This PhD dissertation uses two hypotheses: on one hand, negative feedbacks would control the French policy; on the other hand, a deep core belief seems to stabilize the US one. A mixed analysis (qualitative and quantitative) is done with the NVivo software on data written by interest groups (680 files in France, 881 in the United States), the press (15 625 and 16 970), the Parliament (1 366 and 1 110) and the administration (190 and 105). A hundred of interviews refined the results. This analysis ends in a belief homeostasis pendulum highlighting three activities of the deep core beliefs: a belief locking (self-censorship), a positive feedback (self-reinforcing) and a negative feedback (self-correcting). In this sense, the US policy is subjected to a belief locking while its French counterpart is dominated by negative and, to a lesser extent, positive feedbacks. But these two countries have their own deep core beliefs. The French deep core, originated from Catholicism, is tolerant towards infringement and favors equality. On the contrary, the US deep core, deriving from Protestantism, is less lenient towards breach and opts for liberty.

Un énoncé ne dit que ce qui est en lui vérifiable.

Rudolf CARNAP, « Le dépassement de la métaphysique » *in* Antonia SOULEZ (dir.), *Manifeste du cercle de Vienne et autres écrits* (Presses Universitaires de France, 1985), 172

Toute théorie du social aura à faire face sur deux fronts. D'un côté, ceux qui ne conçoivent la science que de calcul et d'expérience, qui ne peuvent imaginer d'autres sciences que celle qu'ils connaissent déjà et proposent comme idéal scientifique un modèle tristement imité de la physique ; ceux-là contesteront toujours aux sciences sociales leurs possibilités théoriques. De l'autre, ceux qui ne tiennent pas en grande estime les sciences physiques, les champions de la subjectivité, du relativisme, de l'herméneutique et de l'ineffable, qui loueront plus que de raison les sciences sociales pour ce qu'elles ne sont pas ; ceux-là parleront de sciences, mais plutôt comme la continuation de la théologie par d'autres moyens.

Alain TESTART, *Pour les sciences sociales. Essai d'épistémologie* (Christian Bourgois, 1991), 15

REMERCIEMENTS

En premier lieu, mes remerciements s'adressent tout naturellement à mon directeur de thèse, Patrick HASSENTEUFEL, qui fit un triple pari à mon égard alors qu'il me rencontrait pour la première fois en 2014, soit deux ans après le début de ma thèse entamée en 2012. Il accepta tout d'abord de me diriger dès notre premier rendez-vous alors que ma thèse n'était pas financée et qu'il ne m'avait jamais vue ou lue auparavant. Le second pari fut de m'intégrer, en tant qu'ingénieure d'études, au projet ANR « RegMedProv » qu'il obtenait tout juste cette année-là. Ce contrat, m'ayant financé à mi-temps sur trois ans, m'a notamment familiarisée avec la recherche collective auprès d'une équipe allemande formidable. Lorsqu'en 2015 je suivis mon compagnon, tout fraîchement chargé de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement à Montpellier, Patrick fit enfin un troisième pari : celui de me présenter à l'équipe du Centre d'Études Politiques de l'Europe Latine (CEPEL) pour me faire bénéficier de leur superbe espace de travail. En écrivant ces lignes, j'aimerais pouvoir lui témoigner toute la confiance que je lui porte.

Ces six années de thèse n'auraient pu se conclure sans un sérieux soutien matériel et financier. Mes trois premières années de thèse ont ainsi pu voir le jour grâce à la confiance de Thomas RIBÉMONT, actuel président d'Action contre la Faim et ancien directeur de mon Master 2. Grâce à lui, j'ai ainsi pu découvrir l'enseignement en science politique et le plaisir qui y était associé. La dureté des conditions de travail des vacations a également pu être adoucie grâce à son immense soutien ainsi qu'à la protection de la Confédération générale du travail à qui je rends hommage pour ses multiples activités. Mon propre laboratoire, le PRINTEMPS (Professions, Institutions, Temporalités) m'a également été d'un précieux soutien lorsqu'il me paya mon billet d'avion pour les États-Unis. Je remercie également mon père, Philippe MONCADA, pour son soutien financier sur trois ans : si l'ascenseur social ne fonctionne pas en France, le mien est heureusement bloqué en haut. Une dernière aide a été mon hébergement à Issy-les-Moulineaux lorsque j'ai réalisé, pour plus d'un mois, mes entretiens français. En ce sens, je remercie très chaleureusement Lucie FRICHETEAU, Nicolas

PIERRE et Jean-Raymond TESTE pour leur long accueil et leur patience lors de mes occupations matinales de la salle de bain. Enfin, en termes d'espace de travail, je remercie tout spécialement l'Institut des Amériques et le CEPEL pour leur accueil et la sociabilité précieuse qu'ils offrent aux doctorants et aux jeunes chercheurs.

Ces espaces m'ont en effet fourni un apaisement professionnel et des amitiés sincères et durables. Parmi mes rencontres à l'Université Sorbonne Nouvelle, je remercie tout particulièrement Marine RIOU, Lamia DZANOUNI, Jihane GHELFI et Aliette VENTEJOUX pour leurs conseils et leur écoute. Concernant l'Institut des Amériques, j'adresse un grand merci à Élise CAPREDON, Carla TOMAZINI, Benjamin BRUCE, Joyce VALDOVINOS, Myriem ABOUTAHER, Isabelle TRITSCH, Marion DAUGEARD, Fabrice DUBERTRET et Bastien BEAUFORT. Le CEPEL est cependant l'espace où j'ai consacré le plus de temps. Je remercie ainsi très chaleureusement Julien BOYADJIAN, Marie NEIHOUSER, Alice SIMON, Claire DEDIEU, Laura GIRAUD, Violette LARRIEU, Arthur GROZ, Roman VAREILLES, Arnaud HUC, Pauline BENDJEBBAR, David GOUARD, Adrien MANNIEZ, Manon RATEL, Sylvain BERTSCHY, Batoul BENYAMINA, Fanny DEBIL et Benedetta CARLOTTI.

Cette thèse ayant été au-delà de mes propres savoirs informatiques, merci à Gilles BAUDIN DE LA VALETTE, Éric VERGER, Guillaume DE SPIEGELEER, Guillaume SURROCA, Yannis BEDIAT, François-Xavier TOLEDO, Clément MOLLA, Marc LEMAIRE, Adrien MANNIEZ, Julien AUDEMART et Rajiv AKBARALY pour leurs recommandations dans ce domaine. Merci également aux relectures de Josua GRÄBENER, Cécile TRON MURATORI, Fabien COLETTI, Éric VERGER et Yannis BEDIAT pour ma thèse.

Ces remerciements s'adressent aussi à ma famille et à mes autres amis qui ne cessent de me rappeler que le bonheur ne se résume nullement à un simple accomplissement professionnel. Enfin, car il est à la fois ma famille, mon ami, mon confident, mon amant et celui qui ne cesse de me faire rire chaque jour : merci, Éric, pour tout ce qui va au-delà des mots.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 5

TABLE DES MATIÈRES 7

LISTE DES ABRÉVIATIONS 15

NOTES POUR LA LECTURE 21

1. Les six utilisations des crochets lors des citations 21
2. La typographie franco-anglaise 22
3. Les notes de fin 22
4. Le référencement bibliographique de la littérature scientifique 23

INTRODUCTION GÉNÉRALE 25

SECTION 1. LE DOUBLE PARADOXE OBSERVÉ : UNE STABILITÉ DE L'ACTION PUBLIQUE EN DÉPIT DES CONTROVERSES ET DES RÉFORMES 28
SOUS-SECTION 1. L'accès aux soins des étrangers irréguliers fait l'objet d'attention par les programmes présidentiels 28
SOUS-SECTION 2. Certains dispositifs publics faisant l'objet d'un grand nombre de réformes évoluent peu 31
1. La définition du changement d'action publique 31
2. Les dispositifs français 33
2.1. L'aide médicale d'État 33
2.2. Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic 36
2.3. La régularisation pour soins 37
3. Les dispositifs étasuniens 39
3.1. Les dépenses « discrétionnaires » et leur impact sur la production législative 40
3.2. *Disproportionate Share Hospital* 40
3.3. *340B Drug Pricing Program* 41
3.4. *Ryan White* 43
3.5. *Community Health Centers* et *Federally Qualified Health Centers* 44
4. Conclusion 47
SECTION 2. L'ÉTABLISSEMENT D'UNE PREMIÈRE HYPOTHÈSE DE RECHERCHE : RÉTROACTIONS NÉGATIVES ET ACTION DES GROUPES D'INTÉRÊT EN FRANCE 48
SECTION 3. UN SUJET RESTREINT AUX ÉTRANGERS ADULTES, AUX MALADIES INFECTIEUSES ET À LA PÉRIODE ALLANT DE 1970 À 2016 52
SOUS-SECTION 1. Les étrangers ont un statut épidémiologique dégradé 52
1. Définition préalable des indicateurs utilisés 52
2. La tuberculose maladie 53
3. La tuberculose à bacilles multirésistants 55
4. L'hépatite B 57
5. Le VIH/sida 58
6. L'hépatite C 59
SOUS-SECTION 2. La temporalité choisie (1970-2016) et le contexte migratoire 61
1. Contexte migratoire en France 62
2. Contexte migratoire aux États-Unis 64
SOUS-SECTION 3. Définition des termes 67

SECTION 4. L'ÉTAT DE L'ART : UNE PROBLÉMATIQUE PEU TRAITÉE POUR LE CAS FRANÇAIS 71
SOUS-SECTION 1. Les travaux comparant la France et les États-Unis : la primauté donnée aux différences culturelles 72
1. Deux nations devant jongler entre la nécessité d'avoir des étrangers irréguliers et leur illégitimité officielle 72
2. Les différences culturelles entre les deux pays 73
SOUS-SECTION 2. Les travaux portant sur le cas français : l'importance de la culture et des groupes d'intérêt 75
SOUS-SECTION 3. Les travaux portant sur le cas étasunien : la portée de la culture et des conflits discursifs 78
1. La place de l'étranger irrégulier dans la culture étasunienne 78
2. Le conflit discursif sur l'accès aux soins des étrangers irréguliers 80
SECTION 5. L'ÉTABLISSEMENT D'UNE SECONDE HYPOTHÈSE DE RECHERCHE : LE NOYAU DUR DES CROYANCES 83
SOUS-SECTION 1. Le noyau dur des croyances comme seconde hypothèse de recherche 83
1. Le niveau macro : un sous-système et son environnement 84
1.1. La tridimension du sous-système 84
1.2. L'environnement du sous-système 84
2. Le niveau méso : des coalitions de cause 85
3. Le niveau micro : des individus 88
4. Le changement de l'action publique 88
4.1. Les chocs internes et externes au sous-système : une transformation radicale et soudaine de l'action publique 88
4.2. L'apprentissage et l'impasse politique : une transformation relative et lente de l'action publique 89
5. Le schéma du modèle des coalitions de cause 91
SOUS-SECTION 2. L'utilisation des instruments d'action publique pour identifier le noyau dur des croyances 92
SECTION 6. LES INSTRUMENTS ÉTUDIÉS 94
SOUS-SECTION 1. Les outils juridiques dans la classification des instruments d'action publique 94
1. Une classification des instruments centrée sur les ressources 94
2. Les outils juridiques : une catégorie de cette classification qui fait consensus 95
SOUS-SECTION 2. Les prestations financières 96
1. Les prestations financières en France 96
1.1. L'aide médicale de l'État de droit commun 96
1.2. L'aide médicale de l'état « à titre humanitaire » 97
1.3. Le fonds pour les soins urgents et vitaux 97
1.4. Les assurances privées 97
2. Les prestations financières aux États-Unis 97
2.1. Les couvertures de santé publiques 97
2.2. Les couvertures de santé privées 98
2.3. Le paiement public des soins urgents 98
2.3.1. Le paiement public des soins urgents demandé par l'intéressé 98
2.3.2. Le paiement public des soins urgents demandé par l'hôpital 99
2.4. Le paiement public des personnes atteintes du VIH/sida 99
SOUS-SECTION 3. Les centres de santé 99
1. Les centres de santé en France 100
1.1. Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic 100
1.2. Les centres de lutte antituberculeuse 100
1.3. Les centres de planification ou d'éducation familiale 101

1.4. Les permanences d'accès aux soins de santé 101
1.5. Les structures bénévoles 101
2. Les centres de santé aux États-Unis 101
SOUS-SECTION 4. L'encadrement des refus de soins 102
1 L'encadrement des refus de soins en France 102
2. L'*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* aux États-Unis 103
SOUS-SECTION 5. La régularisation pour état de santé 103
1. La régularisation pour état de santé en France 103
2. La régularisation pour état de santé aux États-Unis 104
SOUS-SECTION 6. Comparaison des instruments français et étasuniens 104
SOUS-SECTION 7. L'intérêt de la temporalité allant de 1970 à décembre 2016 pour ces instruments 106
SOUS-SECTION 8. Le bénéfice a priori des instruments aux étrangers irréguliers 107
1. Les instruments choisis semblent bénéficier aux étrangers irréguliers en France 107
2. Les instruments choisis semblent bénéficier aux étrangers irréguliers aux États-Unis 108
SECTION 7. LE PROTOCOLE EXPÉRIMENTAL ET LES MATÉRIAUX DE RECHERCHE 112
SOUS-SECTION 1. Le protocole expérimental 112
SOUS-SECTION 2. Le matériau de recherche 115
1. Rapports de l'administration et communiqués publics des groupes d'intérêt 116
2. Articles de presse 116
3. Rapports et débats parlementaires 117
4. Entretiens 118
SECTION 8. LES INTÉRÊTS DE LA COMPARAISON POUR UNE ANALYSE CULTURALISTE 120
SECTION 9. L'ANNONCE DE PLAN 122

PARTIE 1. L'ASTREINTE IDÉELLE PESANT SUR L'ORGANISATION ET LES REVENDICATIONS DES GROUPES D'INTÉRÊT 125

CHAPITRE 1. LA POLITISATION DU SUJET 127

SECTION 1. LE PROTOCOLE D'OBSERVATION DU NIVEAU DE MATURITÉ DES SOUS-SYSTÈMES 128
SOUS-SECTION 1. La nécessité d'établir un protocole d'observation 128
1. L'insuffisante définition de la maturité 128
2. L'insuffisante définition du sous-système et de son secteur d'action publique 129
SOUS-SECTION 2. Les sous-systèmes observés par ce protocole et leur degré de maturité 132
SOUS-SECTION 3. Des sous-systèmes dont le niveau de maturité est validé par entretiens 136
SOUS-SECTION 4. L'absence de lien direct entre maturité et conflictualité 139
SOUS-SECTION 5. Le lien entre réforme juridique et sous-système 140
SECTION 2. LES GROUPES D'INTÉRÊT SE POSITIONNANT SUR LES INSTRUMENTS 143
SOUS-SECTION 1. Des sources écrites françaises plus anciennes 143
SOUS-SECTION 2. Des groupes d'intérêt plus hostiles aux étrangers et à l'extension du système sanitaire aux États-Unis 145
SECTION 3. UNE PREMIÈRE SIMILITUDE : UN PLUS GRAND CLIVAGE ENTRE IMMIGRATION ET SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS POUR LES GROUPES D'INTÉRÊT ET L'OPINION PUBLIQUE 149
SOUS-SECTION 1. Un clivage entre immigration et santé relativement net au sein des groupes d'intérêt 149
SOUS-SECTION 2. Un clivage entre immigration et santé très net au sein des entretiens 150
1. Des équipes parlementaires spécialisées en santé et en immigration qui communiquent peu 150

2. Un croisement difficile entre immigration et santé dans l'opinion publique 151
3. Les réponses à la question « les étrangers irréguliers doivent-ils être régularisés le temps de leur traitement médical ? » 151
4. Le corollaire d'une telle distinction : une moindre publicisation du sujet chez les groupes d'intérêt étasuniens 156
SECTION 4. UNE SECONDE SIMILITUDE : DES « GRAPPES » MATURES ET IMMATURES PROCHES DES NIVEAUX DE MATURITÉ DES SOUS-SYSTÈMES 157
SOUS-SECTION 1. Instruments privilégiés des groupes d'intérêt 157
SOUS-SECTION 2. Instruments et catégories des groupes d'intérêt 159
SECTION 5. LES GROUPES D'INTÉRÊT UTILISENT L'OPINION PUBLIQUE POUR CRÉER UNE DYNAMIQUE AU SEIN DU SOUS-SYSTÈME 167
SECTION 6. L'ÉTROITE RELATION ENTRE LES PARTIS POLITIQUES FRANÇAIS ET LES GROUPES D'INTÉRÊT 169
SECTION 7. CONCLUSION DU CHAPITRE : LA CONTRAINTE IDÉELLE DES GROUPES D'INTÉRÊT IMPACTE SUR LEUR ORGANISATION INSTITUTIONNELLE 178

CHAPITRE 2. LES GROUPES D'INTÉRÊT FACE AUX INSTRUMENTS SANITAIRES 181

SECTION 1. EN FRANCE : L'AME, LA RÉGULARISATION POUR SOINS ET LES PASS 182
SOUS-SECTION 1. Panorama des communiqués en France 183
SOUS-SECTION 2. Les revendications relatives aux modifications législatives 186
1. Les revendications législatives à l'égard de l'AME 186
2. Les revendications législatives à l'égard de la régularisation pour soins 188
3. Les revendications législatives à l'égard des PASS 191
SOUS-SECTION 3. Les revendications relatives à la mise en œuvre des textes législatifs et à l'évaluation de cette mise en œuvre 191
1. Les revendications sur la mise en œuvre de l'AME 191
2. Les revendications sur la mise en œuvre de la régularisation pour soins 194
3. Les revendications sur la mise en œuvre des PASS 196
SECTION 2. AUX ÉTATS-UNIS : LES *CHC*, LES *FQHC*, *340B* ET *DSH* 197
SOUS-SECTION 1. Panorama des communiqués aux États-Unis 197
SOUS-SECTION 2. Les revendications législatives pour les *CHC*, les *FQHC*, *340B* et *DSH* 201
1. Les revendications législatives à l'égard des *CHC* et des *FQHC* 201
2. Les revendications législatives à l'égard de *DSH* 201
3. Les revendications législatives à l'égard de *340B* 202
SOUS-SECTION 3. Textes infralégislatifs et mise en œuvre pour les *CHC*, les *FQHC*, *340B* et *DSH* 203
1. Les revendications sur la mise en œuvre des *CHC* et des *FQHC* 203
2. Les revendications sur la mise en œuvre de *DSH* 204
3. Les revendications sur la mise en œuvre de *340B* 205
SECTION 3. CONCLUSION DU CHAPITRE : UNE OPPOSITION DES GROUPES D'INTÉRÊT AUX ÉTATS-UNIS SEULEMENT 209

CHAPITRE 3. LES GROUPES D'INTÉRÊT FACE À LA RÉGULARISATION 211

SECTION 1. UN RAPPORT DIFFÉRENCIÉ À L'INFRACTION 212
SOUS-SECTION 1. Vocable utilisé dans l'ensemble des sources écrites 212
SOUS-SECTION 2. Vocable utilisé chez les groupes d'intérêt 218
SECTION 2. DES GROUPES D'INTÉRÊT FRANÇAIS FAVORABLES À UNE RÉGULARISATION DES ÉTRANGERS 223
SECTION 3. DES GROUPES D'INTÉRÊT ÉTASUNIENS DIVISÉS SUR LA RÉGULARISATION DES ÉTRANGERS 226
SOUS-SECTION 1. Une coalition favorable à une régularisation massive 227

1. Le constat établi par cette coalition 227
2. Les bénéfices attendus d'une large régularisation 228
3. Les débats autour des risques d'une large régularisation 229
4. Les modalités de mise en œuvre d'une régularisation massive 230
SOUS-SECTION 2. Une coalition hostile à une régularisation massive 230
1. Le constat effectué par cette coalition 231
2. Les risques d'une large régularisation 231
3. Les propositions de cette coalition 232
SECTION 4. CONCLUSION DU CHAPITRE : UN NOYAU DUR DES CROYANCES HOMOGÈNE EN FRANCE MAIS HÉTÉROGÈNE AUX ÉTATS-UNIS 234
SECTION 5. CONCLUSION DE LA PARTIE : LE POIDS DES CROYANCES RELIGIEUSES .. 237
SOUS-SECTION 1. Des résultats validés par la littérature 237
SOUS-SECTION 2. Des résultats validés par les entretiens 246
1. Une faible validation en France 246
1.1. Un catholicisme faiblement évoqué en entretiens 247
1.2. Une tolérance à l'égard de l'infraction 247
1.3. Une opposition entre hospitalité et inquiétude financière 248
1.4. La santé, une exception universelle dans les années 1980-1990 249
1.5. Une moindre tolérance à l'égard de l'infraction depuis une dizaine d'années 251
2. Une forte validation aux États-Unis 255
2.1. Un plus grand intérêt catholique envers l'accès aux soins 255
2.2. Éthique protestante, capacité à travailler et droit à la santé 256
2.3. Éthique protestante et transgression des normes 257
2.4. Éthique protestante et pouvoir fédéral 258

PARTIE 2. LE NOYAU DUR DES CROYANCES ET L'INFLUENCE DES GROUPES D'INTÉRÊT DANS LA PRESSE, LE PARLEMENT ET L'ADMINISTRATION 261

CHAPITRE 4. LE DISCOURS DES GROUPES D'INTÉRÊT DANS LA PRESSE 263

SECTION 1. TAUX D'INFLUENCE DES GROUPES D'INTÉRÊT DANS L'ADMINISTRATION, LE PARLEMENT ET LA PRESSE 263
SECTION 2. PRÉSENTATION QUANTITATIVE DES DONNÉES ET CONSTITUTION D'UN ÉCHANTILLON REPRÉSENTATIF 272
SECTION 3. LA RÉGULARISATION DANS LES PRESSES FRANÇAISE ET ÉTASUNIENNE 286
SOUS-SECTION 1. La régularisation dans la presse française 286
1. Création d'un échantillon pour l'analyse qualitative 286
2. Analyse qualitative de l'échantillon 288
2.1. Les articles favorables : un argumentaire dominant très proche des groupes d'intérêt 288
2.2. Les articles neutres 293
2.3. Les articles hostiles 293
2.4. Classement des journaux 294
SOUS-SECTION 2. La régularisation dans la presse étasunienne 296
1. Création d'un échantillon pour l'analyse qualitative 296
2. Analyse qualitative de l'échantillon 298
2.1. Les articles favorables 298
2.2. Les articles neutres 301
2.3. Les articles hostiles 302
2.4. Classement des journaux 304
SOUS-SECTION 3. Conclusion de la section 305

SECTION 4. L'AME DANS LA PRESSE FRANÇAISE ET *EMTALA* DANS LA PRESSE ÉTASUNIENNE 307
SOUS-SECTION 1. L'AME dans la presse française 307
1. Création d'un échantillon pour l'analyse qualitative 307
2. Analyse qualitative de l'échantillon 309
2.1. Les articles favorables 309
2.2. Les articles neutres 313
2.3. Les articles hostiles 313
2.4. Classement des journaux 315
SOUS-SECTION 2. *EMTALA* dans la presse étasunienne 317
1. Création d'un échantillon pour l'analyse qualitative 317
2. Analyse qualitative de l'échantillon 318
2.1. Les articles favorables 318
2.2. Les articles neutres 319
2.3. Les articles hostiles 320
2.4. Classement des journaux 321
SOUS-SECTION 3. Conclusion de la section 321
SECTION 5. CONCLUSION DU CHAPITRE : LE SOUTIEN DE LA PRESSE ENVERS LES GROUPES D'INTÉRÊT EN FRANCE 323

CHAPITRE 5. L'OPPOSITION DES PARLEMENTAIRES 329

SECTION 1. PRÉSENTATION QUANTITATIVE DES DONNÉES ET CONSTITUTION D'UN ÉCHANTILLON REPRÉSENTATIF 329
SOUS-SECTION 1. Constitution d'un échantillon représentatif en France 329
SOUS-SECTION 2. Constitution d'un échantillon représentatif aux États-Unis 333
SECTION 2. ANALYSE DES RAPPORTS PARLEMENTAIRES 339
SOUS-SECTION 1. Analyse des rapports parlementaires français pour l'AME et la régularisation 339
1. Des rapports hostiles à ces deux instruments 339
2. Positionnement des rapports vis-à-vis de l'AME 342
2.1. Une coalition favorable à l'AME 342
2.1.1. Le constat de cette coalition 342
2.1.2. Les revendications de cette coalition 343
2.2. Une coalition neutre vis-à-vis de l'AME 345
2.3. Une coalition hostile à l'AME 345
2.3.1. Le constat de cette coalition 345
2.3.2. Les revendications de cette coalition 346
3. Positionnement des rapports vis-à-vis de la régularisation 347
3.1. Une coalition favorable à la régularisation 348
3.2. Une coalition hostile à la régularisation 348
SOUS-SECTION 2. Analyse des rapports parlementaires étasuniens pour la régularisation et *EMTALA* 350
1. Des rapports bienveillants à l'égard de ces deux instruments 350
2. Positionnement des rapports vis-à-vis de la régularisation 352
2.1. Coalition favorable à une large régularisation 352
2.1.1. Le constat établit par cette coalition 352
2.1.2. Une régularisation doit s'accompagner de mesures complémentaires 353
2.1.3. Les trois bénéfices d'une régularisation 354
2.2. Coalition hostile à l'égard d'une large régularisation 355
3. Positionnement favorable des rapports vis-à-vis de *Ryan White* 356
3.1. Le constat épidémiologique 356
3.2. L'efficacité du programme 357

3.3. Les recommandations à l'égard du programme 358
SOUS-SECTION 3. Conclusion sur les rapports parlementaires 359
SECTION 3. ANALYSE QUANTITATIVE DES DÉBATS PARLEMENTAIRES 360
SOUS-SECTION 1. Analyse quantitative des débats parlementaires en France 360
1. Fonction des orateurs selon leur positionnement 361
2. Parti politique des orateurs selon leur positionnement 362
3. Orateurs les plus prolixes 364
4. Majorité de l'Assemblée nationale au cours des interventions 366
5. Interprétation des résultats 368
SOUS-SECTION 2. Analyse quantitative des débats parlementaires aux États-Unis 369
1. Les interventions par type d'orateur 370
2. Les interventions par fonction et par parti politique 372
3. Les parlementaires les plus prolixes 373
4. Les organisations les plus prolixes 375
5. Majorités parlementaires lors des interventions 377
6. Interprétation des résultats 379
SECTION 4. ANALYSE QUALITATIVE DES DÉBATS PARLEMENTAIRES 382
SOUS-SECTION 1. Analyse qualitative des débats parlementaires en France 382
1. La coalition « neutre sur une régularisation » 382
2. Le lexique des coalitions sur l'AME 382
3. Le lexique des coalitions sur la régularisation 387
SOUS-SECTION 2. Analyse qualitative des débats parlementaires aux États-Unis 391
1. La coalition « neutre sur une régularisation » 391
2. Le lexique des coalitions sur la régularisation 391
3. Le lexique des coalitions sur *Ryan White* 397
SECTION 5. CONCLUSION DU CHAPITRE : L'OPPOSITION EXCEPTIONNELLE DES PARLEMENTAIRES FRANÇAIS ET LA BIPOLARITÉ DU NOYAU DUR DES CROYANCES ... 401

CHAPITRE 6. L'ADMINISTRATION ET L'ÉPIDÉMIOLOGIE 405

SECTION 1. PRÉSENTATION QUANTITATIVE DES DONNÉES 405
SECTION 2. L'AME ET LA RÉGULARISATION DANS L'ADMINISTRATION FRANÇAISE 415
SOUS-SECTION 1. L'AME et la régularisation dans l'administration française : un panorama quantitatif 415
SOUS-SECTION 2. L'AME dans l'administration française : une unanimité favorable 416
SOUS-SECTION 3. La régularisation dans l'administration française : l'opposition des Présidents de la République 419
1. La coalition pour une régularisation : la prédominance du Conseil national du sida et des hépatites virales 419
2. La coalition contre une régularisation : la prédominance des discours présidentiels 421
SECTION 3. LA RÉGULARISATION ET LES CENTRES DE SANTÉ DANS L'ADMINISTRATION ÉTASUNIENNE 424
SOUS-SECTION 1. La régularisation et les centres de santé dans l'administration étasunienne : un panorama quantitatif 424
SOUS-SECTION 2. La régularisation dans l'administration étasunienne 425
SOUS-SECTION 3. Les centres de santé dans l'administration étasunienne 429
SECTION 4. CONCLUSION DU CHAPITRE : UN INTÉRÊT ÉPIDÉMIOLOGIQUE EXCEPTIONNEL ET UNE OPPOSITION INSTITUTIONNELLE PROPRE 431
SECTION 5. CONCLUSION DE LA PARTIE : L'HOMÉOSTASIE IDÉELLE 432
SOUS-SECTION 1. Le processus d'homéostasie idéelle 432
1. Les rétroactions négatives 432
1.1. Synthèse des positionnements des sources écrites 432

1.2. Les sous-systèmes et leurs acteurs individuels et institutionnels 435
1.3. La réfutation des bulles politiques comme définition des rétroactions positives. 437
1.4. La réfutation des tâtonnements empiriques comme définition des rétroactions positives 439
1.5. Un triple processus de stabilisation : le verrouillage idéel et les rétroactions positives et négatives 439
2. Le noyau dur des croyances 441
2.1. L'homéostasie idéelle 442
2.2. La définition du noyau dur des croyances à l'aide des typologies de la littérature 447
2.3. La mesure de la maturité d'un sous-système 450
2.4. La flexibilité instrumentale et ses contradictions 451
SOUS-SECTION 2. Rétroactions négative et positive d'après les entretiens 452
1. Une forte validation des entretiens français pour la rétroaction négative 453
1.1. La relation étroite entre les groupes d'intérêt et le ministère de la Santé 453
1.2. Les rétroactions négatives françaises 455
1.2.1. Un constat général : les groupes d'intérêt sont dans une position défensive 455
1.2.2. L'expertise acquise par les groupes d'intérêt : l'évaluation des textes en vigueur 456
1.2.3. Quelques exemples de rétroactions négatives 458
1.3. Quelques exemples de rétroaction positive 461
2. Le verrouillage idéel étasunien d'après les entretiens 465
2.1. L'accès aux soins des étrangers irréguliers : un sujet ignoré par les groupes d'intérêt 465
2.2. L'importance de l'argent pour une victoire législative 466
2.3. Deux stratégies déployées par les groupes d'intérêt : les règlements fédéraux et la loi des États fédérés 467
3. Conclusion : les entretiens valident les deux hypothèses de recherche 469

CONCLUSION GÉNÉRALE 471

SECTION 1. LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA THÈSE : LE PROCESSUS D'HOMÉOSTASIE IDÉELLE 471
SECTION 2. D'AUTRES PISTES DE RECHERCHE 475

NOTES DE FIN 477

BIBLIOGRAPHIE 567

LISTE DES FIGURES 599

LISTE DES TABLEAUX 603

ANNEXES 607

ANNEXE 1. Liste des réformes pour chacun des instruments français et étasuniens 608
ANNEXE 2. Nombre de fichiers par occurrence et par groupe d'intérêt 613
ANNEXE 3. Grilles d'entretien 617
ANNEXE 4. Liste des entretiens 622
ANNEXE 5. Termes non conservés des débats parlementaires 625
ANNEXE 6. Statut épidémiologique des étrangers 630

LISTE DES ABRÉVIATIONS

340B	*340B Drug pricing program*
AACP	*American Association of Colleges of Pharmacy*
AAF	*American Action Forum*
AAMC	*Association of American Medical Colleges*
AAMFT	*American Association for Marriage and Family Therapy*
AAP	*American Academy of Pediatrics*
AAPS	*American Association of Pharmaceutical Scientists*
AARP	*American Association of Retired Persons*
AASLD	*American Association for the Study of Liver Diseases*
ACF	*Advocacy Coalition Framework*
ACOG	*American College of Obstetricians and Gynecologists*
ACP	*American College of Physicians*
ACS CAN	*American Cancer Society Cancer Action Network*
ADA	*American Diabetes Association*
ADDE	Avocats pour la défense des droits des étrangers
ADEA	*American Dental Education Association*
ADMEF	Action pour les droits des malades étrangers en France
AEH	*America's Essential Hospitals*
AEI	*American Enterprise Institute*
AFL-CIO	*American Federation of Labor - Congress of Industrial Organizations*
AFP	Agence France Presse
AHA	*American Hospital Association*
AHIP	*America's Health Insurance Plans*
AIC	*American Immigration Council*
AIR 340B	*Alliance for Integrity and Reform of 340B*
ALA	*American Lung Association*
AMA	*American Medical Association*
AMD	Aide médicale départementale
AME	Aide médicale d'État
AMG	Assistance médicale gratuite
ANA	*American Nurses Association*
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales
APA	*American Psychiatric Association*
APHA	*American Public Health Association*
APS	Autorisation provisoire de séjour
ARCAT	Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements
ARR	*Academy of Radiology Research*
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Actualités sociales hebdomadaires
ASHP	*American Society of Health-System Pharmacists*
ASPE	*Assistant Secretary for Planning and Evaluation*
ATD Quart Monde	Agir tous pour la dignité Quart Monde
ATMF	Association des travailleurs maghrébins en France

BIO	*Biotechnology Innovation Organization*
BRG Healthcare	*Berkeley Research Group Healthcare*
CAA	Cour administrative d'appel
CAP	*Center for American Progress*
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CBO	*Congressional Budget Office*
CBPP	*Center on Budget and Policy Priorities*
CCFD	Comité catholique contre la faim et pour le développement
CDAG	Consultation de dépistage anonyme et gratuit
CDC	*Centers for Disease Control and Prevention*
CE	Conseil d'État
CEDETIM	Centre d'études et d'initiatives de solidarité internationale
CEDH	Convention européenne des droits de l'homme
CEGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CESEDA	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CFDT	Confédération française démocratique du travail
CFR	*Code of federal regulations*
CGT	Confédération générale du travail
CHA	*Catholic Health Association*
CHC	*Community health center*
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIMADE	Comité inter mouvements auprès des évacués
CIS	*Center for Immigration Studies*
CISS	Collectif Interassociatif sur la santé
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CMS	*Centers for Medicaid and Medicare Services*
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés
CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'homme
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNS	Conseil national du sida et des hépatites virales
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
COMEGAS	Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins
CPAM	Caisse primaire d'assurance-maladie
CPEF	Centre de planification ou d'éducation familiale
CRIPS	Réseau national des Centres Régionaux d'Information et de Prévention du Sida
CRS	*Congressional Research Service*
CSHP	Conseil supérieur d'hygiène publique de France
CSII	*Center for the Study of Immigrant Integration's*
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DAL	Droit au logement

DGEF	Direction générale des étrangers en France
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSH	*Disproportionate share hospital*
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
EEE	Espace économique européen
EELV	Europe écologie les verts
EMTALA	*Emergency medical treatment and labor act*
EN3S	École nationale Supérieure de Sécurité Sociale
FAH	*Federation of American Hospitals*
FAIR	*Federation for American Immigration Reform*
FASE	Fédération pour une alternative sociale et écologique
FASTI	Fédération des associations de solidarité avec les travailleurs immigrés
FN	Front national
FNARS	Fédération des acteurs de la solidarité
FQHC	*Federally-qualified health center*
FSU	Fédération syndicale unitaire
FSUV	Fonds pour les soins urgents et vitaux
FTCR	Fédération des Tunisiens pour une citoyenneté des deux rives
GAO	*Government Accountability Office*
GISTI	Groupe d'information et de soutien des immigré.e.s
HALDE	Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HHCAWG	*HIV Health Care Access Working Group*
HHS	*Health and Human Services*
HIVMA	*HIV Medicine Association*
HIX	*Health insurance exchange*
HRSA	*Health Resources and Services Administration*
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IHSP	*Institute for Health and Socio-Economic Policy*
IIC Platform	*Interfaith Platform on Humane Immigration Reform*
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
IRCA	*Immigration Reform and Control Act*
IRESP	Institut de Recherche en Santé Publique
IST	Infections sexuellement transmissibles
ITEP	*Institute on Taxation and Economic Policy*
KFF	*Kaiser Family Foundation*
LCR	Ligue communiste révolutionnaire
LDH	Ligue des droits de l'homme

LR	Les Républicains
MARS	Médecin de l'agence régionale de santé
MdM	Médecins du monde
MEDPAC	*Medicare Payment Advisory Commission*
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
MG France	Fédération française des médecins généralistes
MHC	*Migrant health center*
MILI	*Medical Industry Leadership Institute*
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
MoDem	Mouvement démocrate
MPI	*Migration Policy Institute*
MRAP	Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples
MSF	Médecins sans frontières
NACH	*National Association of Children's Hospitals*
NACHC	*National Association of Community Health Centers*
NAE	*National Association of Evangelicals*
NAFC	*National Association of Free and Charitable Clinics*
NAMD	*National Association of Medicaid Directors*
NAPH	*National Association of Public Hospitals and Health Systems*
NASTAD	*National Alliance of State and Territorial AIDS Directors*
NASW	*National Association of Social Workers*
NC for LGBT Health	*National Coalition for LGBT Health*
NCSD	*National Coalition of STD Directors*
NCSL	*National Conference of State Legislatures*
NDA	Note de l'auteur
NESRI	*National Economic and Social Rights Initiative*
NFAP	*National Foundation for American Policy*
NGA	*National Governors Association*
NHC	*Neighborhood health center*
NHCHC	*National Health Care for the Homeless Council*
NHeLP	*National Health Law Program*
NHLA	*National Hispanic Leadership Agenda*
NHMA	*National Hispanic Medical Association*
NILC	*National Immigration Law Center*
NIWAP	*National Immigrant Women's Advocacy Project*
NMAC	*National Minority AIDS Council*
NNIRR	*National Network for Immigrant and Refugee Rights*
NWFCO	*Northwest Federation of Community Organizations*
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
OIG	*Office of Inspector General*
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPA	*Office of Pharmacy Affairs*
P.L.	*Public Law*
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCF	Parti communiste français
PCUSA	*Presbyterian Church (U.S.A.)*
PhRMA	*Pharmaceutical Research and Manufacturers of America*

PI	*Project Inform*
PNHP	*Physicians for a National Health Program*
PPACA	*Patient protection and affordable care act*
PPFA	*Planned Parenthood Federation of America*
PPIC	*Public Policy Institute of California*
PRI	*Pacific Research Institute*
PRUCOL	*Permanent residence under color of law*
PS	Parti socialiste
PUMA	Protection universelle maladie
RBM	Rassemblement bleu Marine
RESF	Réseau éducation sans frontières
RWMPC	*Ryan White Medical Providers Coalition*
SAW	*Special Agricultural Workers*
SEIU	*Service Employees International Union*
SFLS	Société française de lutte contre le sida
SGII	Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIECUS	*Sexuality Information and Education Council of the U.S.*
SMG	Syndicat de la médecine générale
SMISP	Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique
SNHPA	*Safety Net Hospitals for Pharmaceutical Access*
SNPM	Secrétariat national de la Pastorale des migrants
SOPHE	*Society for Public Health Education*
SPLC	*Southern Poverty Law Center*
SUD	Solidaires, unitaires, démocratiques
TFAH	*Trust for America's Health*
TRT-5	Groupe interassociatif traitements et recherche thérapeutique
UCLA	*University of California, Los Angeles*
UDF	Union pour la démocratie française
UDI	Union des démocrates et indépendants
UE	Union européenne
UMP	Union pour un mouvement populaire (Les Républicains)
UNC Health Care	*University of North Carolina Health Care*
UNEF	Union nationale des étudiants de France
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux
UNSA	Union nationale des syndicats autonomes
URMED	Urgence malades étrangers en danger
US(A)	*United States (of America)*
USA for IOM	*International Organization for Migration in the United States of America*
USC	*United States Code/Code of laws of the United States of America*
USCCB	*United States Conference of Catholic Bishops*
USCIS	*United States citizenship and immigration services*
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHO	*World health organization*

NOTES POUR LA LECTURE

Les crochets font l'objet de six utilisations distinctes lorsqu'ils sont utilisés lors des citations (**1**). La typographie franco-anglaise est également employée dans des contextes précis (**2**). Les notes de bas de page ont été volontairement transformées en notes de fin (**3**). Enfin, la littérature citée est datée sans, pour autant, user d'un référencement de type « auteur date » entre parenthèses (**4**).

1. Les six utilisations des crochets lors des citations

Lors d'une citation de la littérature scientifique, d'une source écrite ou d'un entretien, les mots entre crochets ont six significations. Les deux premières indiquent soit l'ajout, soit le retrait d'un mot afin de fluidifier la lecture d'une phrase. Le respect ou l'irrespect de la syntaxe indique donc s'il s'agit respectivement d'un ajout ou d'un retrait. Les deux exemples ci-dessous illustrent le cas d'un ajout puis l'unique cas d'un retrait dans la thèse :

> *L'argumentaire associatif regrette alors les « retards dans l'accès aux soins » qui « aggrave[nt] les pathologies, majore[nt] les coûts des traitements et contribue[nt] à l'engorgement des hôpitaux ».*

> *Elle suggère parallèlement de mettre fin à la condition de résidence de trois ans pour les seuls soins de ville – la CPAM de Paris ayant déjà aboli une telle distinction entre soins de ville et soins hospitaliers : « la mission [qui] ne croit pas que cette mesure aurait un effet inflationniste ni une incidence sur les flux migratoires ».*

Les crochets précisent également le contexte temporel ou le sujet d'une citation en incluant l'acronyme « NDA – Note de l'auteur » comme ci-dessous.

> *Les associations* [NDA : à cette période], *que ce soit MSF ou MDM, et ensuite après les assos de lutte contre le SIDA, elles voient assez rapidement le risque de ce discours.*

> *Il est multifactoriel. Il fait 800 millions euros par an* [NDA : l'AME].

La glose complète également une citation lorsque la construction de la phrase le permet. L'acronyme « NDA » n'est alors pas utilisé :

> *[The Tools of Government] est le premier ouvrage à développer une perspective analytique rigoureuse et systématique qui s'inscrit, à l'époque, dans le débat sur la mise en œuvre des politiques publiques.*

Par ailleurs, les crochets donnent la signification d'un acronyme dans une citation si celui-ci n'a pas été expliqué préalablement :

> *Even within the ACF [advocacy coalition framework] literature, there is no evident consensus on the demarcation of policy subsystems.*

Enfin, les points de suspension entre crochets indiquent une troncature :

> *Le 'biopouvoir' procède d'une double normalisation : discipline des individus (anatomopolitique) et régulation des populations (biopolitique).* [...] *L'argument éthique de la protection des vies humaines devient un moteur des politiques, au point d'ébranler les positions hégémoniques des firmes pharmaceutiques et de faire reconnaître des exceptions aux règles mondiales du commerce.*

2. La typographie franco-anglaise

Le texte français respecte la typographie française et le texte anglais suit la typographie anglaise. Ainsi, les citations françaises sont données par des guillemets à la française (« … ») et les extraits anglais sont introduits par des guillemets à l'anglaise ("…"). En revanche, afin de ne pas confondre une sous-citation avec une citation anglaise, l'ensemble des sous-citations, anglaises et françaises, sont écrites par des guillemets simples à l'anglaise ('…').

3. Les notes de fin

Les notes de bas de page ont été transformées en notes de fin. Celles-ci figurent donc en fin de manuscrit, avant la bibliographie et les annexes. Ce choix a été

fait pour deux raisons. D'une part, ces notes ne complètent pas l'argumentation de la thèse. En effet, par souci de lisibilité, ce « double discours » est volontairement proscrit afin de ne pas perdre le fil du raisonnement scientifique. Il n'est donc pas gênant de placer ces notes en fin de document. D'autre part, ces notes sont volumineuses car elles ont généralement quatre fonctions de référencement : article juridique, littérature scientifique, sources écrites (groupes d'intérêt, articles de presse, pouvoir législatif et administration) et extraits d'entretiens. Elles donnent ainsi l'origine juridique des éléments se rapportant à un instrument d'action publique, elles citent l'état de l'art, elles donnent la liste des sources écrites permettant d'appuyer un résultat et complètent, enfin, certains extraits d'entretiens par d'autres extraits afin de mesurer la robustesse quantitative du propos. Les notes sont ainsi un outil de démonstration en rendant transparente la « preuve », c'est-à-dire le matériau d'analyse. En revanche, ce matériau empirique étant conséquent d'un point de vue quantitatif, il perturbe la lecture s'il est présenté comme note de bas de page. En effet, ce format contraint certaines pages à n'inclure, parfois, que des notes de bas de page en mettant de côté le corps de la thèse. Ce faible intérêt des notes de bas de page pour la compréhension scientifique associé au caractère volumineux de celles-ci invite ainsi à adopter le format des notes de fin.

4. Le référencement bibliographique de la littérature scientifique

Si des chercheurs sont nommément cités, leur publication est datée entre parenthèses dans le texte puis référencée en note de fin de manière plus détaillée tel qu'exemplifié ci-dessous.

> *Christian JOPPKE (1998) estime que la présence d'étrangers irréguliers est consubstantielle à l'existence même d'États libéraux comme la France et les États-Unis.*

En ce sens, le référencement scientifique n'est pas de type « auteur date » car, dans l'hypothèse où de trop nombreuses publications scientifiques seraient citées, ce type de référencement perturberait la lecture et la compréhension de la thèse. En cas de publications collectives, notamment anglaises, seul le premier auteur est mentionné.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière interroge lorsqu'il est public et peu coûteux, voire gratuit. En effet, l'État doit-il s'occuper des personnes qu'il dit, justement, ne pas vouloir ? On comprend, dès lors, les controverses sur l'existence d'une couverture maladie pour cette population. Si cette existence est réelle en France et se matérialise par l'aide médicale d'État (AME), réservée uniquement aux sans-papiers, elle a été mainte fois supposée et crainte aux États-Unis et a notamment fait naître de vives polémiques lors de la réforme d'*Obamacare* qui fut alors soupçonnée de vouloir s'étendre aux clandestins. Cette couverture maladie fait ainsi l'objet d'attaques en France et n'existe pas aux États-Unis. La régularisation des sans-papiers est également soumise à de fortes controverses dans ces deux pays. Pourtant, de chaque côté de l'Atlantique, d'autres dispositifs sanitaires de droit commun sont accessibles aux clandestins, aux étrangers réguliers et aux natifs sans distinction et sans que cela ne fasse le moindre remous public.

Les dispositifs publics spécifiquement dédiés aux étrangers irréguliers – AME et régularisation – semblent donc éveiller les passions contrairement à ceux qui sont inscrits dans le droit commun pour chacun des pays. Néanmoins, en dépit de ces émois, il est curieux de constater que certains de ces dispositifs controversés changent peu sur, parfois, plusieurs décennies. La définition des bénéficiaires reste ainsi la même en dépit des nombreuses réformes dont font l'objet ces outils publics. De même, les crispations portant sur le bénéfice, en général, des services publics pour les étrangers irréguliers ne dégradent pas les autres dispositifs sanitaires de droit commun.

La première section revient ainsi sur ce double paradoxe concernant la stabilité de l'action publique en dépit des controverses et des réformes dont elle fait l'objet (**section 1**). L'analyse détaillée de cette stabilité juridique suggère l'existence d'une première hypothèse de recherche : des rétroactions négatives semblent verrouiller l'action publique, notamment en France (**section 2**). Le sujet de la thèse est ensuite resserré et précisé (**section 3**) afin d'interroger la littérature scientifique (**section 4**). Cet état de l'art fait apparaître une seconde hypothèse de recherche : en reprenant la terminologie du modèle des coalitions de cause, un noyau dur des croyances contraindrait la marge de manœuvre de l'action

publique, surtout aux États-Unis (**section 5**). Cette seconde hypothèse invite à développer une analyse centrée sur les instruments d'action publique afin d'identifier ce noyau dur (**section 6**). Un protocole expérimental est ainsi élaboré pour répondre à la problématique suivante : pourquoi les instruments d'action publique restent-ils stables dans le temps en dépit des controverses dont ils peuvent, directement ou indirectement, faire l'objet ? (**section 7**) La comparaison présente l'intérêt d'affiner et de classer ces résultats et inscrit la thèse dans une démarche culturaliste (**section 8**). L'annonce du plan de la thèse et des principaux résultats est enfin donnée (**section 9**).

SECTION 1. LE DOUBLE PARADOXE OBSERVÉ : UNE STABILITÉ DE L'ACTION PUBLIQUE EN DÉPIT DES CONTROVERSES ET DES RÉFORMES

L'accès aux soins des étrangers irréguliers fait l'objet de controverses dans les programmes présidentiels pour chacun des pays. Ces programmes insistent ainsi sur trois points : l'irrégularité de la présence des sans-papiers sur le territoire, la légitimité du bénéfice des services publics par cette population et, plus spécifiquement, la délimitation du bénéfice sanitaire par cette même population (**sous-section 1**). Pourtant, l'évolution juridique de la plupart des dispositifs dont peut bénéficier cette population n'aboutit à guère de changement, du point de vue de ses bénéficiaires notamment, en dépit des réformes dont ces dispositifs font l'objet (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. L'accès aux soins des étrangers irréguliers fait l'objet d'attention par les programmes présidentiels

En France, le Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples (MRAP) publie en 1972 un ouvrage intitulé *La santé des migrants* dans lequel est traitée la question des maladies infectieuses affectant les immigrés (maladies parasitaires et vénériennes, lèpre et tuberculose)[1]. L'ouvrage est préfacé par Pierre CHARBONNEAU, alors directeur général de la santé au ministère de la Santé. La même année, les grèves de la faim des sans-papiers démarrent pour obtenir une large régularisation de cette population.[2] Cependant, les programmes présidentiels n'accordent alors que peu d'intérêt à l'accès aux soins des

clandestins et à leur régularisation en dépit de l'intérêt du ministère de la Santé pour ce sujet. Le « Programme commun » (Parti socialiste [PS] et Parti communiste français [PCF]) souhaite ainsi fixer, en 1972, un quota de travailleurs immigrés accueillis chaque année en précisant que ceux-ci « bénéficieront des mêmes droits [NDA : sociaux] que les travailleurs français. »[3] Inversement, en 1974, le Front national regrette les prestations sociales dont peuvent bénéficier les immigrés qui « sont payées par la collectivité mais ne profitent qu'à leurs employeurs. »[4] En 1981, François MITTERRAND réitère cette exigence d'égalité entre travailleurs français et étrangers.[5] Le Front national (FN) n'a alors pas les parrainages suffisants pour faire campagne et le PCF subit de profondes divisions internes en raison, justement, d'un durcissement du parti sur le sujet de l'immigration.[6] En 1988-1995, le FN déplore, à nouveau, les prestations sociales allouées aux étrangers[7] et lutte pour mettre fin à l'immigration[8]. Sur cette même période, le PCF défend les droits des travailleurs immigrés[9] et affirme son opposition au FN : « Qui dit extrême droite dit racisme, antisémitisme, haine, violence, dictature de l'argent ».[10] Alors qu'il parvient au second tour de l'élection présidentielle de 2002, le FN réaffirme sa volonté d'établir une « préférence nationale » en matière d'aides sociales et désire « expulser immédiatement tous les immigrés en situation irrégulière ».[11] Le PCF souhaite, de son côté, régulariser tous les sans-papiers.[12] Les autres candidats principaux délaissent globalement cette thématique sur la période 1981-2002. En 2007, le PS défend ouvertement cette régularisation au côté du PCF – ce dernier insistant, parallèlement, sur l'importance d'étendre le bénéfice de l'AME. Le FN revendique à nouveau l'expulsion des sans-papiers ainsi que la suppression des prestations sociales dont bénéficie l'ensemble des étrangers.[13] Lors de l'élection présidentielle suivante, la régularisation est soutenue par le Front de Gauche (PCF et Parti de Gauche) mais refusée par le FN. Les candidats « PS » et « UMP » (Union pour un mouvement populaire) restent focalisés sur les quotas migratoires. Concernant l'AME, le candidat « UMP » souhaite qu'elle soit « recentrée sur les situations d'urgence sanitaire et sur les risques épidémiques. »[14] Enfin, en 2017, plus aucun candidat ne se prononce sur la régularisation. Seul le candidat « UMP » propose de calquer le fichier « AME » avec celui de la régularisation pour soins. Si l'actuel Président de la République, Emmanuel MACRON, ainsi que le candidat « PS » se prononcent ouvertement

contre une suppression de l'AME, le FN, parvenu à nouveau au second tour, la défend et le candidat « UMP » souhaite « la remplacer par une dispense de frais de santé limitée à la prise en charge des mineurs, des urgences et des maladies infectieuses, dans les établissements de santé agréés. »[15] Depuis les années 1970, le FN impose ainsi aux autres partis de se positionner sur ce sujet au travers, principalement, de l'AME et de la régularisation.

Aux États-Unis, les positionnements des programmes électoraux aux présidentielles révèlent également de vives contradictions ainsi que des positionnements plus précoces en matière sanitaire. Ce pays distingue plus nettement le volet migratoire du volet sanitaire. Concernant le volet migratoire, le Parti républicain montre ses inquiétudes à l'encontre des étrangers irréguliers dès le début des années 1970[16] et souhaite alors sanctionner leurs employeurs.[17] Si cette revendication disparaît par la suite, le Parti insiste dès les années 1980 sur le renforcement des frontières.[18] De même, en 2004, il s'oppose fermement à la régularisation des étrangers.[19] Ces deux dernières revendications se maintiennent jusqu'à nos jours. Le Parti démocrate souhaite, de son côté, dès les années 1970-1980, assouplir les politiques migratoires du pays[20] et lutter contre l'exploitation des travailleurs sans-papiers.[21] Il est également le premier, dès 2000, à défendre une large régularisation des étrangers et ne cesse de défendre cette position depuis.[22] Concernant le volet sanitaire, dans les années 1970-1980, le Parti républicain veut mettre un terme aux aides médicales allouées aux étrangers irréguliers.[23] Il précise cependant, en 1996, qu'il souhaite limiter ces prestations sanitaires aux soins urgents.[24] Le Parti démocrate est, sur ce point, confus. S'il souhaite étendre le bénéfice des aides sanitaires aux étrangers en 1980[25], il s'oppose aux prestations médicales accordées aux clandestins en 1996.[26] Parallèlement, il défend vigoureusement, sur la période 1972-2000, l'établissement d'une couverture maladie publique universelle.[27] Inversement, sur cette même période, le Parti républicain s'y oppose et défend l'expansion d'assurances-maladie privées.[28] Pourtant, depuis les années 1970, le Parti démocrate[29] et, dans une moindre mesure, le Parti républicain[30] invitent tous deux à accroître les financements de deux instruments d'action publique bénéficiant largement aux étrangers irréguliers : les centres de

santé communautaires (*community health centers*) et, de manière plus accessoire, « *Ryan White* », qui seront traités par la suite.

En dépit de ces incohérences rhétoriques propres au cas étasunien, les deux pays dévoilent ainsi une lutte de positionnement sur la question de l'accès aux soins des étrangers irréguliers depuis le début des années 1970. Pourtant, en se plaçant du point de vue des bénéficiaires, ces outils d'action publique évoluent peu même s'ils font, parallèlement, l'objet de réformes juridiques.

SOUS-SECTION 2. Certains dispositifs publics faisant l'objet d'un grand nombre de réformes évoluent peu

Les dispositifs étudiés dans cette section ont été sélectionnés en début de thèse, en 2012-2013, afin de mesurer leurs changements. Ils feront l'objet d'une analyse et d'une description plus fine en section 6. Les réformes dont font l'objet ces dispositifs ne signifient pas, néanmoins, qu'un changement majeur se produise. Un double paradoxe émerge alors : d'une part, le contexte négatif à l'égard des clandestins n'impacte pas sur leur accès aux dispositifs sanitaires ; d'autre part, la multiplication des réformes sur ces mêmes dispositifs n'aboutit pas à des changements majeurs du point de vue de ces bénéficiaires. La définition du changement est ainsi traitée en premier lieu (**1**). Les dispositifs français sont ensuite étudiés (**2**) préalablement aux dispositifs étasuniens (**3**). Une conclusion invite à construire une première hypothèse de recherche autour des rétroactions négatives et du rôle des groupes d'intérêt dans le verrouillage de l'action publique (**4**).

1. La définition du changement d'action publique

Peter HALL et Patrick HASSENTEUFEL construisent tous deux une typologie du changement d'action publique. Le premier établit une gradation sur trois niveaux s'intéressant, du plus faible changement au plus important, au mode d'utilisation de l'instrument, à la création de nouveaux instruments et à l'objectif de l'action publique (paradigme). S'inspirant des travaux de Thomas KUHN (1962) sur la

révolution scientifique (*paradigm shift*)[31], Peter HALL (1993) considère ainsi qu'un changement majeur de l'action publique est consubstantiel à un changement d'idées. Il estime que plus un paradigme est structuré au sein d'une classe dirigeante et plus celle-ci est résistante à la pression exercée par des groupes sociaux : "*Policy paradigms can be seen as one feature of the overall terms of political discourse. They suggest that the policymaking process can be structured by a particular set of ideas, just as it can be structured by a set of institutions.* [...] *But the ideas embodied in a policy paradigm have a status somewhat independent of institutions that can be used, as in the case of monetarism, to bolster or induce changes in institutional routines*. [...] *Policymakers are likely to be in a stronger position to resist pressure from societal interests when they are armed with a coherent policy paradigm*".[32]

Sans établir de gradation, Patrick HASSENTEUFEL (2011) propose d'observer quatre dimensions du changement qui agissent les unes sur les autres : mise en œuvre de l'instrument, rapports de pouvoir entre acteurs, règles du jeu institutionnel et orientation générale de l'action publique. Cette dernière dimension, d'ordre cognitif, permet aux acteurs politiques de hiérarchiser les objectifs de l'action publique et de mettre en place un système de représentation associé à ces objectifs.[33]

La définition du changement utilisée ici reprend essentiellement la typologie du second auteur et s'intéresse, plus spécifiquement, à sa première et à sa quatrième dimension : la mise en œuvre de l'instrument et l'orientation générale de l'action publique. Deux précisions doivent être données. D'une part, la mise en œuvre est ici traitée du point de vue du budget du dispositif et du nombre de ses bénéficiaires uniquement. D'autre part, l'orientation générale s'intéresse spécifiquement à la définition de ces bénéficiaires.

À noter, enfin, que l'orientation générale s'apparente fortement à « l'objectif » de Peter HALL – soit la forme de changement la plus difficile à obtenir sans une transformation radicale des idées. Cette hypothèse de recherche, insistant sur le rôle des idées dans la stabilité de l'action publique, sera confirmée par le reste de

la littérature scientifique en section 4. L'évolution historique des dispositifs français est maintenant traitée.

2. Les dispositifs français

Les dispositifs français se limitent à l'AME (**2.1**), aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) (**2.2**) et à la régularisation pour raison de santé (**2.3**). Ils ont été sélectionnés pour deux raisons. D'une part, l'AME et la régularisation pour soins font l'objet de controverses de la part du FN notamment. D'autre part, les CEGIDD ne font pas l'objet de controverses et sont très anciens.

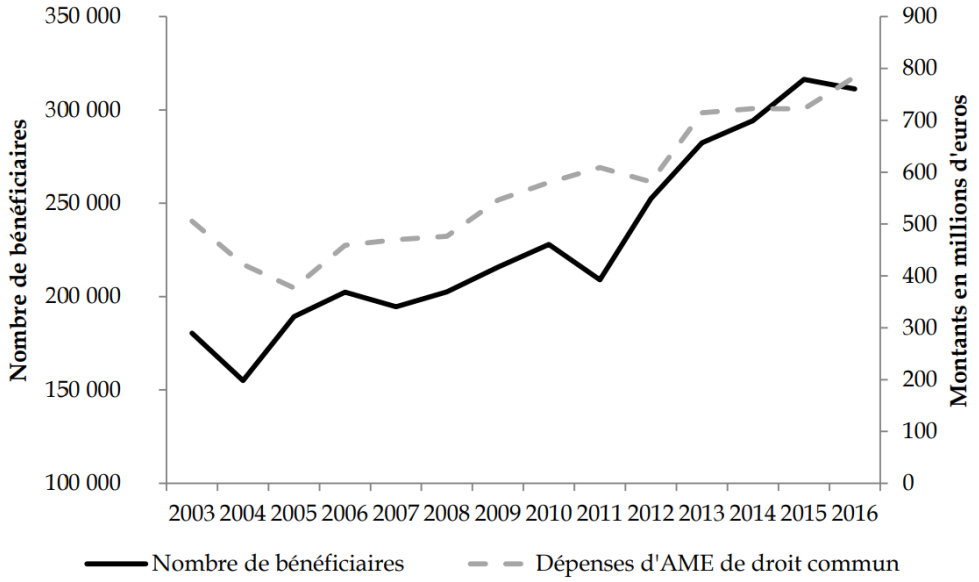
2.1. L'aide médicale d'État

L'AME est la continuité de l'assistance médicale gratuite (AMG) créée en 1893[34]. La notion d'irrégularité ne se pose pas dans les mêmes termes car, à l'époque, il suffit de se déclarer auprès de sa mairie de résidence[35], voire de sa préfecture concernant Lyon et Paris[36], pour être en situation régulière. Or, une demande d'AMG entraîne, de facto, une déclaration de présence. Néanmoins, ce n'est qu'en 1953 qu'est officiellement reconnu le bénéfice de l'assistance médicale gratuite aux étrangers irréguliers[37]. Cette aide médicale, permettant de ne pas faire l'avance des frais, est divisée en deux pans : l'aide médicale à domicile, pour les soins de ville, et l'aide médicale hospitalière. La première est soumise à une condition de résidence ininterrompue de trois ou quinze ans pour les étrangers ressortissants de pays n'ayant pas passé de convention avec la France[38]. L'aide médicale hospitalière n'est pas soumise à une condition de résidence. Les autres étrangers séjournant depuis moins de trois mois sont pris en charge par le département tandis que ceux résidant depuis plus de trois mois sont pris en charge par la mairie. L'aide médicale à domicile et l'aide médicale hospitalière sont autrement soumises au montant des ressources et à la nature des soins. Une admission d'urgence peut également être prononcée par la mairie[39]. Dès 1945[40], les étrangers irréguliers qui travaillent peuvent bénéficier de la Sécurité sociale. Une restriction est cependant posée en 1967[41] : les employeurs d'étrangers doivent ainsi rembourser les prestations de Sécurité

sociale dont ont bénéficié leurs salariés étrangers si ces derniers n'ont pas passé de visite médicale auprès de l'Office national d'immigration (actuel Office français de l'immigration et de l'intégration). L'AMG passe aux départements en 1983[42] et se nomme désormais AMD (aide médicale départementale). En 1992[43], les personnes sans résidence stable bénéficient d'une aide médicale gérée par l'État. Les autres personnes restent affiliées à l'AMD. En 1993[44], seules les personnes régulières peuvent bénéficier de la Sécurité sociale. L'AMD est alors conditionnée à une présence de trois ans sur le territoire pour le remboursement des soins de ville, pour toutes les nationalités. En 1999[45], l'AMD devient AME et repasse sous le giron de l'État. L'AME « à titre humanitaire », c'est-à-dire sur décision ministérielle, est également créée. En 2002[46], la condition de résidence de trois ans pour le remboursement des soins de ville est supprimée. En 2003[47] est posée l'obligation d'une résidence ininterrompue de trois mois. Le principe déclaratif relatif au domicile est supprimé en 2005[48]. Une série de restrictions intervient également en 2010[49] : droit de timbre à trente euros, accord administratif préalable en cas de remboursement des soins coûteux, réduction du panier de soins, exclusion des ascendants et des collatéraux pour les ayants droit et nécessité de remboursement des prestations versées à tort pour l'étranger. Il est par la suite interdit, en 2011[50], de déposer une demande d'AME en centre communal ou intercommunal d'action sociale. En 2012[51], le droit de timbre de trente euros et supprimé et il est à nouveau possible de déposer une demande d'AME en centre communal ou intercommunal d'action sociale. Parallèlement, le panier de soin est redéfini à trois reprises en 2011[52] et 2015[53].

Sur la France entière, ce programme est en augmentation tant du point de vue de son budget que de celui du nombre de ses bénéficiaires tel qu'illustré ci-dessous sur la période 2003-2016.

FIGURE 1 • Évolution du coût et du nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'État, France, 2003-2016



SOURCE : Alain JOYANDET, Sénat, Rapport général n° 108 (2017) : 28.

Ce programme a ainsi connu des allers-retours concernant l'exigence d'une résidence de trois ans, le passage sous l'autorité nationale, le droit de timbre de trente euros et la possibilité de déposer, ou non, une demande d'AME en centre communal ou intercommunal d'action sociale. Depuis les années 1970, la seule différence notable concerne les étrangers irréguliers dont les revenus dépassent le plafond de l'AME. Depuis 1993, ces derniers se voient en effet exclus de la Sécurité sociale et de toute autre forme de couverture médicale.

Ces allers-retours supposent l'existence de rétroactions (*feedbacks*) de l'action publique au sens où l'entend Paul PIERSON (1993). L'auteur suggère ainsi que des groupes d'intérêt se forment à la suite d'une action publique afin de la verrouiller (*lock in*) : "*The activity of interest groups often seems to follow rather than precede the adoption of public policies* [...] *Policies may create incentives that encourage the emergence of elaborate social and economic networks, greatly increasing the cost of adopting once-possible alternatives and inhibiting exit from a current policy path. Major policy initiatives have major social consequences. Individuals make important commitments in response to certain types of government action. These commitments, in turn, may vastly increase the disruption caused by new policies, effectively 'locking in' previous decisions*".[54]

Paul PIERSON (1994) distingue en effet deux mouvements : l'expansion et la restriction (*retrenchment*) de l'État providence. Si le premier est le fruit des syndicats et des partis de gauche notamment, le second fait l'objet d'un blocage pratiquement systématique de la part des nouveaux bénéficiaires de cet élargissement : "*My central thesis is that retrenchment is a distinctive and difficult political enterprise. It is in no sense a simple mirror image of welfare state expansion* [...] *Welfare states have created their own constituencies.* [...] *Voters' tendency to react more strongly to losses than to equivalent gains also gives these programs strength*. [...] *Almost always, retrenchment is an exercise in blame avoidance rather than in credit claiming*. [...] *The fear of popular opposition to radical spending cuts repeatedly forced each administration to retreat*".[55]

Ce constat est également établi par Jacob HACKER (2002) qui ajoute, au modèle de PIERSON, un verrouillage institutionnel : "*First, policy creates or encourages the creation of large scale organizations with substantial set-up costs; second, a policy directly or indirectly benefits sizable organized groups or constituencies; third, a policy embodies long-lived commitments upon which beneficiaries and those around them premise crucial life and organizational decisions; fourth, the institutions and expectations a policy creates are of necessity densely interwoven with the broader features of the economy and society, creating interlocking networks of complementary institutions; and fifth, features of the environment within which a policy is formulated and implemented make it harder to recognize or respond to policy outcomes that are unanticipated or undesired*".[56]

2.2. Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

Les CEGIDD résultent de la fusion, en 2014[57], des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). Les CIDDIST sont la continuité directe des dispensaires antivénériens nés durant la Première Guerre mondiale[58]. Ils naissent officiellement en 2004[59] à l'occasion de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

Les CDAG, quant à eux, apparaissent en 1987[60] dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida. De 1983 à 2004, la lutte contre les IST relève des départements. Afin d'harmoniser la répartition territoriale des CDAG, l'État s'engage, en 1999[61], à désigner au moins un CDAG par département. La même année[62], le dépistage des CDAG s'étend aux hépatites B et C et aux autres IST. L'accès aux mineurs dépourvus d'autorisation parentale est facilité dans ces deux centres en 2002[63] et 2016[64]. Enfin, entre 2009[65] et 2010[66], trois textes encadrent les possibilités de levée de l'anonymat.

Les données relatives à l'évolution du budget des CDAG, des CIDDIST et des CEGIDD sont difficiles à trouver en raison de leur fractionnement entre, d'une part, les CDAG hospitaliers et non hospitaliers et, d'autre part, les CIDDIST gérés aux niveaux départemental et national. De ce morcellement résulte, historiquement, un approvisionnement financier varié incluant notamment les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie, la dotation globale de décentralisation, le projet annuel de performance n° 204 et le fonds d'intervention régional depuis 2012. Les données relatives à l'évolution temporelle du nombre des CDAG, des CIDDIST et des CEGIDD sont également indisponibles.

Ainsi, si les CEGIDD résultent d'une évolution institutionnelle certaine, ses missions et ses bénéficiaires ont peu évolué : ils sont ouverts à tous de manière anonyme et gratuite et assurent, entre autres, le dépistage des principales maladies infectieuses (dont, parfois, la tuberculose). En ce sens, les comparer aux anciens dispensaires antivénériens reviendrait à évoquer à nouveau un verrouillage de l'action publique sans pour autant que ce verrouillage ne fasse l'objet d'allers-retours juridiques tels qu'observés pour l'AME. Ce verrouillage serait ainsi indépendant des groupes d'intérêt.

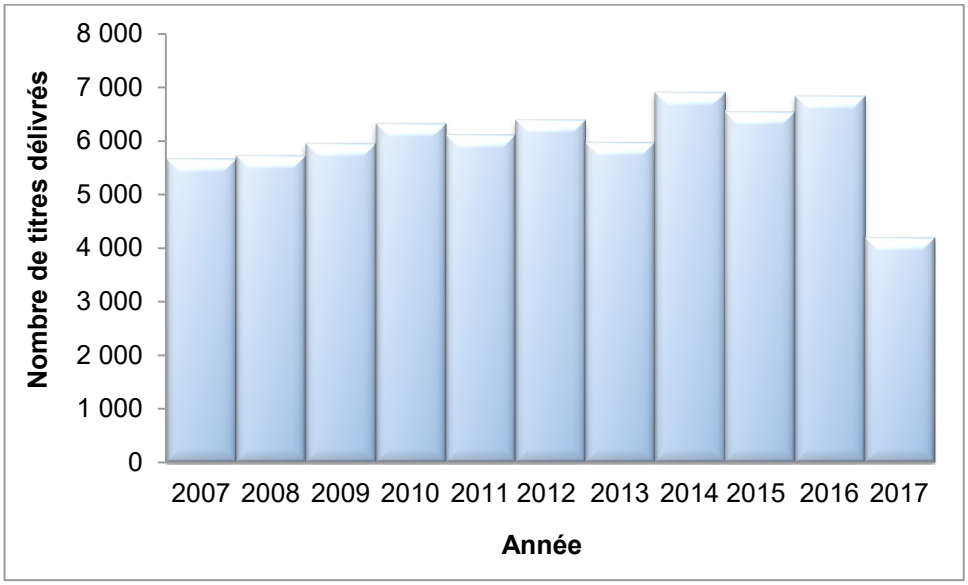
2.3. La régularisation pour soins

La régularisation pour soins émerge dès 1997[67] par son corollaire : l'inexpulsabilité des étrangers gravement malades. L'année suivante, le législateur décide d'admettre au séjour ces populations[68]. Cette consécration

législative était cependant pratiquée dès les années 1970-1980 par les préfectures de manière discrétionnaire. Ces dernières suspendaient ainsi une mesure d'éloignement ou délivraient des autorisations provisoires de séjour (APS) de trois mois, voire d'un an, sous réserve de présentation d'un certificat médical délivré par un médecin d'établissement public, d'une attestation de revenus ou d'une prise en charge financière et d'une justification de domicile[69]. Elle requérait également l'avis favorable d'un médecin ainsi qu'une attestation sur l'honneur de quitter le territoire au terme des soins.[70] De même, cette inexpulsabilité est posée de manière jurisprudentielle dans les années 1990[71]. Ces dispositifs sont étendus légalement aux Algériens en 2002[72] — ces derniers étant soumis à une convention bilatérale indépendante[73]. L'année suivante[74], un avis médical préalable à la délivrance de ce titre et issu d'un médecin unique ou d'une commission médicale régionale est exigé. Les parents accompagnant un mineur malade sont également autorisés à séjourner sur le territoire dès 2006[75]. Une circulaire précise, en 2010[76], que les ressortissants européens peuvent aussi bénéficier de cette mesure. En 2011[77] et 2016[78] est supprimé puis rétablit le critère d'effectivité. L'accès géographique ou financier du traitement médical au pays d'origine est donc toujours apprécié. Enfin, en 2016[79], l'avis médical préalable ne dépend non plus de l'Agence régionale de santé (ARS), placée sous l'autorité du ministère de la Santé, mais est désormais rédigé par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), soumis au contrôle hiérarchique du ministère de l'Intérieur. De même, la durée du titre du séjour est calquée sur la durée des soins alors qu'il était généralement inférieur ou égal à un an auparavant.

Le nombre des titres de séjour pour soins délivrés nationalement aux ressortissants de pays tiers est relativement stable entre 2007 et 2016 tel que le montre le graphique suivant. En revanche, l'allongement de la durée des titres de séjour n'impactant ces chiffres qu'à compter de 2018, les médecins de l'OFII sont visiblement d'une moindre générosité que ceux de l'ARS pour l'année 2017.

FIGURE 2 • Nombre de titres de séjour délivrés pour raison de santé aux ressortissants de pays tiers, France, 2007-2017



SOURCE : Département des Statistiques, des Études et de la Documentation (ministère de l'Intérieur). URL : https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-clefs (dernière visite : 17 décembre 2018)
NOTE : les ressortissants de pays tiers n'ont pas la nationalité de l'Union européenne, de l'espace économique européen ou de la Suisse.

Au même titre que l'AME et les CEGIDD, la régularisation pour soins n'a pas connu de transformations juridiques majeures. Elle a également éprouvé une rétroaction par l'aller-retour effectué sur la notion d'effectivité. Cet aller-retour suggère à nouveau l'implication des groupes d'intérêt. Les dispositifs étasuniens sont analysés ci-après.

3. Les dispositifs étasuniens

Certains dispositifs étasuniens font l'objet d'un plus grand nombre de réformes en raison de leur financement « discrétionnaire » (**3.1**). Cinq programmes sont ensuite analysés même s'ils seront plus précisément détaillés en section 6 : *Disproportionate Share Hospital* (**3.2**), *340B Drug Pricing Program* (**3.3**), *Ryan White* (**3.4**), les *Community Health Centers* et les *Federally Qualified Health Centers* (**3.5**). Ces programmes ont été sélectionnés car ils bénéficient fortement aux étrangers irréguliers (*Community Health Centers, Federally Qualified Health Centers* et *Disproportionate Share Hospital*) et sont susceptibles d'être controversés en raison des entraves qu'ils posent au libre-échange (*340B Drug*

Pricing Program) et des populations parfois négativement perçues qu'ils concernent (*Ryan White* touchant au VIH/sida).

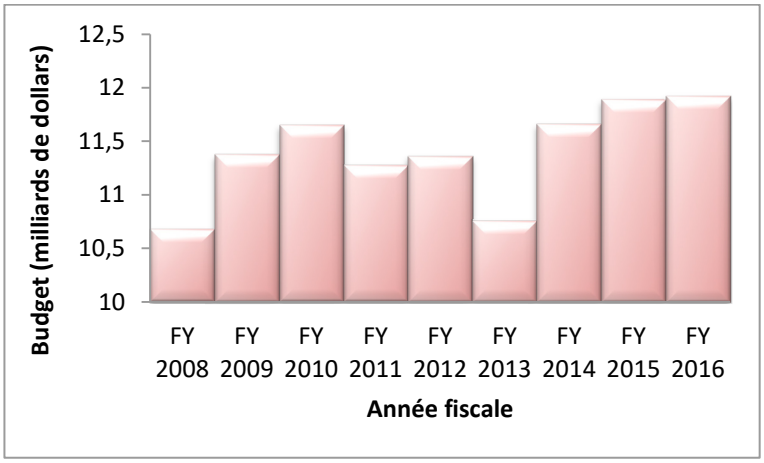
3.1. Les dépenses « discrétionnaires » et leur impact sur la production législative

Certaines mesures bénéficiant aux étrangers irréguliers (*Disproportionate Share Hospital* [*DSH*], *Community Health Centers* [*CHC*] et *Federally Qualified Health Centers* [*FQHC*] notamment) sont en majorité financées par des dépenses dites « discrétionnaires » (*340B Drug Pricing Program* [*340B*] et *Ryan White*). Plus précisément, ces programmes et ces dépenses font l'objet, annuellement en moyenne, d'une réévaluation (*appropriation act*) par le Congrès. Par exemple, l'enveloppe financière de *340B* est réévaluée chaque année afin qu'elle puisse bénéficier aux hôpitaux *DSH* et aux *FQHC*. Les fonds *Ryan White* bénéficient également aux *CHC* et aux *FQHC*. La conséquence directe des dépenses discrétionnaires est que cela engendre une production législative plus importante tant pour les mesures concernées que pour leurs enveloppes financières.

3.2. *Disproportionate Share Hospital*

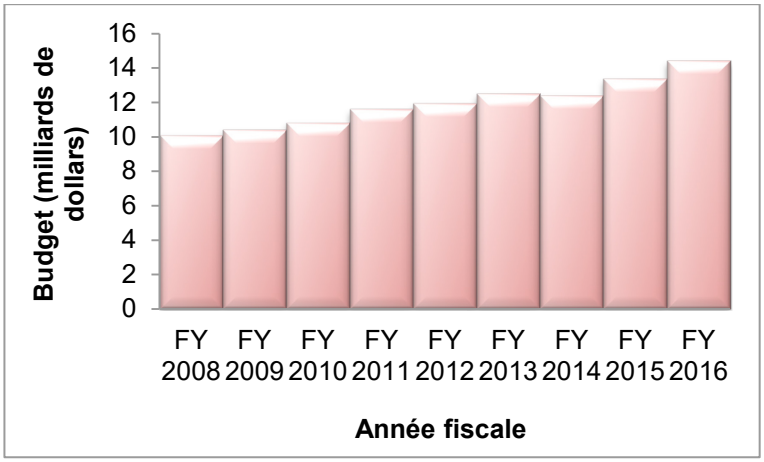
Disproportionate Share Hospital (*DSH*[80]) naît en 1981[81] pour sa partie *Medicaid* et en 1985[82] pour sa partie *Medicare* afin d'encourager les hôpitaux à soigner les populations pauvres en garantissant, au niveau fédéral, le remboursement de ces soins. Depuis 1990, les principales réformes ont essentiellement fait évoluer cet instrument financièrement. Ainsi, entre 1990 et 1992[83], le budget de *DSH* est multiplié par dix. Afin de limiter les dérives, l'État fixe en 1991[84] et 1993[85] deux plafonds d'allocation par État et par structure hospitalière. En 2003, l'État exige des États qu'ils lui transmettent un rapport annuel ainsi qu'une étude indépendante sur leurs dépenses relatives à cette enveloppe[86]. En 2010[87], il est décidé que ces fonds doivent commencer à décroître dès 2014 en raison du plus grand nombre de personnes possédant une couverture maladie[88]. Or, depuis 2014, il n'y a pas de réduction de ce budget concernant *Medicaid* et *Medicare*. Bien au contraire, ces deux ressources sont en augmentation telles que l'indiquent les deux figures ci-dessous.

FIGURE 3 • Budget fédéral de *Medicaid Disproportionate Share Hospital*, États-Unis, 2008-2016



SOURCE : The Henry J. Kaiser Family Foundation. URL : http://kaiserf.am/2n1evpJ (dernière visite : 23 janvier 2018).
NOTE : l'année fiscale (FY – Fiscal Year) court du 1er octobre au 30 septembre. Les années 2015 et 2016 sont non définitives.

FIGURE 4 • Budget fédéral de *Medicare Disproportionate Share Hospital*, États-Unis, 2008-2016



SOURCE : Pour les années fiscales 2008-2013, cf. Institute on Medicare and Medicaid Payment Issues, « The Medicare DSH Payment » (2015), 6. Pour les années 2014-2016, cf. John A. WANDISHIN, « Estimate of Medicare DSH payments used in development of factor 1" (memorandum of the Office of the Actuary) (2017), 2.

Le programme *DSH* a donc peu évolué concernant la définition de ses bénéficiaires, mais son budget est légèrement en augmentation.

3.3. *340B Drug Pricing Program*

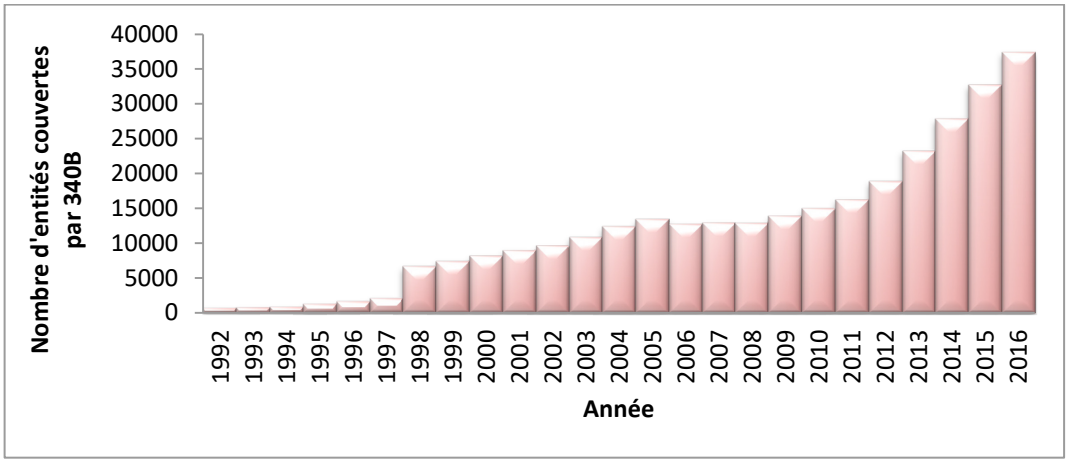
Si le programme *340B* s'officialise en 1992[89], il est en réalité la continuité d'un dispositif établi dès 1990[90]. Ce programme encourage alors les compagnies

pharmaceutiques à réduire le coût de leurs médicaments afin de diminuer les remboursements par *Medicaid*. La loi de 1992 est donc l'extension de ce dispositif aux institutions de santé dispensant des soins aux populations les plus vulnérables qui ne possèdent pas nécessairement *Medicaid*. Cela inclut, entre autres, les *FQHC* et les structures bénéficiant des fonds *Ryan White*. Ce programme est par la suite étendu aux hôpitaux éligibles à *DSH* en 2003[91] puis à d'autres types d'hôpitaux en 2005[92] et 2010[93].

En revanche, les patients reçus par ces entités éligibles ne peuvent pas tous bénéficier de ces médicaments bon marché. Afin d'éviter une dispersion de ces produits sur le marché pouvant entraîner une distorsion des prix, le législateur est intervenu à plusieurs reprises pour tenter de définir, de manière réglementaire, la notion de « patient » éligible. Pourtant, à ce jour, les différentes propositions de définition intervenues de manière réglementaire en 1996[94] et 2015[95] n'ont toujours pas abouti.

Le nombre d'entités (*FQHC*, hôpitaux *DSH*, cliniques financées par *Ryan White*, notamment) couvertes par le programme *340B* est en augmentation depuis 1992 tel qu'indiqué ci-dessous.

FIGURE 5 • Nombre d'entités couvertes par le programme *340B Drug Pricing Program*, États-Unis, 1992-2016



SOURCE : Données de la Health Resources and Services Administration (HRSA). URL : https://340bopais.hrsa.gov/ (dernière visite : 26 janvier 2018)

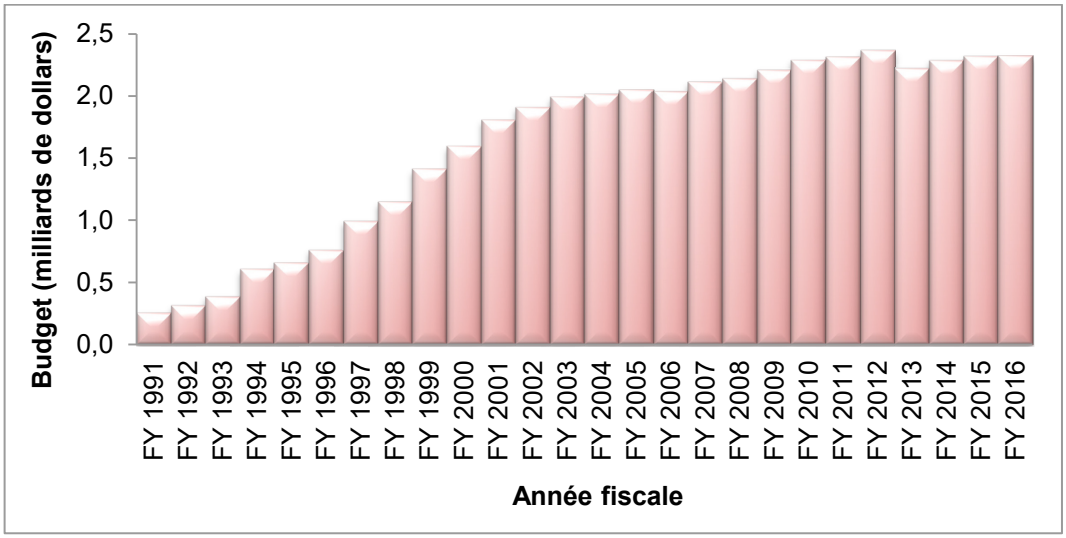
Contrairement à *DSH*, le programme *340B* a donc la particularité d'étendre la définition de ses bénéficiaires institutionnels contribuant, par la même, à accroître le nombre d'entités pouvant bénéficier du programme.

3.4. *Ryan White*

En 1990[96] est adopté pour cinq ans le programme *Ryan White* visant à prendre en charge les soins des personnes atteintes du VIH/sida financièrement démunies. Il est réautorisé par la suite en 1996[97], 2000[98], 2006[99] et 2009[100] en élargissant globalement la définition des activités qu'il prend en charge, mais non celle de ses bénéficiaires. La dernière réautorisation du Congrès expire en 2013, mais n'empêche pas pour autant le programme de fonctionner[101]. En ce sens, les individus, les institutions et les actes médicaux déterminés en 2009 restent les mêmes qu'actuellement.

Le programme prit ainsi progressivement en compte les soins dentaires et la formation médicale en 1996[102], sa propre évaluation, certains lieux de dépistage ainsi que des activités d'éducation thérapeutique en 2000[103], les aires urbaines défavorisées en 2006[104] et, enfin, la collecte des données relatives à la patientèle en 2009[105]. L'évolution du budget fédéral de *Ryan White* est illustrée ci-dessous pour la période 1991-2016.

FIGURE 6 • Budget fédéral du programme *Ryan White HIV/AIDS*, États-Unis, 1991-2016



SOURCE : Judith A. JOHNSON et Elayne J. HEISLER, The Ryan White HIV/AIDS Program: Overview and Impact of the Affordable Care Act (Congressional Research Service Report, 2015), 21.

Si le programme s'est effectivement développé au même titre que *DSH* ou que *340B*, la définition de ses bénéficiaires n'a jamais été fondamentalement modifiée et son budget est relativement stable depuis le début des années 2000.

3.5. *Community Health Centers* et *Federally Qualified Health Centers*

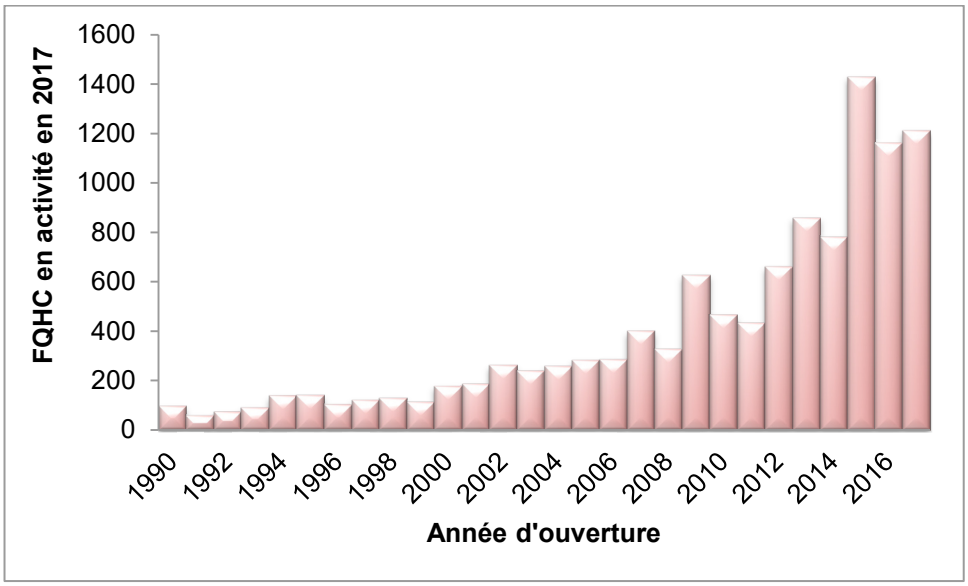
Les *community health centers* (*CHC*) sont issus des *neighbordhood health centers* (*NHC*), ces derniers étant reconnus officiellement en 1964[106]. La transformation définitive des *NHC* en *CHC* s'effectue en 1975[107]. Les *federally qualified health centers* (*FQHC*) naissent en 1989[108] afin de définir plus précisément les centres de santé pouvant bénéficier de subventions publiques. Le Congrès décide d'augmenter le financement des *FQHC* en 1990[109], 1996[110], 2002[111], 2008[112], 2009[113], 2010[114] et 2015[115]. La plupart des *CHC* étant des *FQHC*, ce budget se répercute directement sur ceux-là.

Une modification du programme intervient en 1990 par la création des *FQHC look-alikes*[116]. Ces derniers répondent à l'ensemble des critères pour obtenir l'appellation « *FQHC* », mais ne peuvent, néanmoins, bénéficier d'une

subvention en raison du manque d'argent public disponible pour les *FQHC*. En revanche, ils peuvent profiter des remboursements *Medicaid* et *Medicare* pour les patients possédant ces couvertures de santé et sont éligibles aux baisses tarifaires des produits pharmaceutiques grâce au programme *340B*.

Les données de la *HRSA* nous permettent d'avoir la répartition par année d'ouverture des *FQHC* en fonctionnement en 2017. En revanche, il est impossible d'obtenir les données sur les *FQHC* fermés ou inactifs contrairement au *340B*. Sur les 12 162 *FQHC* fonctionnant en 2017, 11 237 sont des *CHC*, 2294 sont des *Migrant Health Centers* (MHC) et 297 sont des *FQHC look-alikes*[117]. Le graphique ci-dessous mentionne la date d'ouverture des *FQHC* en activité en 2017.

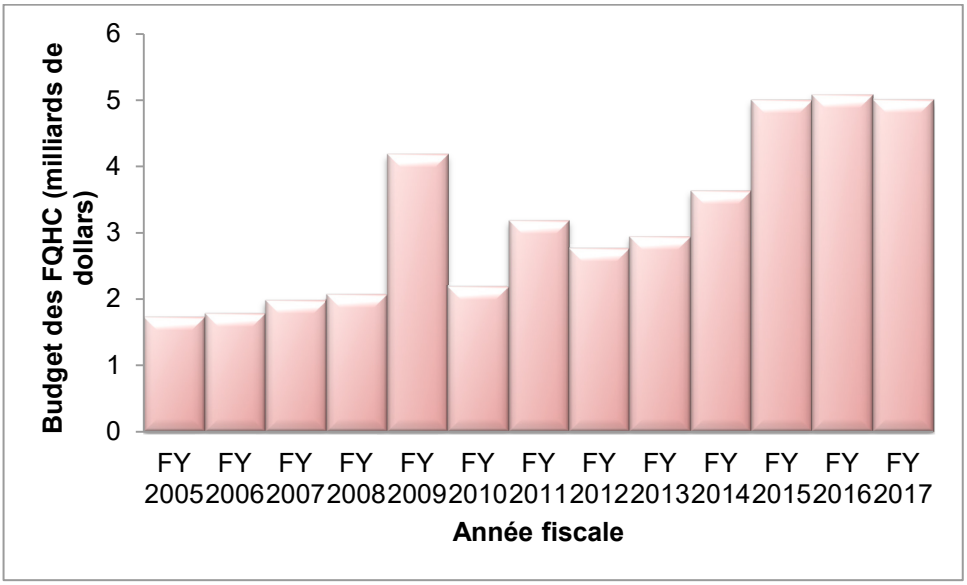
FIGURE 7 • Répartition des *Federally Qualified Health Centers* en activité en 2017 selon leur année d'ouverture, États-Unis, 1990-2016



SOURCE : Données de la Health Resources and Services Administration (HRSA). URL : https://datawarehouse.hrsa.gov (dernière visite : 29 janvier 2018).
LECTURE : Parmi les FQHC en activité en 2017, plus de 1400 ont été ouverts en 2015.

Le budget des FQHC est également en augmentation tel qu'illustré ci-dessous.

FIGURE 8 • Budget fédéral des *Federally Qualified Health Centers*, États-Unis, 2005-2017



SOURCE : Elayne J. HEISLER, Federal Health Centers: An Overview (Congressional Research Service Report, 2017), 11.
NOTE : En 2016, ce budget ne représente que 22 % du budget total des FQHC. Le véritable budget de ce programme varie d'un état à l'autre. Il est ainsi plus élevé dans les états ayant étendu le programme Medicaid (soit 42 % du budget des FQHC) suite à l'Affordable Care Act de 2010[118].

Au même titre que *DSH*, *340B* et *Ryan White*, le programme des *FQHC* est en expansion depuis plusieurs années. En revanche, ce dernier n'a pas connu de modification substantielle concernant la définition de ses bénéficiaires. Au même titre que les CEGIDD en France, les *FQHC* sont ouverts à tous. En revanche, contrairement aux CEGIDD, ils exigent une participation financière de, parfois, plusieurs dizaines de dollars.

Les cinq programmes développés ici présentent ainsi un accroissement indépendant de toute extension de leurs bénéficiaires individuels. Ainsi, si *340B* étend peu à peu son programme à d'autres partenaires institutionnels, il est incapable d'officialiser une définition des patients pouvant recevoir des médicaments bon marché. De même, concernant *DSH*, *Ryan White* et les *CHC/FQHC*, il n'a jamais été question, juridiquement, de restreindre le bénéfice de ces instruments à certaines personnes.

4. Conclusion

Pour ces deux pays, le phénomène d'aller-retour juridique n'a donc été observé que pour les dispositifs bénéficiant exclusivement aux étrangers irréguliers (AME et régularisation pour soins en France). Les autres mesures n'ayant pas fait l'objet d'aller-retour juridique sont toutes issues du droit commun et ne font ainsi pas de distinction entre les étrangers irréguliers, les étrangers en situation légale et les natifs (CEGIDD en France et intégralité des dispositifs étasuniens). Ce phénomène d'aller-retour juridique, propre au cas français, suggère l'utilisation d'une littérature portant sur les rétroactions négatives et, plus spécifiquement, sur le rôle des groupes d'intérêt dans la stabilité de l'action publique. Concernant les dispositifs de droit commun, l'augmentation de leur budget et du nombre de leurs bénéficiaires évoque, moins nettement, l'existence de rétroactions positives à condition de modifier sensiblement la définition de ces rétroactions.

SECTION 2. L'ÉTABLISSEMENT D'UNE PREMIÈRE HYPOTHÈSE DE RECHERCHE : RÉTROACTIONS NÉGATIVES ET ACTION DES GROUPES D'INTÉRÊT EN FRANCE

Les rétroactions négatives sont issues du modèle des équilibres ponctués – dérivé lui-même de la théorie du même nom développée par les paléontologues Niles ELDREDGE et Stephen GOULD (1977)[119] en évolution biologique. Ce modèle fut enrichi par Frank BAUMGARTNER et Bryan JONES (1993)[120] en science politique – les auteurs s'inspirant notamment de l'incrémentalisme de Charles LINDBLOM (1959)[121] et Robert DAHL (1953)[122] et de la rationalité limitée d'Herbert SIMON (1982).[123]

Les rétroactions positive et négative naissent essentiellement sous la plume de Karl DEUTSCH (1968) en science politique. L'auteur utilise alors ces concepts pour décrire la réaction d'un gouvernement à une information donnée. Si le comportement antérieur à cette information est amplifié, il s'agit d'une rétroaction positive pouvant aboutir, graduellement, à un changement majeur et involontaire. Des rétroactions négatives sont donc nécessaires pour limiter ces effets : "*A feedback process may inform the government of just what its subordinates have done and what were the results of their actions; and in the light of this information the government may modify the further commands which it gives to them. If the feedback always increases the intensity and/or frequency of the original behavior, then it is called positive or amplifying feedback; and it will drive the original behavior of the system higher and higher until some element in the system or in its environment breaks down, or until some essential resource or supply is exhausted* [...] *If persisted in, they are soon apt to get out of control regardless of the moderate intentions of the parties who started them*. [...] *This is to say that positive feedback must be replaced by negative feedback, which will reduce or reverse previous behavior enough to limit its outcome. Negative feedback is the essential steering process which underlies all keeping of limits and all pursuit of goals*".[124]

Frank BAUMGARTNER et Bryan JONES (1993, 2002) perpétuent ces travaux en développant davantage encore la notion de rétroaction négative. Selon eux, la

rétroaction positive s'opère lorsqu'un changement politique infime crée, de manière involontaire, une modification majeure à long terme. Des termes similaires ont été utilisés en science politique afin de décrire de tels phénomènes : escalade (*escalation*), effet de mode (*bandwagon*), pente glissante (*slippery slope*) et vagues (*wave*). À l'inverse, la rétroaction négative maintient la stabilité du système à la manière d'un thermostat. Un système dominé par des rétroactions négatives peut ainsi dévier légèrement et temporairement de son équilibre avant de revenir à celui-ci : "*When shocks are introduced into a system dominated by negative feedback, the system moves away from its equilibrium for a time, but then retums to the status quo ante. At times, however, political actions are subject to positive feedback. Small inputs can cascade into major effects as they work their ways through a complex system. Political science has developed terms to describe such situations: escalation, bandwagons, slippery slopes, and waves*."[125]

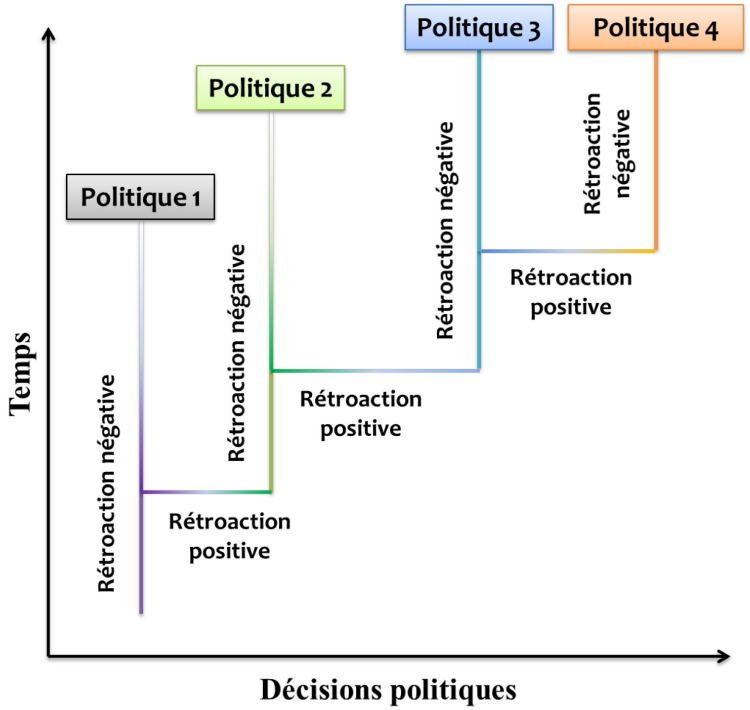
Si la rétroaction positive se manifeste par un mécanisme d'autorenforcement (*self-reinforcing*), c'est bien davantage l'autocorrection (*self-correcting*) qui caractérise la rétroaction négative. Celle-ci est le fruit de pressions adverses permettant au système de tenir la barre : "*A negative feedback model of the political process* [is] *one where shocks to the system are dampened, where pressures from one side lead to counter-pressures from another side, and in general where self-corrective mechanisms keep the system on an even keel*".[126] Reprenant les propos de Jonathan BENDOR et Terry MOE (1985), les auteurs estiment ainsi que le succès des acteurs impliqués dans ce système ne peut être que limité (*self-limiting*).[127]

La rétroaction négative est ainsi une contre-réaction pouvant contraindre l'action publique à faire marche arrière selon James MAHONEY (2000) : "*Whereas self-reinforcing sequences are characterized by processes of reproduction that reinforce early events, reactive sequences are marked by backlash processes that transform and perhaps reverse early events. In a reactive sequence, early events trigger subsequent development not by reproducing a given pattern, but by setting in motion a chain of tightly linked reactions and counterreactions*".[128]

Cette idée de marche arrière est également utilisée par Martin BAEKGAARD, Søren Kølbæk LARSEN et Peter MORTENSEN (2018) : "*Negative feedback is the world of incrementalism where policy action is kept within narrow bounds because most changes to a policy output at time* t *are countered by subsequent changes in the opposite direction at time* t+1".[129]

Les auteurs s'accordent ainsi sur un constat : la rétroaction positive est associée au changement là où son négatif est lié à la stabilité. Ces deux concepts sont également des processus et non le fruit de ces processus. Ils peuvent donc être modélisés de la manière suivante.

FIGURE 9 • Modélisation d'une rétroaction (positive et négative)



L'autocorrection des rétroactions négatives, comparable à un thermostat, rappelle ainsi les allers-retours juridiques observés pour l'AME et la régularisation pour soins en France. Mais la définition d'une rétroaction négative est en réalité confuse car la littérature s'y est peu intéressée contrairement à sa consœur positive. Ce constat est établi par plusieurs auteurs dans les années 2000 : "*the concept of negative policy feedback has great explanatory potential*"[130] ; "*the literature has overremphasized positive feedbacks from policy. It is equally*

important to focus on negative policy feedbacks"[131] ; "*Positive feedbacks have nonetheless garnered the lion's share of academic attention*"[132]. D'ailleurs, l'un d'eux n'hésite pas à hiérarchiser ses préférences : "*positive feedback processes are more interesting than negative feedback processes*".[133] Dit autrement, selon Marc SMYRL (2002) : « Si nous prenons pour acquis le principe que la continuité est la condition normale d'une politique publique, il n'en reste pas moins que ce sont les épisodes exceptionnels de changement qui retiennent l'attention du chercheur scientifique comme du citoyen ».[134]

De même, comment se matérialise concrètement un phénomène d'autorenforcement (rétroaction positive) dans l'hypothèse où un changement majeur n'a pas encore eu lieu ? Les réformes dont sont l'objet les dispositifs étudiés, leur augmentation budgétaire et l'accroissement du nombre de leurs bénéficiaires doivent-ils être observés comme étant une forme d'autorenforcement ? Comment, d'ailleurs, être certain qu'un changement majeur se produira ? Un resserrement du sujet est effectué pour dégager d'autres hypothèses de recherche dans la littérature scientifique.

SECTION 3. UN SUJET RESTREINT AUX ÉTRANGERS ADULTES, AUX MALADIES INFECTIEUSES ET À LA PÉRIODE ALLANT DE 1970 À 2016

Afin de permettre la comparaison, ce sujet se limite aux adultes – les mineurs, en France, n'étant pas considérés comme étant en situation irrégulière contrairement aux États-Unis. De même, pour limiter la collecte des données, le sujet de la thèse est restreint aux maladies infectieuses en raison du statut épidémiologique dégradé des étrangers et des personnes d'origine étrangère (**sous-section 1**). La temporalité choisie, allant de 1970 à décembre 2016, s'inscrit dans un contexte migratoire particulier pour chacun des pays (**sous-section 2**). Les termes sont enfin définis (**sous-section 3**).

SOUS-SECTION 1. Les étrangers ont un statut épidémiologique dégradé

Le statut épidémiologique des étrangers irréguliers n'est pas connu. En revanche, il est possible de s'en rapprocher en combinant les données, particulièrement développées, des individus de nationalité étrangère ou nés à l'étranger atteints de tuberculose, du VIH/sida ou d'hépatites B et C – ces quatre infections faisant, en effet, l'objet d'une déclaration obligatoire dans les deux pays. Les résultats détaillés sur la période 1970-2016 sont donnés en **annexe 6**. Ne sont conservés ici que les résultats les plus récents. Les populations d'origine étrangère présentent ainsi un statut épidémiologique plus alarmant que celui des nationaux pour la tuberculose, dont la tuberculose à bacilles multirésistants, l'hépatite B et le VIH/sida. Dans une moindre mesure, l'hépatite C n'est que légèrement surreprésentée dans cette population. Quelques indicateurs sont définis (**1**) avant de traiter les cas de la tuberculose (**2**), de la tuberculose à bacilles multirésistants (**3**), de l'hépatite B (**4**), du VIH/sida (**5**) et de l'hépatite C (**6**).

1. Définition préalable des indicateurs utilisés

Deux principaux indicateurs seront utilisés dans cette partie : la prévalence et l'incidence. La prévalence est le nombre de personnes atteintes d'une infection à un instant donné sur une population déterminée (malades et non malades).

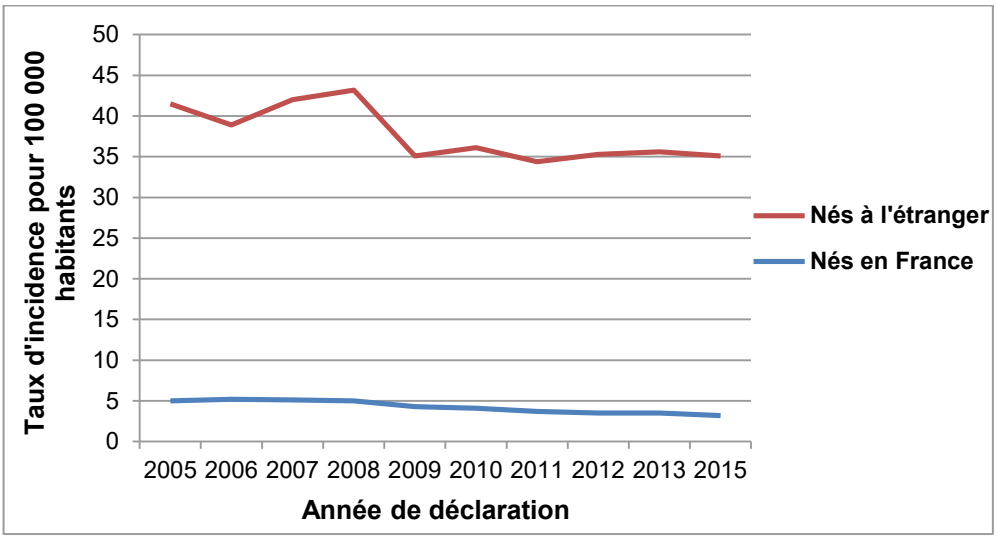
L'incidence est le nombre de nouveaux cas sur une unité de temps et une population déterminée (malades et non malades). En ce sens, si la prévalence englobe les cas anciens et récents sans distinction, l'incidence, quant à elle, ne s'intéresse qu'aux nouveaux cas. Lorsque le nombre de personnes infectées est mesuré sur une population également malade, il ne s'agit plus alors de prévalence, mais d'une simple proportion.

Par ailleurs, si les États-Unis s'attachent, globalement, au lieu de naissance et non à la nationalité, la France a connu un revirement d'indicateurs. Ainsi, avant les années 2000, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) – actuel Santé Publique France – établit ces résultats par nationalités pour la tuberculose-maladie et le VIH/sida. Puis, dès 2003-2005 environ, ces résultats sont donnés par lieu de naissance tel qu'aux États-Unis.

2. La tuberculose maladie

En France, seule la tuberculose maladie (dite « active ») fait l'objet d'une déclaration obligatoire depuis 1964[135]. La figure ci-dessous indique que le taux d'incidence de cette infection ces dix dernières années est plus important pour les personnes nées à l'étranger.

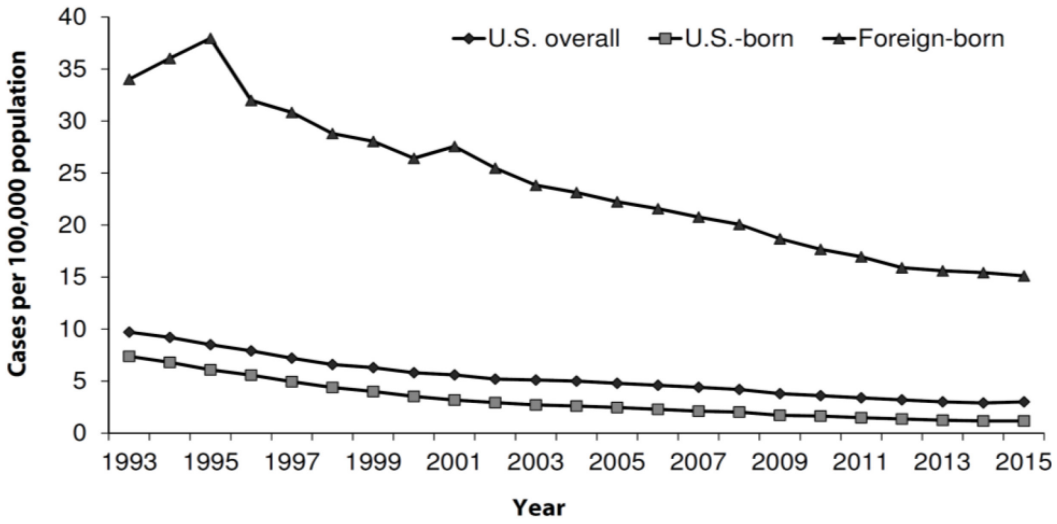
FIGURE 10 • Taux d'incidence de la tuberculose maladie (pour 100 000 habitants) selon le pays de naissance, France métropolitaine, 2005-2015 (sauf 2014)



SOURCE : Bulletins épidémiologiques hebdomadaires n° 11/2007, 10 — 11/2008, 12 — 13/2009, 27 — 28/2010, 22/2011, 24 — 25/2012, 20/2014, 9 — 10/2015, 7/2017 et Delphine ANTOINE et Didier CHE, Épidémiologie de la tuberculose en France. Journée tuberculose, 10 avril 2013 (Institut de veille sanitaire), 2013, 6.

Si les données relatives à la tuberculose commencent à être collectées nationalement dès 1953 aux États-Unis, ce n'est qu'en 1985 que celles-ci sont collectées et harmonisées au sein d'un fichier unique[136]. Le graphique suivant illustre, sur la dernière décennie, le taux d'incidence de l'infection entre les sujets nés aux États-Unis (*U.S.-born*) et à l'étranger (*foreign born*) ainsi que le taux national (*U.S. overall*).

FIGURE 11 • Taux d'incidence des tuberculeux nés aux États-Unis et à l'étranger, États-Unis, 1993-2015 (données au 9 juin 2016)



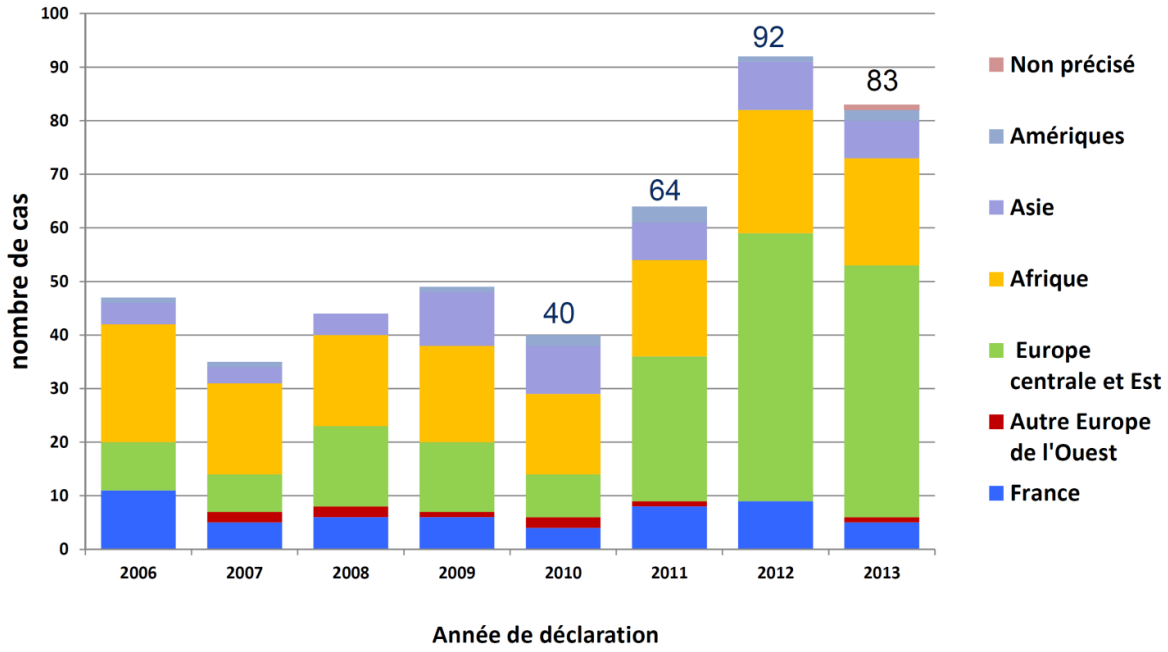
SOURCE : Centers for Disease Control and Prevention, Reported tuberculosis in the United States, 2015, US Department of Health and Human Services, CDC, 2016, 143.

3. La tuberculose à bacilles multirésistants

La tuberculose à bacilles multirésistants (MDR — *multidrug-resistant*) est un bacille ne répondant pas à au moins deux antibiotiques puissants : l'isoniazide et la rifampicine. L'arrêt prématuré d'un traitement peut conduire à ce genre de résistance.

En France, une étude estime qu'entre 1995 et 2004, la tuberculose à bacilles multirésistants touche 79 % des personnes nées à l'étranger contre 21 % des personnes nées en France[137]. La décennie suivante, l'infection continue de frapper les personnes nées à l'étranger comme le montre le graphique suivant.

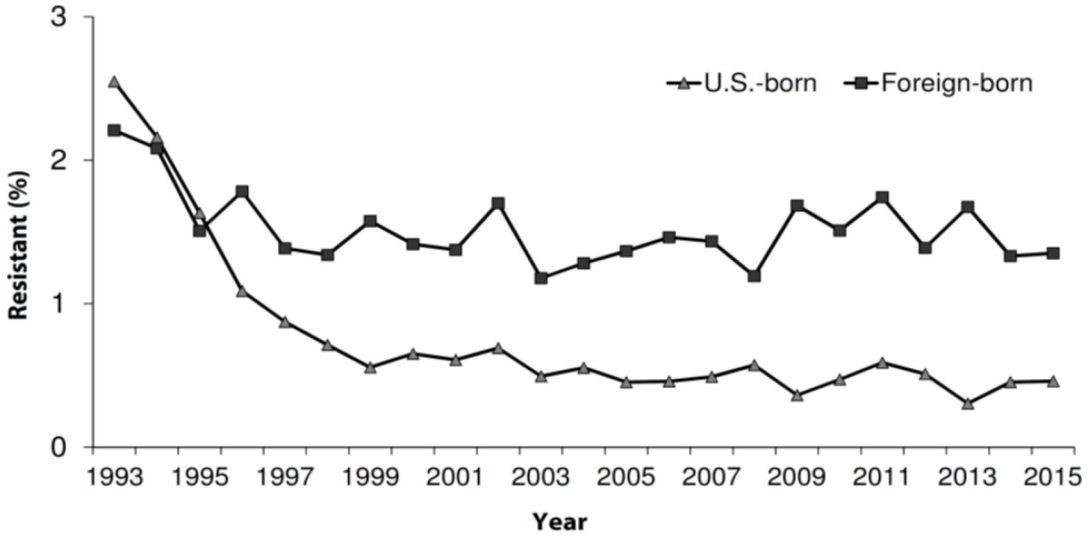
FIGURE 12 • Évolution de la région de naissance des cas de tuberculose à bacilles multirésistants (MDR) reçus au CNR-MyRMA, 2006-2013



SOURCE : Jean-Paul GUTHMANN, Fatima BELGHITI, et Delphine ANTOINE, Épidémiologie de la tuberculose dans le monde et en France. Cours DES Pneumologie, 2016, 2016, 51.
DONNÉES : Centre national de référence des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux (CNR-MyRMA), « Rapport d'activité pour l'année 2013 », 2014, 22.

Concernant les États-Unis, le graphique suivant indique également une plus grande prévalence de la tuberculose MDR chez les personnes nées à l'étranger de 1993 à 2015.

FIGURE 13 • Taux de multirésistance primaire de la tuberculose (MDR) au sein des populations nées, ou non, aux États-Unis, États-Unis, 1993-2015 (données au 9 juin 2016)



SOURCE : Centers for Disease Control and Prevention, Reported tuberculosis in the United States 2015, US Department of Health and Human Services, CDC, 2016, 150.

4. L'hépatite B

En France, seule l'hépatite B aiguë symptomatique fait l'objet d'une déclaration obligatoire depuis 2003[138]. Une étude de 2003-2004 estime que la prévalence de l'antigène HBs[139] est de 0,55 % pour les individus adultes nés en France métropolitaine, de 2,45 % pour ceux nés au Moyen-Orient, de 2,68 % pour ceux nés sur le sous-continent indien et de 5,25 % pour ceux nés en Afrique subsaharienne[140]. En 2008-2009, une autre étude révèle que les individus originaires d'Afrique subsaharienne sont principalement touchés par la forme chronique de cette épidémie tel qu'indiqué ci-dessous.

TABLEAU 1 • Répartition des personnes nouvellement prises en charge pour une hépatite B chronique dans les pôles de référence « hépatites », selon leur lieu de naissance, France, 2008-2009

Lieu de naissance	N	%*
FRANCE	**422**	**25,3**
France métropolitaine	336	(79,6)
Département français d'Amérique	86	(20,4)
ÉTRANGER	**1 243**	**74,7**
Afrique subsaharienne	671	(54,0)
Asie	200	(16,1)
Afrique du Nord	141	(11,3)
Moyen-Orient	72	(5,8)
Europe du Sud	69	(5,6)
Europe de l'Est	63	(5,1)
Amérique du Sud/Caraïbes hispanoanglophone	23	(1,8)
Sous-continent indien	4	(0,3)
TOTAL	**1 665**	**100,0**

** Pourcentages calculés parmi les patients nés en France ou parmi ceux nés à l'étranger.*

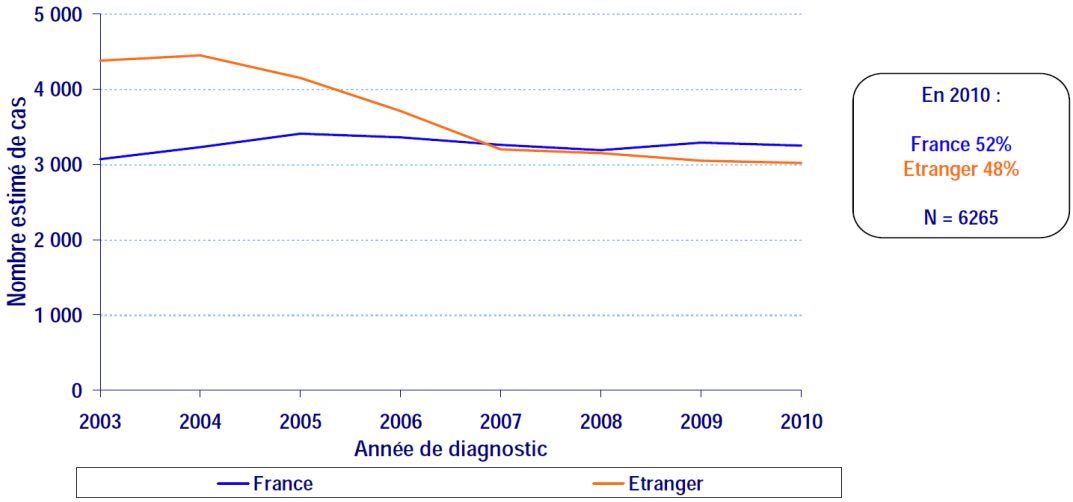
SOURCE : Florence LOT et al., « Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 2-3-4 (2012) : 27.

Aux États-Unis, si la déclaration obligatoire de l'hépatite B aiguë date de 1966[141], sa forme chronique ne doit être déclarée que depuis 2003[142]. De 1999 à 2006, l'hépatite B touche 12,2 % des individus nés à l'étranger (contre 3,5 % des natifs) dont 0,89 % sont atteints d'hépatite B chronique (contre 0,16 % des natifs)[143]. De 1974 à 2008, 55 % des pays d'origine de ces non-natifs sont situés en Asie (Philippines, Chine et Vietnam notamment)[144].

5. Le VIH/sida

La déclaration obligatoire du sida a été instaurée dès 1986[145] en France et celle de l'infection par le VIH a été mise en place en 2003[146]. Sur la période récente, l'incidence du VIH est plus importante chez les personnes nées à l'étranger au vu de leur part dans la population. Par exemple, en 2010, les immigrés représentent 48 % des nouveaux cas de VIH alors qu'ils ne représentent, la même année, que 8,5 % de la population générale[147].

FIGURE 14 • Découvertes de séropositivité VIH par pays de naissance, France, 2003-2010



SOURCE : Institut de veille sanitaire, Surveillance du VIH-sida en France — Données du 30 juin 2011, 20.

Aux États-Unis, le sida n'est plus à déclaration obligatoire depuis 2009 et l'infection à VIH, quant à elle, l'est depuis 1999 pour les adultes.[148] Entre 2007 et 2010, si les personnes nées à l'étranger représentent 16,2 % des individus contaminés par le VIH entre 2007 et 2010, elles ne constituent, sur la même période, qu'environ 13 % de la population générale.[149]. De même, entre 2010 et 2014, les personnes nées à l'étranger représentent 17,2 % des individus contaminés par le VIH alors qu'elles continuent à ne représenter que 13 % de la population générale.[150]

6. L'hépatite C

Les données sur l'hépatite C révèlent un bien moindre écart entre natifs et non-natifs dans chacun des pays.

L'hépatite C n'est pas une infection à déclaration obligatoire en France. Une étude de 2003-2004 révèle une prévalence des anti-VHC[151] de 10,2 % chez les adultes nés au Moyen-Orient, de 7,2 % chez ceux nés en Amérique du Nord et de 3,1 % chez ceux nés en Afrique subsaharienne[152]. Sur la même période, les personnes nées à l'étranger représentent 8,1 % de la population totale[153]. En

2011, les personnes nées à l'étranger représentent environ un quart des adultes atteints d'hépatite C tel que l'indique le tableau ci-dessous. Pourtant, cette même année, les immigrés constituent environ 8,6 % de la population générale[154].

TABLEAU 2 • Estimation des nombres de personnes avec anticorps anti-VHC positives et ARN VHC positives chez les 18-80 ans, France métropolitaine, 2011

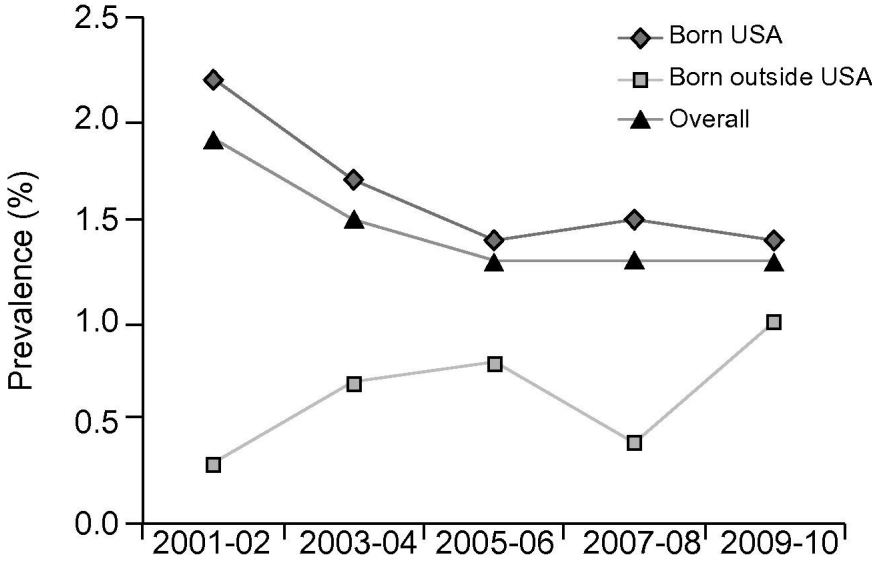
	Anticorps anti-VHC		ARN VHC	
	Estimation (médiane)	**ICr95%**	**Estimation (médiane)**	**ICr95%**
Personnes nées à l'étranger	90 035	[75 151-108 902]	51 166	[36 169-69 834]
Personnes sans les principaux facteurs de risque vis-à-vis du VHC	58 718	[39 587-83 579]	33 210	[20 443-51 455]
Usagers de drogues injecteurs	94 450	[87 732-100 900]	43 860	[37 513-50 532]
Usagers de drogues non injecteurs	6 325	[3 573-10 155]	2 935	[1 632-4 797]
Personnes transfusées avant 1992	93 219	[44 652-167 123]	59 859	[29 485-105 356]
Ensemble de la population	**344 503***	**[287 373-423 549]**	**192 737***	**[150 935-246 055]**

ICr : intervalles de crédibilité à 95 %.
** La médiane de la somme n'est pas nécessairement égale à la somme des médianes.*

SOURCE : C. PIOCHE et al., « Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France Métropolitaine, 2011 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 13-14 (2016) : 228.

Aux États-Unis, la déclaration obligatoire de l'hépatite C aiguë est de 1982[155] et sa forme chronique ne doit être déclarée que depuis 2003[156]. Les natifs sont légèrement plus touchés que les non-natifs. Depuis une dizaine d'années, l'infection diminue chez les natifs alors qu'elle augmente chez les personnes nées à l'étranger tel que l'indique le graphique suivant. À noter qu'entre 2000 et 2010, les non-natifs constituent entre 11,1 et 12,9 % de la population générale[157].

FIGURE 15 • Évolution de la prévalence d'anticorps anti-VHC selon le lieu de naissance, États-Unis, 2001-2010



	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10
Born USA	2.2	1.7	1.4	1.5	1.4
Outside USA	0.3	0.7	0.8	0.4	1.0
Overall	1.9	1.5	1.3	1.3	1.3

SOURCE : Ivo DITAH et al., « The changing epidemiology of hepatitis C virus infection in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey 2001 through 2010 », Journal of Hepatology 60, no 4 (2014) : 691-98.

Les données épidémiologiques présentent donc une asymétrie forte (tuberculose, hépatite B et VIH/sida) et relative (hépatite C) entre les personnes originaires, ou non, du pays étudié. La temporalité choisie (1970-2016) présente également un certain intérêt au vu du contexte migratoire.

SOUS-SECTION 2. La temporalité choisie (1970-2016) et le contexte migratoire

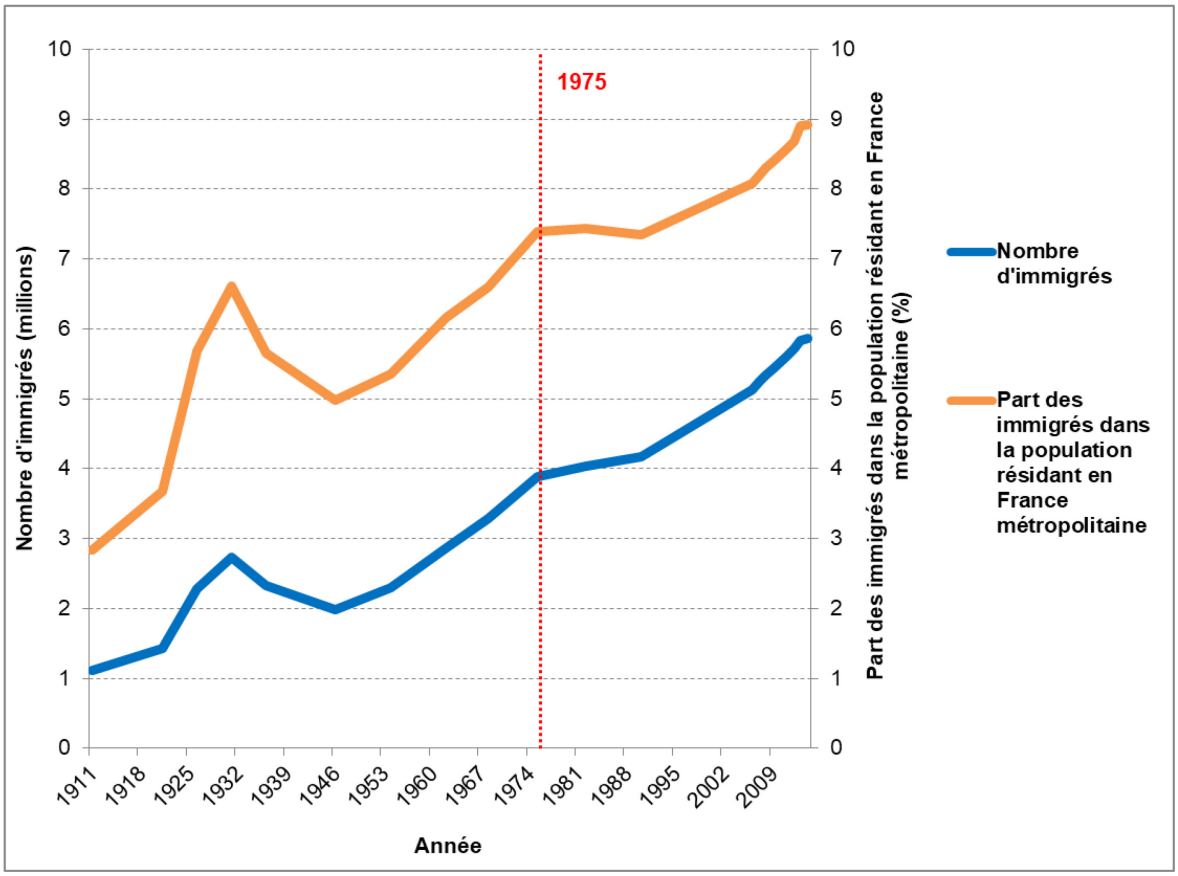
Cette temporalité s'inscrit dans un contexte migratoire particulier en France (**1**) et aux États-Unis (**2**). Elle est caractérisée par un faible accroissement du phénomène migratoire en France et un fort accroissement du phénomène migratoire aux États-Unis. Combiné au statut épidémiologique dégradé de cette population, ce phénomène migratoire est particulièrement d'intérêt pour l'action publique.

Concernant les étrangers irréguliers, les estimations nationales sont incertaines, tout particulièrement en France où l'approximation de l'administration (entre 200 000 et 400 000) est étrangement stable depuis une vingtaine d'années au regard d'autres indicateurs, tels que l'augmentation du nombre d'étrangers réguliers et le taux de non-recours à l'AME compris généralement entre 75 et 90 % selon Médecins du Monde (MdM). Or, la fourchette de l'administration est obtenue, justement, en multipliant par deux le nombre des bénéficiaires de l'AME (environ 200 000). Il semble ainsi plus réaliste d'imaginer que le nombre d'étrangers irréguliers est une proportion relativement constante de celui des étrangers en général et dépasse très largement la fourchette officielle. Cette relation de proportionnalité existe également entre les étrangers et les immigrés tels que l'indique les statistiques suivantes. Le chiffre sur le nombre d'étrangers irréguliers en France étant incertain, il est préférable d'observer le nombre global des étrangers et des immigrés pour chacun des pays afin de comparer ce nombre aux données épidémiologiques pour les personnes étrangères et nées à l'étranger (immigrées).

1. Contexte migratoire en France

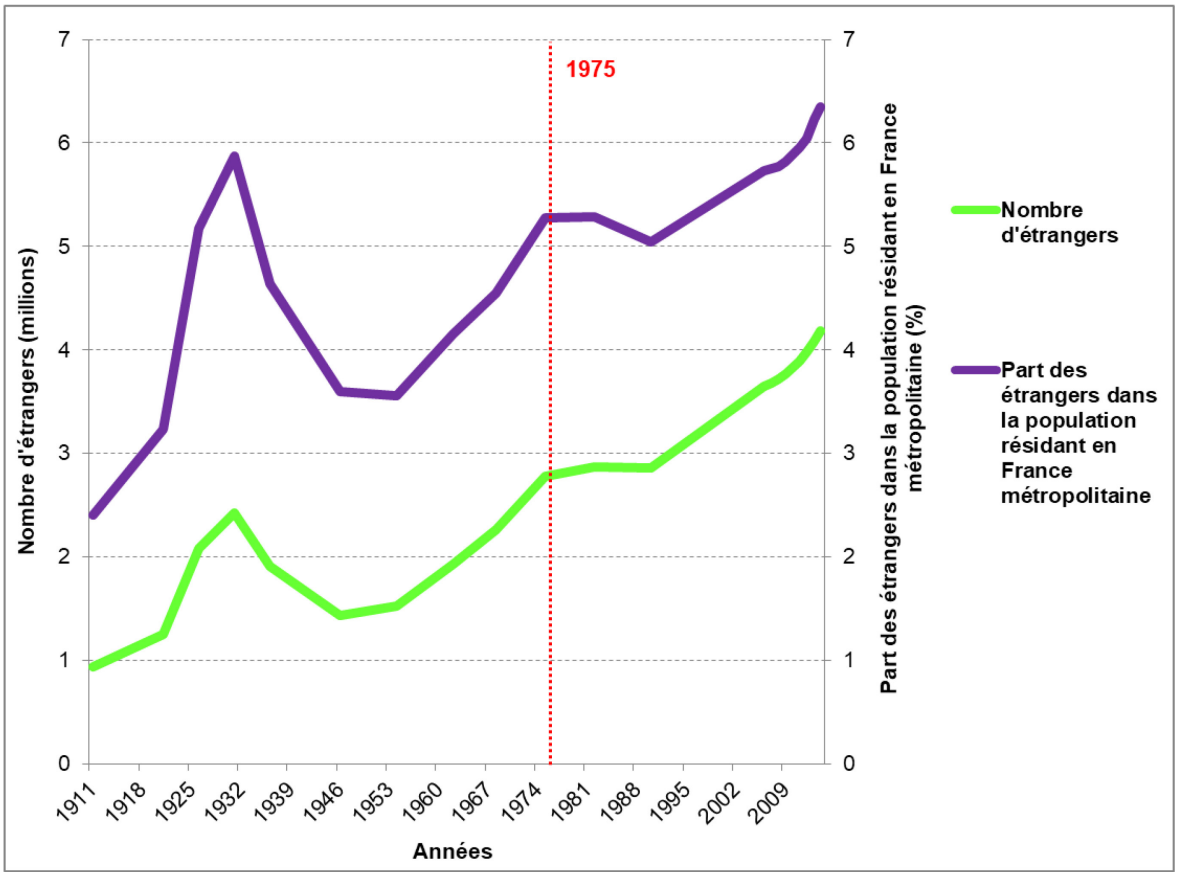
En France, la part des immigrés et des étrangers dans la population résidant en France est en légère augmentation depuis les années 1940. La temporalité étudiée intervient donc à un moment où le phénomène migratoire est connu et en augmentation. Entre 1975 et 2014, la part des immigrés passe ainsi de 7,4 % à 8,9 % là où celle des étrangers augmente de 5,3 % à 6,4 %. Les deux figures ci-dessous illustrent ce phénomène.

FIGURE 16 • Nombre et part des immigrés dans la population résidant en France métropolitaine, 1911-2014



SOURCE : Pour les années 1911-1990 : "Population immigrée" (IMMFRA12) : 99. Pour les années 2006-2013 : INSEE, Recensements de population des années 2006 (T10F039), 2007 (T11F039), 2008 (T12F037), 2009 (T13F037), 2011 (T15F037), 2012 (T16F037) et 2013 (TEF2017_037). Pour l'année 2014 : INSEE, RP2014 exploitation principale, géographie au 01/01/2016 (URL : www.insee.fr).

FIGURE 17 • Nombre et part des étrangers dans la population résidant en France métropolitaine, 1911-2014

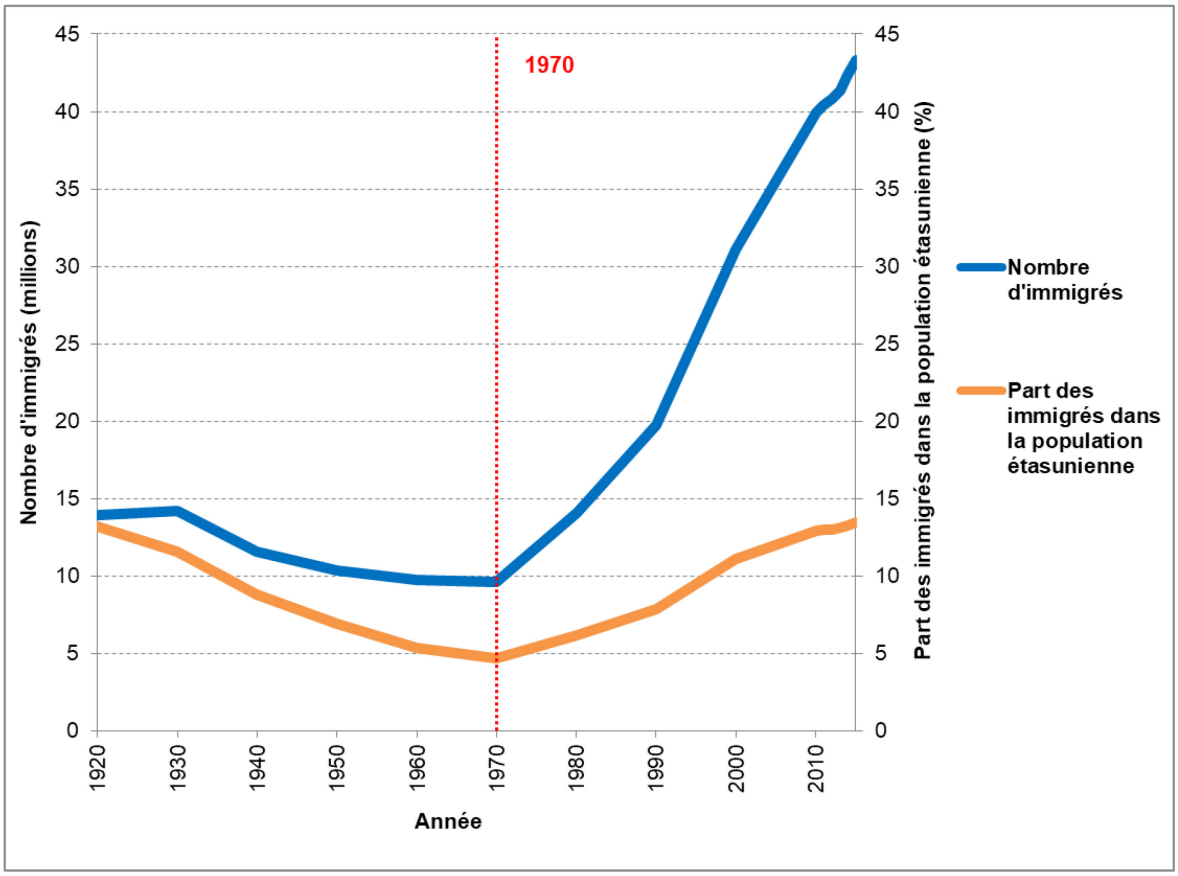


SOURCE : Pour les années 1911-1990 : "Population immigrée" (IMMFRA12) : 99. Pour les années 2006-2013 : INSEE, Recensements de population de 2006 (T10F039), 2007 (T11F039), 2008 (T12F037), 2009 (T13F037), 2011 (T15F037), 2012 (T16F037) et 2013 (TEF2017_037). Pour l'année 2014 : INSEE, Recensement de population de 2014 (URL : www.insee.fr).

2. Contexte migratoire aux États-Unis

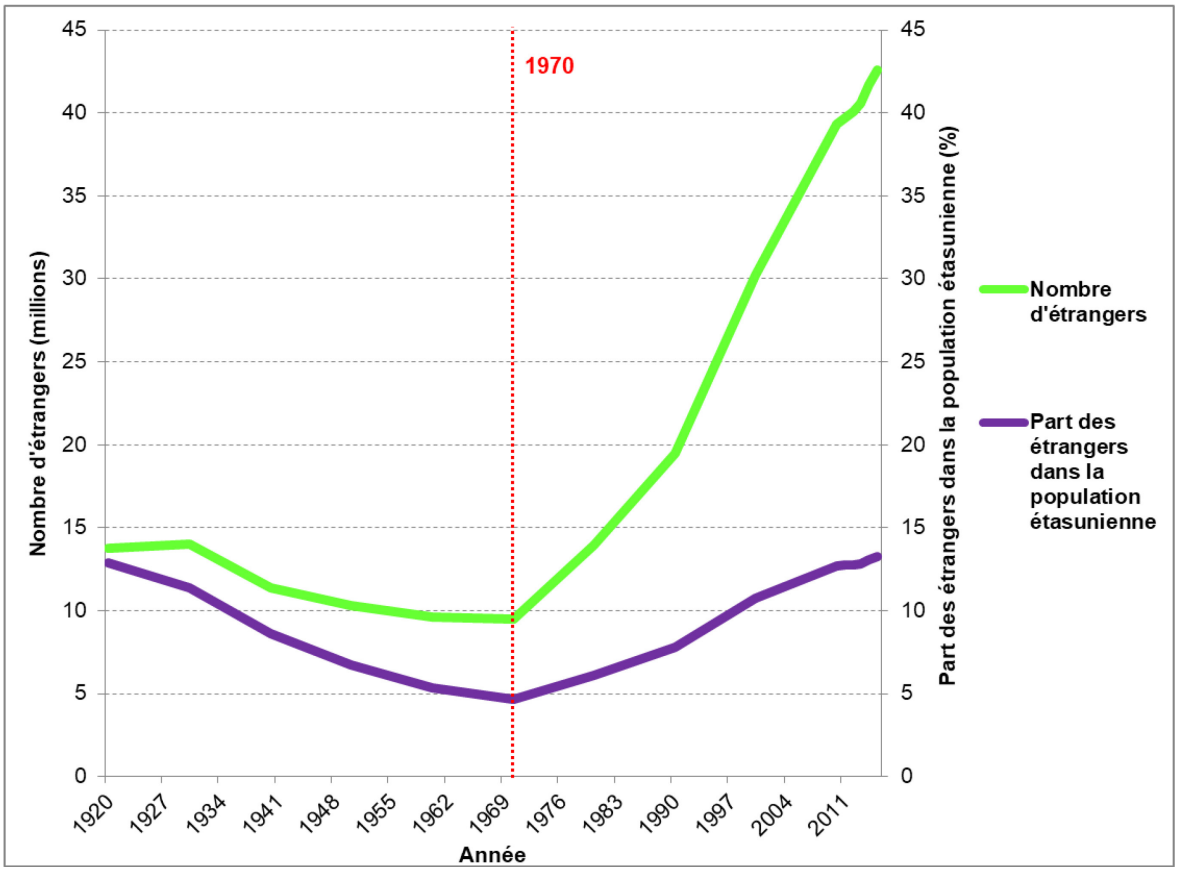
Aux États-Unis, les années 1970 correspondent à l'amorce d'une croissance forte de la part des immigrés et des étrangers dans la population résidante. Entre 1970 et 2014, la part des immigrés passe ainsi de 4,7 % à 13,3 % là où celle des étrangers augmente de 4,6 % à 13,1 %. Dans les deux cas, la part des immigrés et des étrangers retrouve le taux qu'elle avait atteint dans les années 1920 après avoir connu un creux avant 1970. Le phénomène migratoire est donc lui aussi connu à l'époque des réformes et en forte augmentation. Les deux figures ci-dessous illustrent ce phénomène.

FIGURE 18 • Nombre et part des immigrés dans la population résidant aux États-Unis, 1920-2015



SOURCE : Migration Policy Institute (MPI), tabulation of data from U.S. Census Bureau, 2010-2015, American Community Surveys (ACS) et 1970, 1990, et 2000 Decennial Census. Les autres données proviennent de Campbell J. Gibson et Emily Lennon, "Historical Census Statistics on the Foreign-Born Population of the United States: 1850 to 1990" (Working Paper no. 29., U.S. Census Bureau, Washington, DC, 1999). (URL : www.migrationpolicy.org)

FIGURE 19 • Nombre et part des étrangers dans la population résidant aux États-Unis, 1920-2015



SOURCE : Pour les immigrés : Migration Policy Institute (MPI), tabulation of data from U.S. Census Bureau, 2010-2015, American Community Surveys (ACS) et 1970, 1990, et 2000 Decennial Census. Les autres données proviennent de Campbell J. Gibson et Emily Lennon, "Historical Census Statistics on the Foreign-Born Population of the United States: 1850 to 1990" (Working Paper no. 29., U.S. Census Bureau, Washington, DC, 1999). (URL : www.migrationpolicy.org)
Pour les naturalisations : U.S. Department of Homeland Security, Yearbook of Immigration Statistics 2016, tableau intitulé "Petitions for naturalization filed, persons naturalized, and petitions for naturalization denied: fiscal years 1907 to 2016" (URL : www.dhs.gov)
Pour la population : U.S. Census Bureau, tableaux intitulés "Historical National Population Estimates : July 1, 1900 to July 1, 1999", "Monthly Intercensal Resident Population Estimates for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2010", "Annual Estimates of the Resident Population for the United States, Regions, States, and Puerto Rico: April 1, 2010 to July 1, 2016" (URL : www.census.gov)
NOTE : le nombre d'étrangers s'obtient en soustrayant le nombre de naturalisations au nombre d'immigrés. Ce nombre est ensuite rapporté à la population.

Le phénomène migratoire s'amplifie ainsi de chaque côté de l'Atlantique et s'accompagne d'un statut épidémiologique détérioré tant pour les personnes de nationalité étrangère que pour celles nées à l'étranger. Cependant, si l'accroissement est modéré en France, il est bien plus accentué aux États-Unis et atteint un niveau plus élevé. Combiné au statut épidémiologique dégradé, le sujet de la thèse présente ainsi un intérêt tout particulier pour l'action publique.

SOUS-SECTION 3. Définition des termes

La problématique de la thèse est donc la suivante : pourquoi les dispositifs étudiés sont-ils relativement stables dans le temps au vu, d'une part, des controverses s'adressant à certains dispositifs en particulier, d'autre part, des polémiques globales sur le bénéfice des services publics par les étrangers irréguliers et, enfin, des réformes dont font pourtant l'objet ces dispositifs ?

Cette thèse vise plus exactement à comprendre pourquoi les possibilités de régularisation et les dispositifs publics et peu coûteux de vaccination, de dépistage et de traitement curatif des maladies infectieuses accessibles aux étrangers adultes en situation irrégulière se maintiennent en France et aux États-Unis.

Afin de limiter la liste des matériaux et des dispositifs étudiés, la thèse ne prend pas en compte l'accès aux soins des étrangers dans les lieux privatifs de libertés[158]. De même, elle ne s'intéresse qu'au territoire métropolitain[159] et privilégie le niveau fédéral pour le cas étasunien. Elle ne traite pas, également, du cas des maladies professionnelles en France et du visa H2 touchant aux travailleurs temporaires aux États-Unis.

La maladie infectieuse se définit par la pénétration et l'expansion dans l'organisme de « *microorganismes pathogènes* »[160] dont notamment les vers, les protistes et les bactéries. Les virus et les prions sont également inclus dans l'analyse[161]. En revanche, les origines[162] et les conséquences directes des maladies infectieuses sont exclues de cette étude. Les cancers[163], les handicaps[164], les maladies auto-immunes[165], les insuffisances rénales[166] et les troubles neurologiques[167] résultant d'une infection ne sont donc pas abordés. Par abus de langage, le terme infection[168] est associé ici à la maladie infectieuse. De même, en respect des typologies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les notions de maladie infectieuse et de maladie transmissible sont équivalentes.[169]

Le traitement des maladies infectieuses reprend la dénomination commune internationale de l'OMS. Cette classification possède effectivement l'intérêt de fusionner progressivement le *United States Adopted Name* étasunien et la Dénomination commune française. La médecine non conventionnelle et l'ensemble des traitements psychiques sont donc ignorés.

L'irrégularité de la situation administrative se définit en droit français par l'article L. 121-1[170] du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) et par l'arrêté du 10 mai 2017[171] fixant la liste des titres de séjour prévu à l'article R. 111-3 du Code de la sécurité sociale (CSS). En droit étasunien, il est stipulé aux paragraphes 1641 du titre 8[172] du Code fédéral et au paragraphe n° 416.1618 du titre 20[173] du Code de procédure.

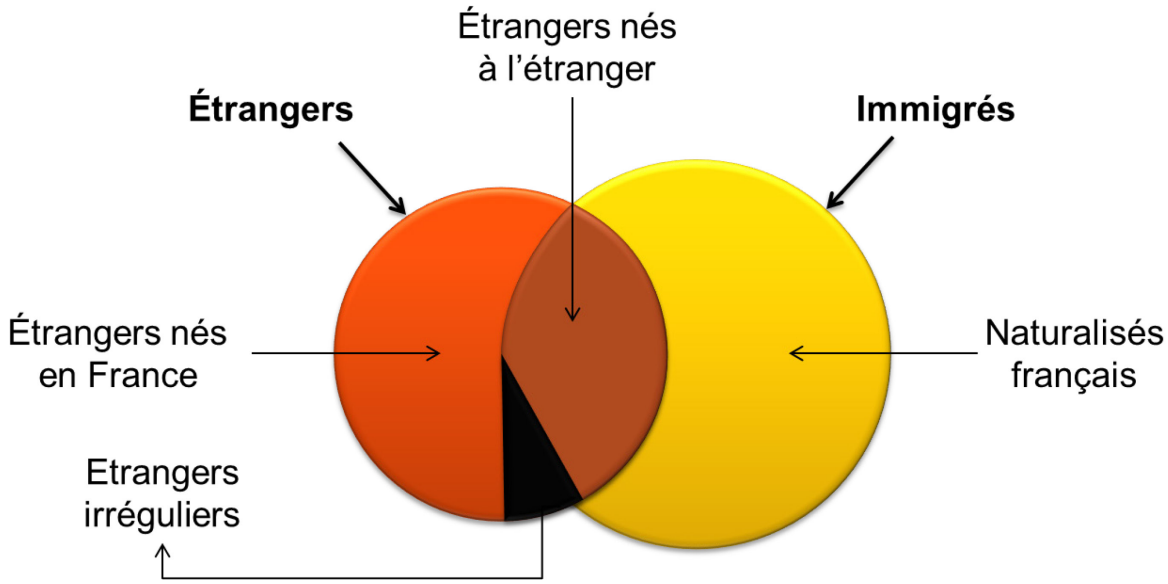
L'« action publique » est favorisée face à celle de « politique publique » en raison de la dimension extraétatique qu'elle renferme. En ce sens, si les « politiques publiques » impliquent généralement une production d'instruments au sein de l'État, l'« action publique » estime bien davantage que ces instruments sont le fruit d'une interaction d'acteurs dans et en dehors de l'État.[174]

Les notions d'« étrangers irréguliers », d'« étrangers illégaux », d'« étrangers en situation irrégulière », de « sans-papiers » et de « clandestins » seront utilisées indistinctement. La notion d'étranger sera privilégiée à celle d'immigré ou de « *foreign born* » (nés à l'étranger). En effet, les immigrés en France et les « *foreign born* » aux États-Unis sont définis comme des personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France ou aux États-Unis. Un immigré ou « *foreign born* » peut donc être français ou étasunien selon le cas étudié. La notion de « *foreign born* » est donc l'équivalent de celle d'« immigré ». En revanche, les étrangers (*aliens*) ne possèdent pas la nationalité du pays où ils résident[175]. Par contre, si les étrangers peuvent être nés en France, tel n'est pas le cas aux États-Unis : le droit du sol implique que tout individu né sur le territoire étasunien devient citoyen[176]. De même, un individu né sur le territoire français peut être en situation irrégulière. Enfin, en 2014, les étrangers irréguliers ne représentent officiellement que 7,1 %[177] des étrangers vivant en France. Cette même année, les étrangers illégaux représentent 27 %[178] des personnes nées à

l'étranger et 51 % des étrangers aux États-Unis. De même, si, en 2014, les étrangers irréguliers ne représentent que 0,46 % de la population française, ils constituent 3,5 % des ressortissants étasuniens[179]. Nous l'avons vu, les estimations françaises sont cependant contestables.

Dans le cas français, la différence entre étrangers et immigrés peut s'illustrer de la manière suivante :

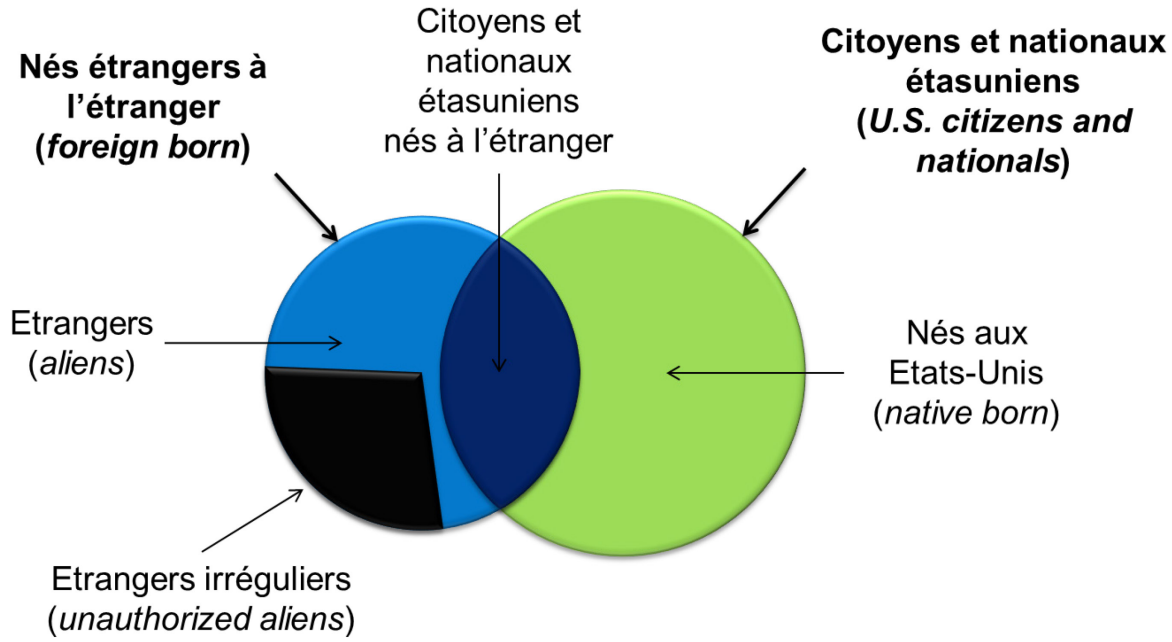
FIGURE 20 • Définition des étrangers et des immigrés en France



NOTE : les étrangers irréguliers représentent, en 2014, 7,1 % des étrangers.

En revanche, le droit du sol étasunien impose un schéma différent :

FIGURE 21 • Définition des personnes nées, ou non, aux États-Unis



NOTE : les étrangers irréguliers représentent, en 2014, 27 % des personnes nées étrangères, à l'étranger.

La section suivante synthétise les résultats de la littérature scientifique sur ce sujet.

SECTION 4. L'ÉTAT DE L'ART : UNE PROBLÉMATIQUE PEU TRAITÉE POUR LE CAS FRANÇAIS

La littérature scientifique s'intéresse volontiers à la question de l'accès aux soins des étrangers irréguliers dans chacun des pays et à leur régularisation sans, pour autant, répondre à la question de recherche suivante : pourquoi, en dépit des controverses et des réformes, l'accès aux soins des étrangers irréguliers est-il stable dans le temps ? La littérature ne répondant pas à cette problématique présente, généralement, un point de vue bienveillant en insistant tout particulièrement sur la vulnérabilité des étrangers irréguliers[180], notamment chez les juristes[181].

De même, l'analyse épidémiologique[182] questionne régulièrement le phénomène du « *health (im)migrant effect* », c'est-à-dire d'une dégradation progressive de l'état de santé des migrants en dépit d'une sélection préalable à l'immigration les amenant à être plus sains que les natifs lors de leur arrivée sur le territoire.[183]

D'autres travaux ne répondant pas à la problématique s'intéressent aux déterminants sociaux de santé[184], à la position de l'opinion publique et des groupes d'intérêt[185], aux différents modèles d'assimilation[186] et d'État providence[187] et à l'évaluation des dispositifs en vigueur[188]. Les disciplines suivantes sont également représentées : l'économie[189], le droit[190], l'anthropologie[191], la sociologie des mouvements sociaux[192] et la sociologie des migrations.[193]

La littérature portant, enfin, plus spécifiquement sur le cas étasunien est très mobilisée et s'offusque volontiers des expulsions à l'étranger des sans-papiers malades par des hôpitaux privés principalement.[194] Certains écrits encouragent ainsi une extension de deux programmes visant à restreindre ces expulsions (*EMTALA* et *Emergency Medicaid* traités ensuite).[195] Une autre partie de la littérature défend un large accès à une couverture de santé pour cette population[196] ainsi qu'une régularisation de leur situation administrative.[197] Une littérature plus neutre s'interroge également sur l'éthique médicale et l'obligation juridique de soigner, ou non, des étrangers irréguliers pour des professionnels de

santé.[198] Une seule publication hostile a été identifiée et encourage un plus grand nombre d'expulsions et une restriction de l'accès aux soins des étrangers dans ce pays.[199] Cette unanimité bienveillante française et ces interrogations hétérogènes étasuniennes se retrouveront dans les résultats de la thèse.

Cette littérature ne répond donc pas à la question de recherche suivante : pourquoi l'accès aux soins des étrangers irréguliers est-il globalement stable dans le temps en dépit des controverses dont il peut faire l'objet et des réformes qu'il subit ? Les sections suivantes font la synthèse des travaux répondant à cette problématique. Les publications comparant les deux pays (**sous-section 1**) sont synthétisées préalablement à celles traitant spécifiquement de la France (**sous-section 2**) puis des États-Unis (**sous-section 3**).

SOUS-SECTION 1. Les travaux comparant la France et les États-Unis : la primauté donnée aux différences culturelles

Si la littérature insiste sur les similitudes contextuelles pouvant entraîner l'apparition de politiques contradictoires (**1**), elle montre aussi les différences culturelles de ces deux pays (**2**).

1. Deux nations devant jongler entre la nécessité d'avoir des étrangers irréguliers et leur illégitimité officielle

Christian JOPPKE (1998) estime que la présence d'étrangers irréguliers est consubstantielle à l'existence même d'États libéraux comme la France et les États-Unis : "*At the risk of stating a tautology, accepting unwanted immigration is inherent in the liberalness of liberal states. Under the hegemony of the United States, liberalism has become the dominant Western idiom in the postwar period, indicating a respect for universal human rights and the rule of law.*"[200] Cette présence indispensable expliquerait ainsi l'existence de politiques « intentionnellement incohérentes » (*intentional incoherence*) selon Christina BOSWELL (2007)[201], visant à jongler entre une immigration clandestine inévitable et une illégitimité de façade.

Deux recensions de la littérature affirment ainsi que la frontière entre nationaux et étrangers est de moins en moins pertinente pour comprendre les phénomènes d'intégration en France et, dans une moindre mesure, aux États-Unis : *"Some scholars have concluded from the upgrading of alien status in postwar European states, to a certain degree also in the United States, that national citizenship has become less relevant for the integration of immigrants*"[202] Pourtant, dans chacun des pays, la perception de l'immigration irrégulière reste négative chez les politiciens et les groupes d'intérêt – ceux-ci rendant volontiers les clandestins responsables des ralentissements économiques : "*undocumented immigrants are being negatively perceived by many policymakers and powerful interest groups and scapegoated as causing domestic economic downturn*".[203]

Si les États-Unis établissent ainsi volontairement une séparation plus nette entre nationaux et étrangers que la France, il n'en demeure pas moins que ces deux États sont confrontés à un impératif migratoire pouvant aboutir à une action publique volontairement contradictoire.

2. Les différences culturelles entre les deux pays

En dépit d'écarts d'interprétation dans chacun des États, Paul DUTTON (2007) insiste tout d'abord sur le poids des Lumières et plus particulièrement sur les droits individuels et la souveraineté populaire créant une tension entre liberté personnelle et égalité sociale à l'origine de leurs systèmes de santé respectifs : "*What the French and U.S. health care systems share, as well as what divides them, is reflected in the various interpretations of their eighteenth century revolutions. Both the American and French revolutionaries hailed the Enlightenment ideals of individual rights and popular sovereignty, leading to an inherent tension between personal liberty and social equality in the republics they formed.* [...] *In both countries, the debates exhibited nuanced arguments that sought to reconcile liberty and equality.*"[204]

John GUENDELSBERGER (1992) oppose ainsi une tradition solidariste et égalitariste française à une tradition individualiste et « autosuffisante » étasunienne. Cette dernière consiste à devoir démontrer, pour un étranger, une

capacité à rivaliser sur le marché étasunien : "*The French emphasis on community and solidarity among citizens and newly admitted resident aliens coincides with its more egalitarian approach to affording benefits. The American approach, by way of contrast, reflects remnants of the myths of rugged individualism and self-sufficiency*. *Newcomers, even those accepted for permanent residence, must earn tenure by proving their ability to compete in the American marketplace*."[205]

Une autre publication de Rodney BENSON et Abigail SAGUY (2005) va dans le même sens. Afin de comprendre les politiques migratoires françaises et étasuniennes, cette publication utilise les travaux de Michèle LAMONT et Laurent THÉVENOT (2013 [2000]) portant sur le « répertoire culturel national » (*national cultural repertoire*).[206] Le discours étasunien est ainsi focalisé sur les mécanismes du marché (*market-based arguments*) – les individus étant avant tout jugés par leur performance économique. À l'inverse, la parole française insiste sur la solidarité citoyenne (*civic solidarity arguments*) par des valeurs d'égalité et de non-matérialité tout en assurant, simultanément, une relative homogénéité culturelle sur le territoire. Les auteurs synthétisent ainsi cette idée : "*Although both countries have pretensions to a universal model of justice, they have often defined these models in opposition to one another* [...] *In cultural sociology, Lamont and Thévenot (2000: 8) identify 'national cultural repertoires' as 'relatively stable schemas of evaluation that are used in varying proportion across national contexts.' They show that U.S. political discourses are dominated by 'market-based arguments,' in which people are judged by their performance in the labor market and equal access to paid employment is highly valued (Lamont and Thévenot 2000: 14). Under such market logic, each person's moral worth is partly contingent on their employment success, making employment discrimination particularly offensive and eroding support for payments to the unemployed. In contrast, French discourses are dominated by 'civic solidarity arguments', which stress egalitarian and non-materialist values. All French persons are thus entitled to basic economic and social rights by virtue of their common humanity. However, in practice, this solidarity is often bounded to the group of people who share 'French culture' (e.g., appreciation and knowledge of French cuisine, French art, and 'proper' French diction), are secular Catholics or*

at least quiet about non-Catholic religious convictions, and generally do not politicize racial, ethnic, religious, or gender group identity".[207]

Cette nécessité d'assimilation française est nuancée par Christian JOPPKE et Ewa MORAWSKA (2014) qui, reprenant les conclusions de Martin SCHAIN (1999)[208], estiment que le modèle français se rapproche très lentement vers un modèle multiculturel étasunien : "*in the new 'Republican' consensus emerging in the 1990s, the very notion of assimilation has been discredited, and replaced by that of integration. In doing so, France embraced the liberal Western mainstream approach toward immigrant integration, which is to tolerate cultural difference in private and associational life, but refuse to give it public status*".[209]

Une dernière publication de Brett COVINGTON (2008) va étrangement à l'opposé de ces deux travaux. Celui-ci affirme ainsi qu'en dépit d'une contestation commune de l'opinion publique fortement opposée à l'immigration clandestine, l'argumentation économique est plus forte en France en raison d'un taux de chômage plus élevé : "*Similar to FAIR's* [NDA : groupe d'intérêt traité ensuite] *argument against immigration in the U.S., much of the French public opposes undocumented immigrants because they supposedly (1) take jobs away from French citizens; and (2) are a burden on taxpayers because they absorb welfare benefits that they do not pay back. The economic argument is stronger in France than in the U.S. due to its high unemployment rate*".[210]

Ces références insistent ainsi sur la différence culturelle pour comprendre les politiques migratoires et sanitaires dans les deux pays. Cette approche culturelle est également présente dans les travaux portant sur le cas français.

SOUS-SECTION 2. Les travaux portant sur le cas français : l'importance de la culture et des groupes d'intérêt

Elhadji Mamadou MBAYE (2009) invoque le modèle jacobin et assimilationniste se transcrivant dans le débat culturel des années 1980 évoqué par Catherine WIHTOL DE WENDEN : « Basée sur un modèle jacobin et assimilationniste, l'unité de la République française a pour objet de faire de tous des citoyens

égaux en droits et en devoirs. Dans ce modèle, l'intérêt général doit être un agrégat des intérêts individuels de tous et non d'une partie de la population. Les politiques publiques doivent avoir comme objectif la satisfaction des besoins de tous les résidents sur le territoire. Cette tendance homogénéisatrice (Withol de Wenden, 1995)[211] a engendré des inégalités alors même qu'elle était censée les combattre. »[212] L'auteur insiste également sur l'importance des groupes d'intérêt dans l'acquisition des droits nouveaux : « La médiatisation de l'expulsion du Tunisien avait sonné l'alarme au sein des associations de malades et de défense des étrangers qui réussirent à obtenir le droit aux soins et au séjour pour certains étrangers souffrant de pathologies graves. »[213]

L'influence des groupes d'intérêt, MdM et Médecins Sans Frontières (MSF) en tête, est également mise en avant dans la thèse de Caroline IZAMBERT (2018)[214] pour comprendre l'apparition et le maintien des dispositifs d'accès aux soins des étrangers irréguliers. Le résultat de ce travail sera détaillé par la suite.

Marie-Antoinette HILY, Jacqueline COSTA-LASCOUX et Didier FASSIN (2001) considèrent, pour leur part, que le modèle français cumule désormais, en plus du « biopouvoir » foucaldien, une « biolégitimité » voire une « biocitoyenneté » : « On sait que Michel Foucault (1976)[215] voyait dans le passage d'un 'droit de faire mourir' à un 'pouvoir de faire vivre' un moment décisif de l'histoire occidentale. Le 'biopouvoir' procède d'une double normalisation : discipline des individus (anatomopolitique) et régulation des populations (biopolitique). [...] L'argument éthique de la protection des vies humaines devient un moteur des politiques, au point d'ébranler les positions hégémoniques des firmes pharmaceutiques et de faire reconnaître des exceptions aux règles mondiales du commerce. Plutôt que de biopouvoir, c'est donc de biolégitimité (Fassin, 2000d)[216] qu'il faudrait parler, au sens d'une reconnaissance supérieure donnée au principe du maintien en vie. [...] Cette reconnaissance conférée par la maladie débouche ainsi sur une forme de biocitoyenneté qui relève, au fond, d'une politique de la 'vie nue' (Agamben, 1997)[217] : l'étranger se voit reconnaître un droit de cité parce qu'il est menacé dans son existence biologique. »[218] La France est ainsi l'objet d'un bouleversement éthique et, plus globalement, culturel expliquant ainsi l'apparition de nouvelles politiques d'accès aux soins pour les

étrangers irréguliers.

Plus précisément, ce nouveau « code idéologique hégémonique », selon Thierry BLIN (2008), exalte « l'humanité commune » en rappelant la « transcendance des droits de l'homme face à la contingence de la loi ». Ce « métadiscours » concerne tout autant l'accès aux soins des sans-papiers que leur régularisation. Le sans-papiers est donc déresponsabilisé de sa condition administrative. Il est, plus précisément, un martyr de la loi et non plus, seulement, de l'économie de marché : « Cela marque une rupture entre les luttes d'immigrés des années 1970, et celles des années 1980 jusqu'à nos jours, puisqu'elles n'affichent plus le désir de fonder une communauté d'émancipation entre Français et immigrés, solidaires dans leur identité d'exploités, mais la défense de personnes détentrices de droits de l'homme. Cette marque se retrouve dans le fait que, contrairement à d'autres mouvements sociaux, celui-ci ne reposait pas sur l'exhibition d'une position sociale et sur la défense d'un statut, mais bien davantage sur le recours à une forme de métadiscours invoquant l'espace d'une 'humanité commune' [...] Plus encore, c'était la loi productrice d'irréguliers qui pouvait incarner un point de cristallisation du vécu d'injustice. [...] La réflexion sur les conditions de vie des immigrés permettait d'engager une critique de 'l'économie de marché' nécessitant de maintenir une immigration irrégulière exclue du droit du travail ».[219]

Enfin, selon Virginie GUIRAUDON (2006), les politiques migratoires françaises, pouvant être qualifiées de politiques « d'intégration », insistent prioritairement, mais parfois imparfaitement, sur l'égalité : « Le cas français illustre le rôle des instances administratives et judiciaires, qui peuvent garantir aux non-nationaux l'égalité des droits sociaux malgré un contexte politique contraire, caractérisé par les efforts des responsables politiques pour restreindre ces droits dans l'optique de gains électoraux. »[220]

À l'exception des groupes d'intérêt invoqués par Elhadji Mamadou MBAYE et Caroline IZAMBERT, la littérature use donc à nouveau d'explications culturelles pour comprendre l'action publique française. Cette interprétation se retrouve également pour le cas étasunien qui insiste, parallèlement, sur les coalitions

discursives à l'œuvre. La comparaison avec la littérature étasunienne montre, par ailleurs, que l'état de l'art français est excessivement peu curieux de notre problématique de recherche.

SOUS-SECTION 3. Les travaux portant sur le cas étasunien : la portée de la culture et des conflits discursifs

La littérature portant sur les États-Unis insiste sur la place du sans-papiers dans la culture étasunienne (**1**). Elle détaille également le conflit discursif entourant son accès aux soins (**2**).

1. La place de l'étranger irrégulier dans la culture étasunienne

La littérature est à nouveau foisonnante pour le cas étasunien et estime que la question de l'accès aux soins des étrangers irréguliers fait l'objet d'une réaction publique particulièrement « émotive » et « viscérale ».[221] Pourtant, la présence d'étrangers irréguliers est acceptée dans cet État « libéral » se définissant, qui plus est, comme étant une nation d'immigrés : "*the current level of unauthorized immigration is a price that most Americans are willing to pay to maintain an open society*"[222] ; "*One reason is that a more exclusive citizenship regime would violate contemporary liberal norms; a second is that exclusive citizenship would mean the uprooting of a national tradition, and challenge America's self-understanding, uncontested since the mid-1960s, as a nation of immigrants*."[223]

En dépit de cette ouverture, ce pays fait l'objet, selon Christian JOPPKE et Ewa MORAWSKA (2014), d'un renforcement de la citoyenneté se matérialisant notamment par une restriction des bénéfices publics qu'elle offre aux étrangers réguliers et irréguliers. Selon les auteurs, ce phénomène est exceptionnel au vu de l'évolution des autres États libéraux qui tendent progressivement à confondre les statuts d'étrangers et de nationaux : "*In the United States, the trend has been toward the tightening of citizenship, in the context of a historically inclusive citizenship regime.* [...] *More successful has been a second expression of the American trend toward the tightening of citizenship, the tying of more substantive benefits and privileges to the status of citizen. This is the thrust of the 1990s*

welfare reform, which excludes legal immigrants from most federal (and some state) welfare programs. It reverses a universal trend in liberal states toward approximating the status of alien to that of citizen."[224]

Les notions d'autosuffisance (*self-sufficient*) et d'autonomie (*self-reliance*) sont ainsi régulièrement utilisées pour décrire le « contrat » passé entre le clandestin et la société étasunienne : "*The exclusion of immigrants from welfare is US-specific in yet another sense: it reinvigorates the traditional view of immigrant admission as a 'covenant' between immigrant and American society, whose sustained openness is exchanged against requesting immigrants to be self-sufficient*."[225] Cette valorisation de l'indépendance renforce elle-même la définition du « mérite » et suggère, selon Sarah HORTON (2004), que l'exclusion des sans-papiers devrait se maintenir voir se renforcer à l'avenir : "*As neoliberal health and welfare policies continue to emphasize instilling responsibility and self-reliance among the low income, a middle-class ideal of behavior will continue to function as a measure of moral worth. In the midst of shrinking public welfare funds and the downsizing of government, it is likely that the undocumented will increasingly bear the brunt of misguided policies restricting care to 'deserving citizens'*".[226]

D'autres travaux décrivant les valeurs étasuniennes vont dans ce sens et insistent tout particulièrement sur le caractère peu méritoire (*undeservingness*, *worthiness*) de l'accès aux soins des étrangers irréguliers[227]. Ces valeurs sont ainsi décrites de la manière suivante : "*patriotism, self-sufficiency, the work ethic, and independence*"[228] ; "*an overarching neoliberal paradigm that rewards individual responsibility and self-sufficiency*".[229]

En ce sens, si la notion d'autonomie (*self-sufficiency*) est de nouveau mise en avant par la littérature, celle-ci admet cependant que le droit à la santé ne fait pas l'objet d'un consensus : "*In the United States, health care remains conceptualized as a scarce and limited good, and there is no acknowledged or guaranteed 'right' to health or medical treatment*".[230]

Pourtant, l'accès des sans-papiers à certaines prestations sanitaires suppose une exclusion relative de cette citoyenneté. En ce sens, pour reprendre les propos de Sébastien CHAUVIN (2009), les clandestins sont bien davantage des « sous-citoyens » que des « non-citoyens ». Ils sont, en ce sens, constamment soumis à une « mise à l'épreuve civique » : « n'étant jamais réduits à l'état de 'non-citoyens', ils forment tendanciellement une couche reconnue et stabilisée de 'sous-citoyens', dont l'autodiscipline, la stabilité bureaucratique, et la participation fiscale ont été entretenues par des promesses d'amnistie sans cesse répétées mais, depuis 1986 en ce qui concerne les Mexicains, sans cesse repoussées. Dans ce contexte, l'illégalité n'apparaît pas comme un marqueur absolu d'illégitimité mais comme un obstacle de plus au sein d'un continuum de la mise à l'épreuve civique ».[231] Cette pensée hétérogène entraîne, logiquement, un conflit discursif.

2. Le conflit discursif sur l'accès aux soins des étrangers irréguliers

Plusieurs publications s'intéressent aux arguments déployés par les défenseurs et les opposants à un plus large accès aux soins des étrangers irréguliers. Selon Brietta CLARK (2008), les opposants à un tel élargissement construisent une dichotomie entre « eux » et « nous » (*an "Us-Them" dichotomy*) en décrivant les clandestins comme étant des criminels dangereux abusant de l'État-providence (*criminals and welfare-abusers*). Ces illégaux (*illegals*), en plus d'être impliqués dans des activités criminelles violentes et d'engorger les urgences hospitalières, volent également l'emploi des autres résidents. À l'inverse, les défenseurs de cet élargissement insistent sur le caractère autonome (*self-sufficient*) des sans-papiers car peu consommateurs de soins. Ils sont également respectueux des lois (*law-abiding*). De même, cette coalition précise qu'un plus large accès aux soins ne peut créer un appel d'air – les sans-papiers étant avant tout intéressés par le travail. Elle estime par ailleurs qu'une restriction sanitaire mettrait en péril le budget fédéral et la santé publique. Plus précisément, les étrangers irréguliers travaillant notamment dans l'industrie alimentaire et agricole, la propagation de la tuberculose constitue un risque réel. Cette faction estime par ailleurs que la situation illégale des sans-papiers est le fruit d'un système administratif défaillant et d'une inégalité économique entre le Mexique et les États-Unis. L'objectif d'une

telle argumentation est d'amoindrir l'image du libre choix (*free choice*) des clandestins utilisée par leurs adversaires. Elle rappelle, enfin, qu'une privation sanitaire peut avoir des conséquences désastreuses pour les sans-papiers qui craignent, parfois, d'utiliser les urgences hospitalières.[232]

Une analyse relativement similaire est effectuée par Charlene GALARNEAU (2011) qui observe également deux clans distincts : les « restrictionnistes » (*restrictionists*) et les « inclusionnistes » (*inclusionists*). Les premiers, constitués de *CIS* et de *FAIR* principalement (décrits ensuite), estiment qu'un plus large accès contribuerait à creuser le budget public, à créer un appel d'air (*magnet*) et à dégrader l'accès aux soins pour les autres résidents. Les seconds, composés d'organisations chrétiennes, hispaniques et de professionnels de santé, en appellent au droit à la santé et à la tradition catholique. Ils rappellent également que les clandestins contribuent économiquement à l'État-providence sans pour autant pouvoir en bénéficier. Ils estiment, enfin, qu'une restriction ferait peser un risque sur la santé publique.[233]

Une autre publication[234] utilise également le terme de « restrictionniste » pour qualifier les partisans d'une diminution de l'immigration et d'un moindre accès à la santé pour les étrangers, réguliers et irréguliers. Cette dynamique apparaît également dans la littérature française : « La dynamique politique est devenue de plus en plus complexe en raison de l'apparition de nouveaux acteurs et de nouveaux groupes d'intérêt, ainsi que de tensions permanentes entre forces d'inclusion et d'exclusion de l'immigration dans un contexte économique et politique, national et international, en perpétuelle évolution ».[235]

Alejandro PORTES (2009) pointe également trois arguments régulièrement avancés pour maintenir le *statu quo*. D'une part, les centres de santé gratuits et peu coûteux et les urgences hospitalières suffisent aux étrangers. D'autre part, l'excellente qualité des soins dispensés aux États-Unis suffit à confirmer qu'une médecine socialisée (*socialized medicine*) comme en Europe nuirait à l'innovation. Enfin, en respect du modèle économique d'aléa moral (*moral hazard*), il est à craindre qu'un accès gratuit et illimité aux soins entraîne une consommation démesurée de ceux-ci.[236] Établissant une cartographie globale

des organisations allouant des soins de santé dans le pays, l'auteur dégage par ailleurs quatre modèles principaux d'institution, dont les deux plus généreuses du point de vue sanitaire (« *good samaritans* » et « *angels* ») sont généralement religieuses (*religiously affiliated*). L'auteur décrit ainsi ce second modèle : "*Angels – These are institutions motivated by the conviction that healthcare is a right that should be available to all. Due to the hold exercised on public policy by moral hazard theory, this conviction is not the governing principle of the U.S. health system (Gladwell, 2005)*[237]*. Hence, care for the uninsured, especially those who lack legal status in the country, is relegated to a small number of philanthropic institutions. Not surprisingly, religiously affiliated clinics and hospitals are at the forefront in this sphere, although they are not the only ones*".[238]

La littérature portant sur le cas étasunien met ainsi en avant deux contradictions traversant le pays. D'une part, les étrangers irréguliers sont soumis à une mise à l'épreuve civique permanente tout en voyant progressivement s'amoindrir leur accès aux soins. D'autre part, il n'existe pas de consensus sur un droit à la santé. Il résulte de ces contradictions la formation de coalitions discursives relativement nettes confrontant les notions d'autonomie et de mérite. La tradition catholique semble, enfin, jouer positivement sur l'extension de l'accès aux soins des étrangers irréguliers.

Cet état de l'art encourage la construction d'une seconde hypothèse de recherche centrée sur le modèle des coalitions de cause.

SECTION 5. L'ÉTABLISSEMENT D'UNE SECONDE HYPOTHÈSE DE RECHERCHE : LE NOYAU DUR DES CROYANCES

La littérature met donc essentiellement en avant un cadre culturel dominant tout en démontrant, parallèlement, l'existence de coalitions discursives opposées au sein de ce même cadre. Ces coalitions et ce registre culturel dominant renvoient explicitement au modèle des coalitions de cause et à son noyau dur des croyances (**sous-section 1**). Or, la littérature étant particulièrement peu volubile sur les méthodes pouvant être mises en place pour identifier ce noyau dur, cette thèse utilise une approche centrée sur les instruments d'action publique pour identifier ce noyau et les coalitions discursives qui lui sont associées (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. Le noyau dur des croyances comme seconde hypothèse de recherche

Le noyau dur des croyances est un élément constitutif du modèle des coalitions de cause (*advocacy coalition framework - ACF*). Ce modèle vise à comprendre la stabilité et le changement de l'action publique sur une période de plusieurs années[239]. Il apparaît pour la première fois en 1985 dans la thèse de Hank JENKINS-SMITH[240]. Il s'officialise par la suite en 1986[241], 1987[242], 1988[243] et 1990[244] sous la plume de Paul SABATIER, Neil PELKEY et Hank JENKINS-SMITH. Il a par la suite été remanié en 1993[245], 1999[246], 2007[247], 2014[248] et 2018[249] afin de se détacher de son influence étasunienne[250].

Ce cadre repose sur trois propositions. La première, « macro », suggère que l'action publique est généralement créée par les spécialistes d'un même sous-système. Ce sous-système baigne dans un environnement politique et socioéconomique plus large qui peut l'influencer (**1**). La seconde, « méso », considère que ces spécialistes s'agrègent en coalitions de cause définies par leurs positionnements et leurs croyances. Ces coalitions de cause sont immergées, quant à elles, dans un ou plusieurs sous-systèmes (**2**). La troisième, « micro », estime que les changements de l'action publique doivent être interprétés par la psychologie sociale car ces sous-systèmes se composent

d'individus (**3**). Ce modèle propose ainsi deux dynamiques de changement de l'action publique (**4**). Sa dernière schématisation date de 2018 (**5**).

1. Le niveau macro : un sous-système et son environnement

Le sous-système se compose de trois éléments (**1.1**) et est plongé dans un environnement agissant sur lui (**1.2**).

1.1. La tridimension du sous-système

Le sous-système se définit par un secteur d'action publique (*policy topic*), un territoire (*territorial scope*) et des acteurs (*actors*). Il concerne donc un domaine spécifique, intervient sur une aire géographique déterminée et se compose d'acteurs, individuels ou institutionnels, ouvertement impliqués dans un processus de maintien ou de transformation de l'action publique. Ces sous-systèmes font généralement figure d'autorité dans ce domaine. Ils peuvent faire l'objet de changements internes plus ou moins brutaux ou rapides[251]. Ces sous-systèmes peuvent se chevaucher ou s'emboîter[252].

Les sous-systèmes sont divisés en sous-systèmes matures et naissants. Les sous-systèmes matures se définissent en deux temps. Ils sont, d'une part, un agrégat de participants se considérant comme étant une communauté semi-autonome partageant une expertise et quelques victoires politiques sur une longue période de temps. Ces sous-systèmes matures se composent, d'autre part, d'agences administratives, de groupes d'intérêt et d'institutions de recherche spécialisées, en partie et depuis longtemps, sur la thématique du sous-système[253]. Les sous-systèmes matures possèdent ainsi des coalitions stables et clairement différenciées. À l'inverse, les sous-systèmes naissants se composent de coalitions ambivalentes aux positions imprécises[254].

1.2. L'environnement du sous-système

Deux paramètres exogènes opèrent sur ce sous-système. Le premier, stable dans le temps, se compose des attributs fondamentaux du problème, des

ressources naturelles, des valeurs socioculturelles, de la structure sociale et de la structure constitutionnelle. Le second, au contraire dynamique, est constitué des changements du contexte socioéconomiques, de l'opinion publique, de la coalition au pouvoir et d'autres sous-systèmes.[255]

Le modèle intègre, au cours de son développement, la structure d'opportunité afin de se détacher de ses origines étasuniennes. Cette structure se compose de trois éléments essentiels. D'une part, quel est le degré de consensus requis pour un changement majeur de l'action publique ? D'autre part, quel est le niveau d'ouverture du système politique ? Cela implique deux questions. Premièrement, combien de processus décisionnels doivent franchir les groupes d'intérêt ? Deuxièmement, quelle accessibilité ont ces groupes au processus décisionnel ?[256] Enfin, les clivages sociétaux permettent-ils d'être soutenu largement ?

2. Le niveau méso : des coalitions de cause

D'après ce modèle, seuls les acteurs participant activement au processus de négociation de l'action publique sont à même d'influencer cette action en raison de la complexité des sociétés modernes. Ces acteurs peuvent être des parlementaires, des membres de l'administration, des groupes d'intérêts[257], des chercheurs, des juristes ou encore des journalistes[258]. Ce modèle estime ainsi que les savoirs scientifiques et techniques influencent fortement les croyances, ces dernières se traduisant en action publique[259].

Mais les coalitions de cause ne se définissent pas seulement par leurs croyances. Elles sont, avant tout, une coordination volontaire d'actions dans l'objectif de transformer l'action publique. En ce sens, un simple agrégat d'individus mus par des volontés et des croyances communes ne forme pas, en tant que tel, une coalition. L'essence de la coalition est donc la coordination de l'action et non l'homogénéité du positionnement idéel. Ce modèle admet, néanmoins, que cette coordination entre différents acteurs puisse être faible. La littérature sur les réseaux est donc indispensable pour comprendre les stratégies et les réussites de ces coalitions. Il s'agit ainsi de comprendre quels alliés et

quelles ressources sont mobilisés par celles-ci. Les coalitions possèdent donc des croyances et des ressources. Par abus de langage, lorsqu'il est fait ici référence aux « croyances », aux « stratégies » ou aux « apprentissages » des coalitions, cela signifie en réalité que ces « croyances », ces « stratégies » ou ces « apprentissages » sont le propre des individus qui composent ces coalitions et non celui des coalitions elles-mêmes qui ne peuvent être pensées en tant qu'entités autonomes[260].

Par simplicité, la notion de « coalition » sera utilisée ici dans son sens purement idéel car les sources écrites et les entretiens ne nous fournissent que peu d'information sur la coordination des actions. De même, au vu de l'intérêt qu'accorde la littérature aux strates idéelles, il est pertinent d'insister sur ces coalitions idéelles.

Le modèle distingue plus précisément trois types de croyances. Premièrement, le noyau dur des croyances (*deep core beliefs*) est partagé par la quasi-totalité des sous-systèmes et concerne, par exemple, des questions ontologiques et normatives sur la nature humaine, la liberté, l'égalité, l'état providence ou l'intervention de l'État sur les marchés. Ces positionnements sont le fruit de l'éducation et sont, en ce sens, stables dans le temps. Cette catégorie s'apparente au « référentiel global » de Bruno JOBERT et Pierre MULLER (1987, 2000)[261] et au « paradigme » de Peter HALL (1993)[262]. Dans une moindre mesure, elle s'apparente également au cadre cognitif de l'action publique (*policy frame*) de Martin REIN et Donald SCHON (1996).[263] Deuxièmement, les croyances intermédiaires (*policy core beliefs*) sont l'application du noyau dur à l'échelle d'un même sous-système, autour d'un ou plusieurs instruments par exemple. C'est à partir de ces croyances que se positionne chacune des coalitions. Ces croyances possèdent des « préférences intermédiaires » (*policy core policy preferences*) à même de résoudre un problème considéré comme étant important. Ces croyances sont relativement stables dans le temps. Troisièmement, les croyances secondaires (*secondary beliefs*) sont l'application des croyances intermédiaires au niveau d'une composante du sous-système, telle que certaines formalités entourant l'application d'un ou plusieurs instruments. Il existe également des préférences secondaires (*policy*

preferences). Ces croyances sont instables dans le temps[264]. Il règne généralement plusieurs coalitions par sous-système dont l'une, dominante, poursuit globalement les mêmes objectifs que l'action publique en vigueur[265]. À noter que la littérature estime souvent que la distinction entre croyances intermédiaires et croyances secondaires manque de pertinence[266].

Les ressources, quant à elles, se composent de six éléments. Premièrement, la présence d'acteurs ayant une importance politique notable, telle que des juges, des parlementaires ou des membres de l'administration, favorise un intérêt public du problème soulevé. Deuxièmement, l'aval de l'opinion publique augmente la pression électorale. Troisièmement, la possession d'informations scientifiques et techniques permet de convaincre plus aisément. Quatrièmement, les « *troupes mobilisables* » (*mobilizable troops*) favorisent la tenue d'événements publics et permettent des levées de fonds pour eux-mêmes ou en soutien à des campagnes électorales. Cinquièmement, les ressources financières, notamment, encouragent des levées de fonds, permettent une production favorable de l'information par la recherche ou la création de *think tanks*, financent des campagnes électorales et multiplient toute forme de communication bénéfique. Sixièmement, des leaders compétents et entrepreneurs structurent en interne la coalition et la représentent en externe[267].

Une coalition de cause se définit donc par ses membres, par la coordination de ses activités, par ses croyances ainsi que par ses ressources. Par ailleurs, la littérature semble fortement confirmer l'hypothèse suivante : en cas de conflit important entre croyances intermédiaires, les coalitions restent stables sur plusieurs années en dépit de défections d'acteurs. Deux autres hypothèses sont modérément validées par la littérature. D'une part, les coalitions présentent une relative homogénéité des croyances intermédiaires et une moindre homogénéité des croyances secondaires. D'autre part, les coalitions abandonneront plus facilement leurs croyances secondaires avant d'admettre les faiblesses de leurs croyances intermédiaires[268].

3. Le niveau micro : des individus

La psychologie sociale permet aux auteurs d'introduire les notions de croyances normatives (*normative beliefs*), de penchant diabolique (*devil shift*) et d'apprentissage (*policy-oriented learning*). Les croyances normatives sous-entendent la possibilité d'obtenir d'un individu des choix égoïstes ou altruistes guidés par les normes en vigueur[269]. Ces croyances expliquent en partie la stabilité de l'action publique. Les auteurs estiment en effet que les changements radicaux de l'action publique ne se produisent que tous les dix ans environ, voire davantage. La psychologie sociale se réfère également au concept économique de penchant diabolique. Cette théorie estime que les individus se souviennent plus facilement des échecs que des réussites. En ce sens, ces individus considèrent leurs opposants comme étant bien plus puissants, pernicieux et indignes de confiance que ce qu'ils pourraient être. Il résulte de cette dynamique un renforcement interne des coalitions et un conflit exacerbé entre elles[270]. Enfin, l'apprentissage se définit comme une alternance de pensées et de comportements intentionnels résultant de l'expérience et/ou de nouvelles informations qui sont intéressées par l'accomplissement ou la révision d'une action publique déterminée[271]. Cet apprentissage est favorisé par l'existence de forums prestigieux et professionnels[272].

4. Le changement de l'action publique

Le changement de l'action publique peut être radical et soudain (**4.1**) ou lent et graduel (**4.2**).

4.1. Les chocs internes et externes au sous-système : une transformation radicale et soudaine de l'action publique

Deux types d'événements peuvent aboutir à un changement draconien de l'action publique : les chocs internes et les chocs externes au sous-système. Les chocs internes peuvent prendre la forme d'un rapport démontrant, par exemple, que les politiques menées jusqu'à présent ne fonctionnent pas ou que de larges pratiques de corruption existent au sein de la coalition dominante. Les chocs

externes touchent généralement aux paramètres externes dynamiques en raison de leur moindre stabilité (contexte socioéconomique, opinion publique, coalition au pouvoir ou décisions politiques provenant d'autres sous-systèmes). Ils peuvent également englober tout événement d'ampleur, telle qu'une catastrophe industrielle ou naturelle[273].

Un choc interne a pour conséquence de renforcer les croyances intermédiaires et la cohésion des coalitions minoritaires et entraîne, en corollaire, un affaiblissement des croyances et de l'unité de la coalition dominante. En déplaçant l'attention publique, des chocs internes ou externes peuvent également s'accompagner d'une redistribution des ressources par, notamment, un nouveau soutien de l'opinion ou une réallocation de subventions. Cela peut conduire à un renversement brutal des rapports de force entre coalitions[274]. Ces modifications des croyances et des ressources peuvent aboutir à une transformation radicale et soudaine de l'action publique.

4.2. L'apprentissage et l'impasse politique : une transformation relative et lente de l'action publique

L'apprentissage peut prendre une dizaine d'années pour aboutir à des transformations. En effet, le noyau dur des croyances et les croyances intermédiaires étant résistants au changement, seules les croyances secondaires peuvent être modifiées par l'apprentissage. Or, la transformation de ce type de croyances entraîne un changement restreint de l'action publique. Un bouleversement de l'action publique peut intervenir par apprentissage à condition qu'il soit couplé d'un choc interne ou externe. La littérature récente met fortement en avant l'apprentissage dans l'explication du changement de l'action publique[275].

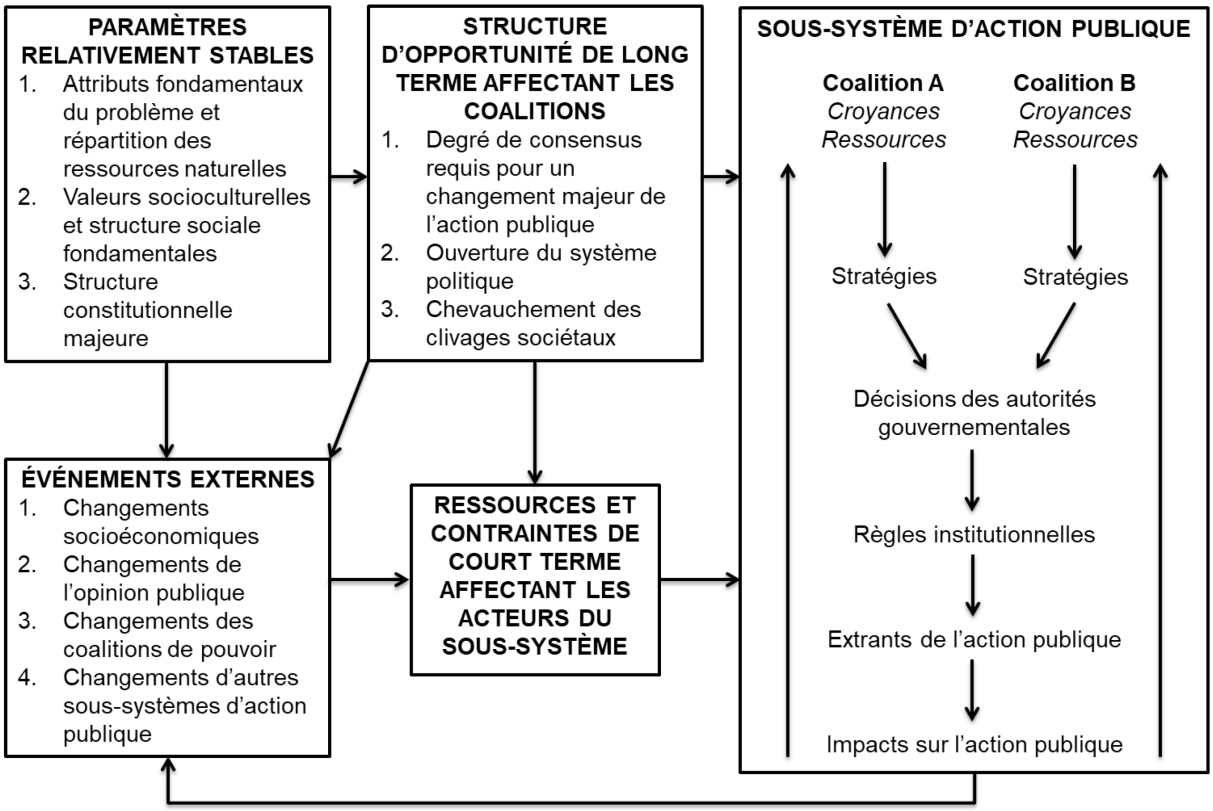
Il existe également des situations dans lesquelles des acteurs non étatiques parviennent, après des années de négociations, à modifier substantiellement les politiques en vigueur. Le modèle propose ainsi de coupler la logique d'apprentissage des coalitions de cause avec celle des modes alternatifs de résolution des conflits (*alternative dispute resolution*)[276]. Ces deux théories

mettent effectivement en avant la méfiance entre coalitions et les filtres cognitifs individuels. Elles affirment ainsi qu'en cas de conflit se créent des coalitions d'intérêts et de croyances pouvant interpréter une même information différemment. Ces coalitions se méfient de la capacité de leurs opposants à négocier honnêtement, à tenir leurs promesses et à comprendre leurs adversaires[277]. Neuf hypothèses détaillent ces deux postulats. Premièrement, pour qu'une négociation réussisse, celle-ci doit être nécessairement précédée d'une impasse (*policy stalemate* pour les coalitions de cause et *hurting stalemate* pour les modes alternatifs), c'est-à-dire d'une situation dans laquelle le statu quo semble insurmontable. Ensuite, cette réussite est possible si les négociations ont inclus, dès le départ, l'ensemble des représentants des différentes coalitions. Par ailleurs, ces négociations doivent être présidées par un leader reconnu comme étant neutre en termes d'idées et d'intérêts. Quatrièmement, seule l'unanimité est à même de garantir une mise en application respectueuse de l'accord des négociations. Un pouvoir de veto est donc préférable à un vote de majorité. Le financement du processus de négociation doit également provenir de plusieurs parties prenantes. Le nombre de réunions de négociation doit être d'au minimum une demi-douzaine par an avec les mêmes représentants et à la condition que ces représentants rendent des comptes régulièrement à leur propre coalition. Septièmement, seules des données empiriques, techniques et scientifiques, sont à même de faire évoluer une négociation dans le bon sens. De plus, les négociations étant entamées dans un climat de méfiance, les participants doivent se positionner dans une posture d'écoute, de bienveillance et de respect mutuel. Enfin, un compromis aura davantage de chances d'être accepté s'il fait appel à un minimum d'alternatives ou si beaucoup d'alternatives semblent peu séduisantes. Ce processus est qualifié par la théorie des modes alternatifs de meilleure solution de rechange (*BATNA – Best Alternative to a Negociated Agreement*)[278].

5. Le schéma du modèle des coalitions de cause

Le cadre d'analyse des coalitions de cause est modélisé de la manière suivante.

FIGURE 22 • Diagramme du modèle des coalitions de cause



SOURCE : Christopher M. WEIBLE et Paul A. SABATIER, Theories of the policy process (Hachette UK, 2017), 143 (traduction personnelle).

Le noyau dur des croyances est donc bien associé ici à la stabilité de l'action publique. En revanche, le modèle des coalitions de cause s'intéresse peu à la continuité de l'action publique, se contentant d'expliquer celle-ci par une simple négation du changement, c'est-à-dire par l'absence des conditions nécessaires à la transformation de l'action publique.

La littérature étant peu bavarde sur la manière d'identifier le noyau dur des croyances, les instruments d'action publique sont utilisés comme outil principal de recherche.

SOUS-SECTION 2. L'utilisation des instruments d'action publique pour identifier le noyau dur des croyances

Joseph RIPBERGER (2014) déplore le peu d'intérêt qu'accorde la littérature au noyau dur des croyances concernant, notamment, son impact sur l'action publique et la manière dont il peut être défini et mesuré : "*Deep core beliefs represent an important yet underspecified concept within the ACF. This can (in part) be attributed to two issues in the literature on belief systems: First, scholars seem to disagree about how the concept should be defined—particularly with regard to the appropriate scope of the concept. Second, researchers have approached the measurement of deep core beliefs in an* ad hoc *way that varies greatly from study to study. As a result, we know relatively little about the role that deep core beliefs play in the policymaking process*."[279] Partant du même constat, Hank JENKINS-SMITH (2014) rappelle pourtant que les croyances sont essentielles au modèle des coalitions de cause. Il encourage ainsi la littérature à s'intéresser à l'impact du noyau dur sur les coalitions de cause et les autres croyances : "*the ACF conception of deep core beliefs is underdeveloped* [...] *While belief systems in general are central to the ACF's account of policy change and learning, the role of deep core beliefs in constraining policy core and secondary beliefs is incomplete, as is the manner in which deep core beliefs shape organizational and coalitional composition*."[280] Les techniques identifiant ce noyau dur vont ainsi du questionnaire quantitatif[281] à l'observation qualitative d'une superposition entre les discours des coalitions[282]. Ces noyaux durs sont ensuite définis à l'aide d'une typologie culturelle préexistante[283].

Si le questionnaire est difficile à mettre en place pour un seul chercheur, les autres techniques sont utilisables. La définition de l'instrument d'action publique de Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALÈS (2014) est un point de départ pour l'analyse discursive. En effet, selon ces auteurs, « un instrument d'action publique constitue un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur. [...] les instruments d'action publique ne sont pas des outils disposant d'une neutralité axiologique parfaite, et indifféremment disponibles. Ils sont porteurs de valeurs,

nourris d'une interprétation du social et de conceptions précises du mode de régulation envisagé. Ils sont aussi producteurs d'une représentation spécifique de l'enjeu qu'ils traitent et induisent une problématisation particulière de l'enjeu, dans la mesure où ils hiérarchisent des variables et peuvent aller jusqu'à impliquer un système explicatif. »[284]

L'instrument d'action publique ne peut donc être compris par sa simple technicité. Il est porteur d'une acception sociale tant par son essence que par les conséquences qu'il peut avoir. Si l'instrument peut matérialiser, en tant que tel, une composante de ce noyau dur, les positionnements à l'égard de ces instruments (coalitions) affinent également les contours d'un tel noyau.

En ce sens, cette subjectivité confirme l'intérêt de s'intéresser aux instruments pour comprendre le « *système explicatif* » mobilisé. Les instruments d'action publique sont donc des outils au travers desquels peuvent être identifiés des registres culturels à même d'expliquer la stabilité de l'action publique. Cette méthodologie renvoie à l'analyse de cadre (*frame analysis*) d'Erving GOFFMAN (1974) bien que celle-ci soit traditionnellement employée en sociologie des mouvements sociaux. Ces cadres sont, selon l'auteur, des « schémas d'interprétation » (*schemata of interpretation*) permettant à des acteurs de « localiser, percevoir, identifier et nommer » (*locate, perceive, identify, and label*).[285]

Les positionnements des coalitions à l'égard des instruments d'action publique facilitent ainsi l'identification du noyau dur des croyances. Ces coalitions sont, elles-mêmes, un double marqueur. D'une part, elles définissent le niveau de fragmentation du noyau dur, c'est-à-dire son homogénéité interne. D'autre part, elles mesurent le degré de polarité de ce noyau dur, c'est-à-dire la conflictualité entre coalitions. Cette polarité permet ainsi d'évaluer, notamment, la maturité des sous-systèmes entre les deux pays. Ces instruments sont donc listés dans la section suivante.

SECTION 6. LES INSTRUMENTS ÉTUDIÉS

Les instruments d'action publique retenus se limitent aux outils juridiques (**sous-section 1**). Ils sont divisibles en quatre catégories : les prestations financières (**sous-section 2**), les centres de santé (**sous-section 3**), l'encadrement des refus de soins (**sous-section 4**) et le dispositif de régularisation pour état de santé (**sous-section 5**). Un tableau compare et synthétise ces instruments (**sous-section 6**). Les réformes touchant à ces instruments ont l'intérêt d'être, à 90 %, incluses dans la temporalité de la thèse (**sous-section 7**). Enfin, quelques données nationales montrent que ces instruments bénéficient a priori aux étrangers irréguliers (**sous-section 8**). Si la liste initiale des instruments était à l'origine plus longue, celle-ci a été réduite suite aux conseils fournis en entretiens : tous les instruments ne sont pas, en pratique, utilisés par les étrangers irréguliers sur les territoires métropolitains français et étasuniens[286].

SOUS-SECTION 1. Les outils juridiques dans la classification des instruments d'action publique

Ce sujet restreint permet de dégager une dizaine d'instruments d'action publique dans chacun des pays. Seuls les outils juridiques sont pris en compte en respect de la classification de Christopher HOOD (**1**) et en raison de la grande reconnaissance de cette catégorie d'instrument dans la littérature (**2**).

1. Une classification des instruments centrée sur les ressources

Les outils juridiques sont définis par le système « NATO » de Christopher HOOD (1983). L'auteur distingue en effet quatre types d'instruments d'action publique : la nodalité (*nodality* — N), le trésor (*treasure* — T), l'organisation (*organization* — O) et l'autorité (*authority* — A). La nodalité est la capacité à être au centre d'un réseau d'information et d'un réseau social. C'est, plus exactement, l'aptitude à diffuser l'information de son choix à un maximum d'interlocuteurs. Le trésor correspond à l'ensemble du patrimoine fongible librement échangeable. L'organisation est le patrimoine non fongible de l'État ainsi que le personnel à sa disposition, c'est-à-dire les fonctionnaires civils et militaires et les personnes

contractuelles. Enfin, l'autorité est la détention des pouvoirs militaires et légaux. Il s'agit, plus précisément, de la faculté d'exiger, d'interdire, de garantir des droits et de juger[287]. L'outil juridique est donc une composante essentielle de cette dernière catégorie d'instrument.

L'intérêt de cette classification est qu'elle n'est pas qu'un simple continuum qui, d'une part, s'établit entre deux extrémités en pratique inatteignables et, d'autre part, a l'inconvénient de relativiser – quitte à affaiblir – l'ensemble de ses catégories. Au contraire, cette typologie met en avant des types de ressources distincts et universels. Tel que l'énonce Michael HOWLETT (1991), « les qualités du modèle de HOOD est qu'il est relativement simple et créé une synthèse remarquable de beaucoup d'autres modèles qui, avant lui, estimaient également que les instruments doivent être définis comme des ressources »[288]. Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALÈS (2004) affirment également que « [cette typologie] constitue le point de référence des travaux contemporains sur les instruments. [*The Tools of Government*] est le premier ouvrage à développer une perspective analytique rigoureuse et systématique qui s'inscrit, à l'époque, dans le débat sur la mise en œuvre des politiques publiques. [...] Le point de départ de HOOD demeure selon nous essentiel pour comprendre les transformations de l'action publique et présenter une typologie des instruments »[289].

La distinction entre les typologies de type « ressources » et de type « continuum » n'est pas si nette. Christopher HOOD lui-même estime ainsi que ces quatre catégories vont des moins contraignantes (nodalité) aux plus contraignantes (trésor, autorité puis organisation) sur les actes des citoyens.

2. Les outils juridiques : une catégorie de cette classification qui fait consensus

Lorsque Stephen LINDER et Guy PETERS (1989) agrègent l'ensemble des typologies d'instrument issues de la littérature, ils constatent alors que l'outil juridique (*regulation*) est la seule catégorie faisant consensus (*the only consensus class*)[290].

En effet, cette autonomie se retrouve dans la plupart des classifications francophones et anglophones de science politique listées en partie dans la thèse de Sylvain PERRET (2010)[291]. La régulation juridique est ainsi mentionnée comme étant un instrument relativement autonome à caractère plus ou moins contraignant chez de nombreux auteurs.[292] Cette littérature incorpore indistinctement des typologies de type « ressources » et « continuum ». La section suivante traite ainsi des prestations financières prévues juridiquement.

SOUS-SECTION 2. Les prestations financières

Les prestations financières françaises (**1**) précèdent les prestations étasuniennes (**2**). Les étrangers irréguliers aux faibles revenus bénéficient ainsi notamment d'une couverture maladie publique et gratuite en France et non de l'autre côté de l'Atlantique.

1. Les prestations financières en France

Les prestations financières concernent l'aide médicale de l'État (AME) de droit commun (**1.1**), l'aide médicale de l'État « à titre humanitaire » (**1.2**), le fonds pour les soins urgents et vitaux (**1.3**) et les assurances privées (**1.4**).

1.1. L'aide médicale de l'État de droit commun

L'AME est une couverture maladie gratuite dont peuvent bénéficier les étrangers irréguliers résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond. Les ayants droit de cette personne peuvent également bénéficier de cette couverture[293]. Le plafond de ressources est le même que celui de la protection universelle maladie (PUMA), soit environ 8800 euros annuels pour une personne seule en France métropolitaine[294]. L'AME ne couvre pas les frais relatifs aux cures thermales, à l'aide médicale à la procréation et aux services médicaux faibles[295]. Les dépenses d'AME sont prises en charge par l'État au titre du programme 183[296].

1.2. L'aide médicale de l'état « à titre humanitaire »

Les étrangers illégaux ne répondant pas aux critères de l'AME, mais dont l'état de santé le justifie peuvent, par décision individuelle du ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'AME[297]. Cette prestation est généralement appelée AME « à titre humanitaire ». Elle est incluse dans le budget de l'AME.

1.3. Le fonds pour les soins urgents et vitaux

Dans l'hypothèse où la personne ne possède pas l'AME, celle-ci peut bénéficier du remboursement des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu son pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de son état de santé. Ce dispositif est généralement appelé « fonds pour les soins urgents et vitaux » (FSUV). Le FSUV est financé par dotation forfaitaire versée par l'État à la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAM)[298]. Il est généralement demandé par l'hôpital directement et non par l'intéressé.

1.4. Les assurances privées

En théorie, rien n'oblige les étrangers irréguliers de bénéficier des assurances de santé privées propres aux étrangers[299]. Ce dispositif n'est cependant pas encadré par le droit.

2. Les prestations financières aux États-Unis

Les prestations financières concernent les couvertures de santé publiques (**2.1**), les couvertures de santé privées (**2.2**) et le paiement public des soins urgents (**2.3**).

2.1. Les couvertures de santé publiques

Les étrangers irréguliers sont exclus de la plupart des couvertures de santé publiques fédérales, dont *Medicare*, *Medicaid* (à l'exception de l'*Emergency*

Medicaid) et les fonds provisoires de haut risque (*temporary high-risk pools*)[300]. *Medicaid* est une protection maladie couvrant en priorité les indigents. *Medicare* se charge majoritairement des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans. Les fonds provisoires de haut risque prévoient un accès immédiat, temporaire et bon marché à une assurance-maladie pour les personnes non assurées depuis au moins six mois et ayant un état de santé aggravé.

Quelques villes peuvent néanmoins couvrir les étrangers irréguliers adultes sur leurs propres fonds et non sur l'argent fédéral[301]. Le district de Washington (*D.C. Healthcare Alliance*) et quelques comtés californiens (*My Health L.A.* et *Healthy San Francisco*) ont ainsi mis en place ce type de protection.

2.2. Les couvertures de santé privées

Les étrangers irréguliers sont également exclus de la plupart des couvertures maladies privées subventionnées par l'argent fédéral[302]. Ils peuvent néanmoins être rattachés aux couvertures maladies individuelles (*individual health insurance*)[303] du privé qui sont, par définition, les plus chères du marché car elles ne mutualisent pas les risques. En effet, le prix de ces couvertures est fonction de l'état de santé et des conditions de vie de l'étranger (tabagisme, etc.).

2.3. Le paiement public des soins urgents

Le paiement public des soins urgents peut être (**2.3.1**), ou non (**2.3.2**), demandé par l'intéressé.

2.3.1. Le paiement public des soins urgents demandé par l'intéressé

Le paiement des soins urgents par l'*Emergency Medicaid* est possible sous deux conditions. D'une part, l'individu doit être dans une situation d'urgence médicale[304]. D'autre part, il doit avoir des revenus ne dépassant pas le plafond fixé pour l'obtention de *Medicaid*[305]. Le personnel hospitalier est strictement tenu de ne pas contrôler la légalité du statut administratif de l'étranger[306]. La situation

d'urgence médicale est définie au niveau des États. Le paiement est effectué directement auprès de l'hôpital sans que l'intéressé ait à faire l'avance des frais. La demande est effectuée par les individus ou sa famille[307].

2.3.2. Le paiement public des soins urgents demandé par l'hôpital

Le remboursement fédéral des services d'urgence fournis aux sans-papiers[308] (dit « *section 1011* ») a été établi en décembre 2003. Il prévoyait originellement le remboursement de ces soins à hauteur de 250 millions de dollars par an auprès des États ayant une forte proportion d'étrangers irréguliers pour les années 2005-2008. Ces fonds n'ayant pas été entièrement consommés en 2008, ils ont été utilisés jusqu'au 30 septembre 2016 – date officielle d'expiration du programme[309].

Les fonds relatifs aux partages disproportionnés entre hôpitaux (*Disproportionate Share Hospital - DSH*)[310] sont donnés au niveau fédéral (*Medicare DSH*) et au niveau des États (*Medicaid DSH*)[311]. Ces fonds visent à compenser les impayés des hôpitaux dus, entre autres, aux étrangers irréguliers. Suite à la réforme en 2010 de l'*Affordable Care Act*, ces fonds sont amenés à disparaître[312].

2.4. Le paiement public des personnes atteintes du VIH/sida

Le programme *Ryan White*[313] subventionne les soins alloués aux personnes atteintes du VIH/sida financièrement démunies, quelle que soit leur situation administrative. Par abus de langage, les centres de santé recevant des fonds *Ryan White* sont généralement surnommés « cliniques *Ryan White* ».

SOUS-SECTION 3. Les centres de santé

Les centres de santé français (**1**) sont plus orientés sur le traitement infectieux en comparaison aux centres étasuniens qui possèdent un plus large éventail de soins primaires (**2**).

1. Les centres de santé en France

Les pathologies maternelles[314] étant généralement d'origine non infectieuse, la protection maternelle et infantile est donc écartée. Seront donc traités successivement les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (**1.1**), les centres de lutte antituberculeuse (**1.2**), les centres de planification et d'éducation familiale (**1.3**), les permanences d'accès aux soins de santé (**1.4**) et les structures bénévoles (**1.5**).

1.1. Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) sont nés en 2016[315] de la fusion des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). Ils assurent le dépistage et le traitement – préventif ou ambulatoire – du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles. Ces activités sont pratiquées anonymement si l'usager le demande. Ces centres procèdent également aux vaccinations courantes, mais de manière non anonyme. L'ensemble de ces activités est gratuit. L'agence régionale de santé (ARS) doit assurer au minimum la présence d'un CEGIDD par territoire de santé[316].

1.2. Les centres de lutte antituberculeuse

Il existe au moins un centre de lutte antituberculeuse (CLAT) par département. Ces centres assurent le dépistage, le traitement et la vaccination de la tuberculose gratuitement[317]. Ces activités ne sont pas anonymes, mais elles sont couvertes par le secret professionnel. Depuis 2004, ces centres sont sous la responsabilité de l'État (ARS) ou du département[318].

1.3. Les centres de planification ou d'éducation familiale

Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) assurent le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles de manière anonyme. Ces activités sont exercées à titre gratuit pour les personnes qui n'ont pas de couverture maladie. Les vaccins sont également pratiqués, à titre gratuit, mais de manière non anonyme[319].

1.4. Les permanences d'accès aux soins de santé

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont rattachées à un établissement de santé. Elles prennent en charge le dépistage et le traitement des infections. Les PASS s'adressent aux personnes en situation de précarité, mais rien ne les contraint à accepter les étrangers irréguliers. Les soins prodigués peuvent être gratuits si la personne n'a pas les ressources suffisantes[320].

1.5. Les structures bénévoles

Des associations ont mis en place des espaces de santé accessibles aux étrangers irréguliers. Les trois principales sont les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde, les permanences du Comité pour la santé des exilés (COMEDE) et les Accueils Santé Social de la Croix-Rouge. Ces trois structures assurent le dépistage, le traitement et la vaccination des principales infections. En revanche, aucun texte juridique n'encadre ces trois dispositifs.

2. Les centres de santé aux États-Unis

Les principaux centres de santé qui accueillent et soignent sans distinction les étrangers irréguliers prennent en charge un large éventail de soins primaires.

Les centres de santé qualifiés (*federally-qualified health centers – FQHC*)[321] sont subventionnés au niveau fédéral afin de distribuer des soins de santé peu

coûteux par des employés. Ils incluent trois principales structures : les centres subventionnés par « *Ryan White* »[322] et spécialisés sur le traitement du VIH/sida, les « *community health centers* »[323] (CHC) (centres de santé de communauté), ciblés sur les soins primaires, et les « *FQHC Look-Alikes* » (FQHC sosies), moins subventionnés que les *FQHC* classiques.

Les « *community health centers* » incluent les anciens « *migrant health centers* »[324] (MHC — centres de santé pour migrants) et « *neighborhood health centers* »[325] (NHC — centres de santé de quartier).

Le programme permettant à ces structures d'obtenir des médicaments bon marché est essentiellement le « *340B Drug Pricing Program* » (programme *340B* relatif au prix des médicaments)[326] qui bénéficie à la fois aux *FQHC*, aux hôpitaux recevant des fonds *DSH* et aux structures ayant des fonds *Ryan White*.

Seules les « *free clinics* » (cliniques gratuites) sont exclues des subventions publiques. Ces dernières allouent également des soins de premier recours gratuitement ou à bon marché. Elles sont financées par des donations privées et fonctionnent grâce à des professionnels de santé bénévoles[327].

Ces structures assurent le dépistage, le traitement curatif et la vaccination[328] des principales maladies infectieuses en proportion de leur budget.

SOUS-SECTION 4. L'encadrement des refus de soins

Si l'encadrement des refus de soins est peu développé en France (**1**), il l'est bien davantage aux États-Unis (**2**).

1 L'encadrement des refus de soins en France

La loi impose une obligation de soins pour les situations d'urgence et toutes les fois où le médecin « manquerait à ses devoirs d'humanité ». En revanche, une fois le patient accepté, le médecin doit assurer la continuité des soins[329].

2. L'*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* aux États-Unis

Les étrangers irréguliers peuvent bénéficier du programme *EMTALA* (*Emergency Medical Treatment and Labor Act*)[330]. Cette mesure contraint pratiquement l'ensemble des hôpitaux du pays[331] à protéger et traiter ces individus s'ils sont en situation d'urgence médicale jusqu'à stabilisation de leur état de santé. L'hôpital a l'interdiction de ralentir cet examen au motif qu'il voudrait vérifier les modalités de paiement du patient ou son statut d'assuré. De même, les modalités de transfert du patient vers un autre hôpital doivent être justifiées par l'hôpital et approuvées par le patient[332].

Deux définitions de l'urgence médicale se superposent : celle au niveau fédéral pour *EMTALA* et celle au sein de chaque état pour l'*Emergency Medicaid*. En ce sens, le législateur a prévu que la définition donnée localement pour l'*Emergency Medicaid* puisse être plus large que celle donnée par *EMTALA*. Cette superposition vise essentiellement à s'assurer que les hôpitaux ne contractent pas une dette disproportionnée au vu de l'obligation posée par *EMTALA*[333].

En revanche, la question de savoir si les médecins doivent, ou non, accepter des patients en dehors de ces situations d'urgence est floue[334].

SOUS-SECTION 5. La régularisation pour état de santé

Si la régularisation pour état de santé est possible en France (**1**), seule la doctrine la conçoit aux États-Unis (**2**).

1. La régularisation pour état de santé en France

Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public[335], l'étranger gravement malade peut obtenir un titre de séjour pour la durée de son traitement. Trois conditions cumulatives sont posées. Premièrement, l'étranger doit résider de manière habituelle en France. Deuxièmement, il ne doit pas pouvoir bénéficier de ce traitement dans son pays d'origine pour des raisons financières ou

géographiques par exemple. Troisièmement, l'absence de ce traitement doit entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité. Le corollaire de cette disposition est la protection contre une mesure d'éloignement[336].

Quatre assouplissements sont posés. D'une part, le visa permettant de séjourner plus de trois mois en France n'est pas exigé contrairement à la plupart des titres de séjour. D'autre part, ce titre permet d'exercer une activité professionnelle[337]. Par ailleurs, l'intéressé est dispensé de présenter un passeport en cours de validité. Enfin, il n'a pas à justifier d'une entrée régulière[338].

La décision d'accorder le titre de séjour est prise par la préfecture après avis d'un collège de médecins de l'office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) placé sous tutelle du ministère de l'Intérieur. Les personnes ressortissantes de l'espace économique européen (EEE) et de la Suisse sont exclues de cette disposition[339]. Les Algériens bénéficient d'une régularisation similaire par l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968[340].

Quelques maladies infectieuses ont été prises en compte pour la délivrance du titre : une hépatite C chronique[341], une hépatite B chronique[342], une infection par VIH[343], une bilharziose urinaire[344] et une coinfection par le VIH et l'hépatite C[345]. En revanche, de nombreuses décisions refusent ce titre pour la tuberculose[346].

2. La régularisation pour état de santé aux États-Unis

Une doctrine balbutiante propose de lier la Convention de Genève de 1951[347] aux risques de persécution pouvant être encourus pour un étranger malade en instance d'éloignement[348].

SOUS-SECTION 6. Comparaison des instruments français et étasuniens

La France et les États-Unis ont donc, tous deux, déployé un large dispositif sanitaire bénéficiant aux étrangers irréguliers. Ce dispositif est, cependant, davantage développé en France. Le tableau comparatif suivant reprend les instruments étudiés.

TABLEAU 3 • Instruments d'action publique dont peuvent bénéficier les étrangers irréguliers

	FRANCE	ÉTATS-UNIS
Prestation financière		
Publique	AME de droit commun AME humanitaire FSUV	Autorisation sur financement local *Emergency Medicaid* *Section 1011* *DSH* (*340B*) *Ryan White*
Privée	Autorisation	Couvertures non subventionnées
Centre de santé		
Public	CEGIDD (CDAG, CIDDIST) CLAT CPEF PASS	*FQHC* (*340B*) *CHC* (*migrant health center*, *neighborhood health center*) *FQHC Look-Alikes*
Privé	Médecins du Monde COMEDE Croix-Rouge	*Free clinics*
Régularisation pour soins	L. 313-11 CESEDA	Doctrine
Obligation de soins	Soins urgents et « devoirs d'humanité »	*EMTALA*

NOTE : en rouge, vert, violet et orange, les instruments non étudiés en raison de leurs caractères non juridiques (rouge), locaux (vert), coûteux (violet) et flous juridiquement (orange).

Quatre critères sont donc retenus afin de sélectionner les instruments dont peuvent bénéficier les étrangers irréguliers. Premièrement, les dispositifs non encadrés juridiquement sont mis de côté pour les raisons susmentionnées lors de la définition des instruments (en rouge dans le tableau). Deuxièmement, tel que mentionné dans la définition du sujet, le niveau fédéral aux États-Unis est privilégié afin de limiter le nombre des dispositifs juridiques à étudier (en vert). Les rares exceptions concernant les couvertures maladie dispensées localement sont donc écartées. Troisièmement, les étrangers irréguliers étant a priori des populations précarisées, les instruments coûteux sont également ignorés (en violet). Quatrièmement, la notion de « devoir d'humanité » étant peu définie juridiquement, elle est rejetée par commodité (en orange).

Le caractère excluant des dispositifs de santé publique de droit commun comme, par exemple, la Sécurité sociale en France ou les couvertures maladie fédérales

aux États-Unis, est étudié au sein des lois de budget annuelles. En revanche, l'ensemble des réformes propres à ces dispositifs de droit commun inaccessibles n'a pas été pris en compte afin d'alléger la quantité des matériaux.

Enfin, la régularisation des étrangers irréguliers est étudiée comme un instrument « abstrait » au sens où il n'est pas clairement prévu par un article juridique. Cette « abstraction » est retenue car elle permet, pour les étrangers irréguliers, d'accéder aux dispositifs de droit commun dont peuvent bénéficier les nationaux et les étrangers réguliers. Cet accès peut être plus ou moins immédiat car une période de quelques mois ou de quelques années suivant la régularisation peut être nécessaire afin d'accéder à ces dispositifs. Ce retard n'est effectué qu'aux États-Unis.

La section suivante démontre, à nouveau, l'intérêt de la temporalité choisie au vu de ces instruments.

SOUS-SECTION 7. L'intérêt de la temporalité allant de 1970 à décembre 2016 pour ces instruments

La période allant de 1970 à décembre 2016 englobe près de 90 % des réformes observées pour ces instruments. Plus précisément, ces réformes ont été identifiées en suivant deux questionnements. Tout d'abord, quels articles des codes juridiques encadrent les instruments étudiés et notamment leurs bénéficiaires ? Puis, quels changements ont subis ces articles ? Le recueil des transformations juridiques a été effectué grâce aux sites Internet Légifrance[349] en France et *Govinfo*[350] aux États-Unis. Cette première liste de réformes a été ensuite complétée de manière qualitative. Au total, cent soixante réformes ont été retenues (**annexe 1**). Si celles-ci se composent uniquement des lois aux États-Unis, elles incluent également en France, en plus des lois, quelques dispositifs réglementaires – décrets et ordonnances principalement. La plupart des instruments retenus semblent, enfin, bénéficier aux étrangers irréguliers.

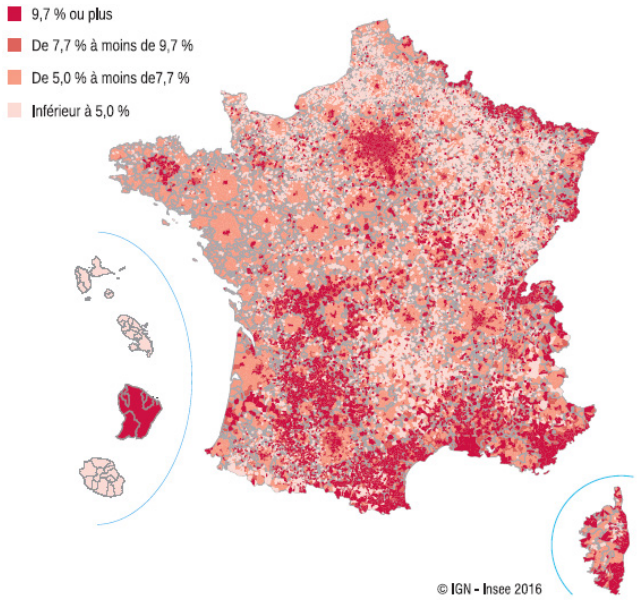
SOUS-SECTION 8. Le bénéfice a priori des instruments aux étrangers irréguliers

Les données disponibles semblent confirmer que les instruments choisis bénéficient effectivement aux étrangers irréguliers en France (**1**) et aux États-Unis (**2**).

1. Les instruments choisis semblent bénéficier aux étrangers irréguliers en France

S'il n'existe pas de carte concernant la répartition des étrangers irréguliers en France, l'INSEE possède tout de même les données sur l'immigration.

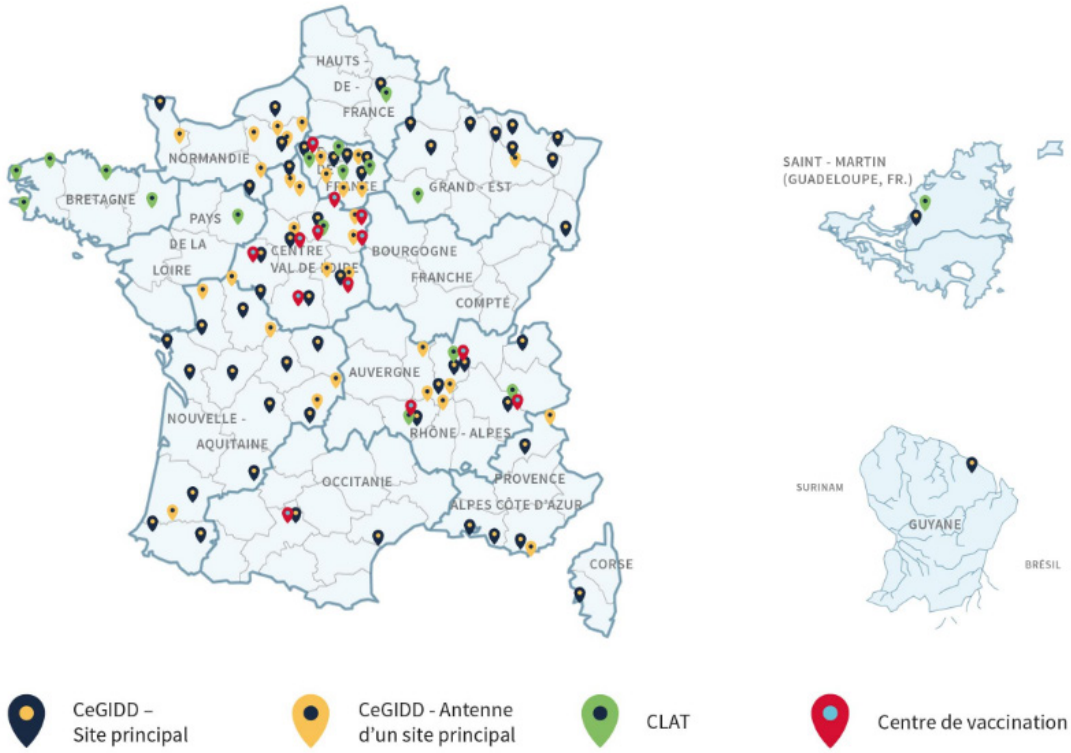
FIGURE 23 • Localisation géographique des immigrés, France, 2016



SOURCE : INSEE, 2016. URL : www.insee.fr/fr/statistiques/2121524 (dernière visite : 31 janvier 2018).

Cette carte se recoupe en partie avec celle sur la répartition des CEGIDD. Ce recoupement se vérifie moins pour les CLAT et les centres de vaccinations contre le BCG[351] qui leurs sont associés. La carte ci-dessous présente ces données.

FIGURE 24 • Localisation géographique des CEGIDD et des CLAT, France, 2017



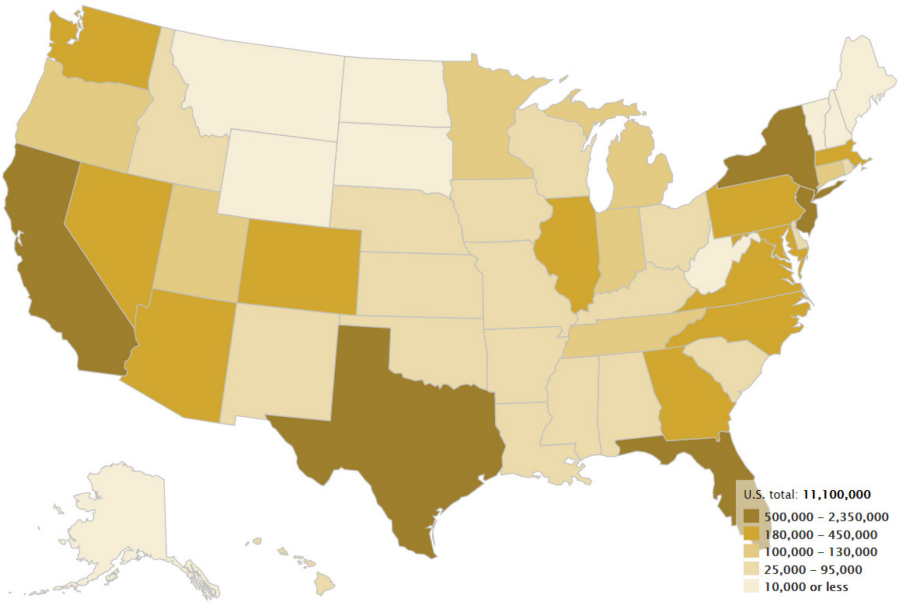
SOURCE : données CUPIDON. URL : www.epiconcept.fr/produit/cupidon (dernière visite : 31 janvier 2018).

Ainsi, en plus de l'AME et de la régularisation pour soin qui sont clairement spécifiques aux étrangers irréguliers, il semblerait que les CEGIDD et, dans une moindre mesure, les CLAT bénéficient aux immigrés, voire aux étrangers irréguliers également.

2. Les instruments choisis semblent bénéficier aux étrangers irréguliers aux États-Unis

Les données étasuniennes sont plus fournies. Un *think tank* propose ainsi, en 2014, une carte indiquant la répartition des étrangers irréguliers par état. Elle est reproduite ci-dessous.

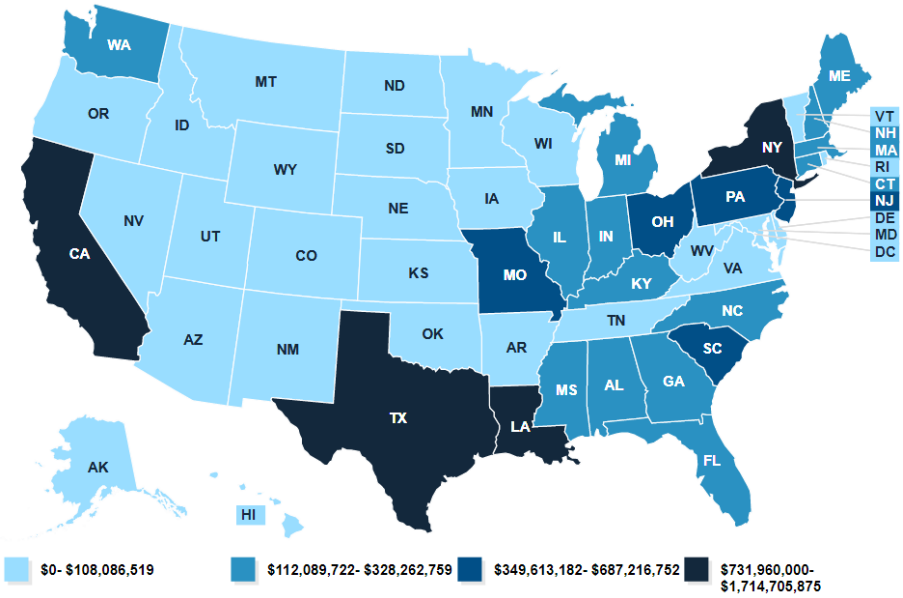
FIGURE 25 • Localisation géographique des étrangers irréguliers, États-Unis, 2014



SOURCE : The Pew Research Center (2016). URL : www.pewhispanic.org/interactives/unauthorized-immigrants (dernière visite : 23 janvier 2018).

Cette carte coïncide avec la répartition du budget fédéral de *Medicaid DSH* en 2014.

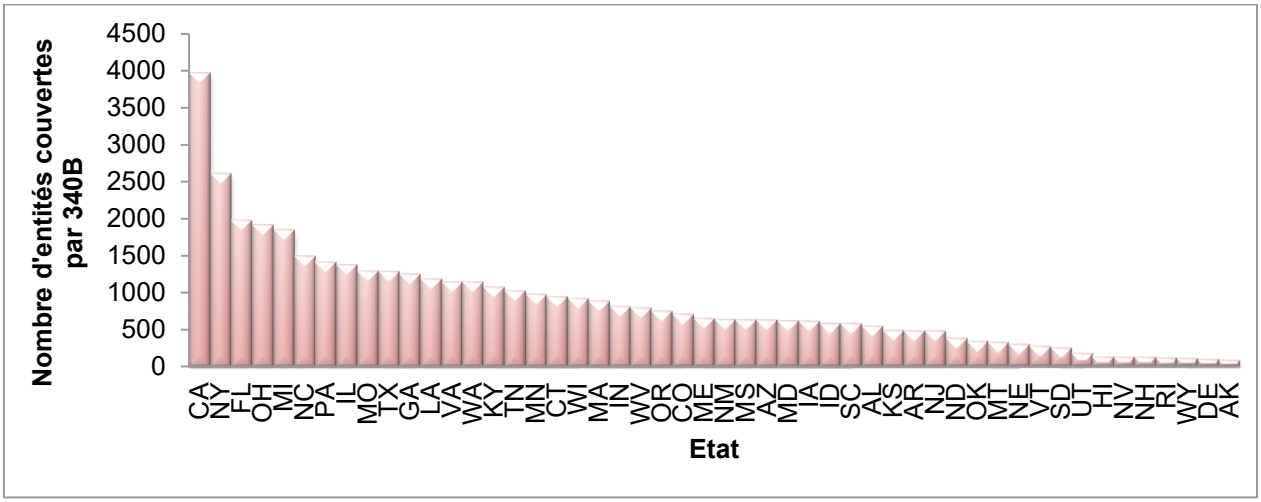
FIGURE 26 • Répartition du budget fédéral de *Medicaid Disproportionate Share Hospital*, États-Unis, 2014



SOURCE : The Henry J. Kaiser Family Foundation. URL : http://kaiserf.am/2n1evpJ (dernière visite : 23 janvier 2018).

En 2017, les états les plus concernés par *Medicare DSH* sont également la Californie, le Texas, la Floride et New York[352]. La Californie, New York et la Floride sont également les trois états les plus touchés par les entités couvertes par *340B* tel qu'illustré ci-dessous.

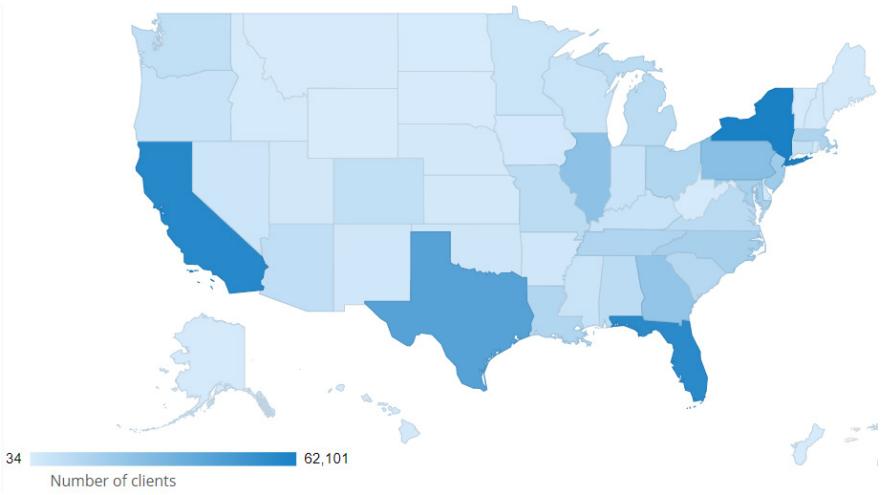
FIGURE 27 • Localisation géographique des entités couvertes par le programme *340B Drug Pricing Program*, États-Unis, 2018



SOURCE : données de la Health Resources and Services Administration (HRSA). URL : https://340bopais.hrsa.gov/ (dernière visite : 26 janvier 2018)

La Californie, le Texas, la Floride et New York concordent enfin avec la répartition géographique des personnes bénéficiant de *Ryan White* en 2015.

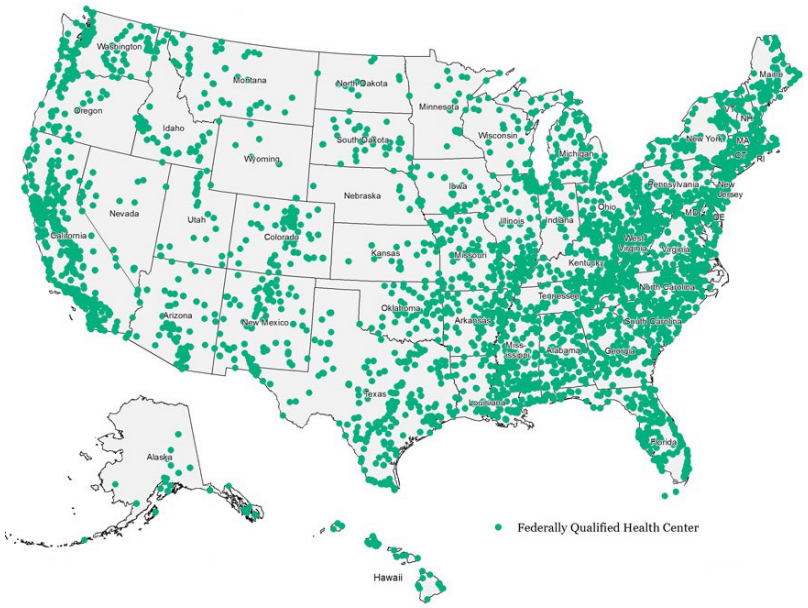
FIGURE 28 • Répartition des personnes bénéficiant du programme *Ryan White HIV/AIDS*, États-Unis, 2015



SOURCE : HRSA, "Ryan White HIV/AIDS Program Clients Served", by State, 2015. URL : https://hab.hrsa.gov/stateprofiles2015/#/(dernière visite : 24 janvier 2018).

Enfin, ces quatre états sont en partie couverts par les FQHC tel qu'indiqué ci-dessous.

FIGURE 29 • Répartition géographique des *federally qualified health centers*, États-Unis, 2015



SOURCE : Rural assistance center. URL : http://projects.cares.missouri.edu (dernière visite : 31 janvier 2018).

Ces quatre programmes, qui seront développés plus en détail ensuite, semblent ainsi bénéficier aux étrangers irréguliers au vu de leur répartition géographique et démontrent, ainsi, l'intérêt de travailler sur ces instruments.

La problématique, les hypothèses de recherche et les instruments étant à présent clarifiés, la section suivante traite du protocole expérimental et des matériaux de la thèse.

SECTION 7. LE PROTOCOLE EXPÉRIMENTAL ET LES MATÉRIAUX DE RECHERCHE

La problématique de la thèse est donc la suivante : pourquoi l'accès aux soins des étrangers irréguliers est-il relativement stable dans le temps en dépit des controverses et des réformes dont il fait l'objet ? Cette controverse touche tout autant à certains instruments en particulier qu'à la question plus générale du bénéfice des services publics par les étrangers irréguliers. L'évolution juridique des principaux dispositifs suggère l'existence de rétroactions négatives, surtout en France, en raison de l'action des groupes d'intérêt (première hypothèse). La littérature scientifique évoque, quant à elle, la présence de strates idéelles, surtout aux États-Unis, rappelant fortement le modèle des coalitions de cause et son noyau dur des croyances (seconde hypothèse). Le protocole expérimental (**sous-section 1**) est précisé avant le matériau de recherche (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. Le protocole expérimental

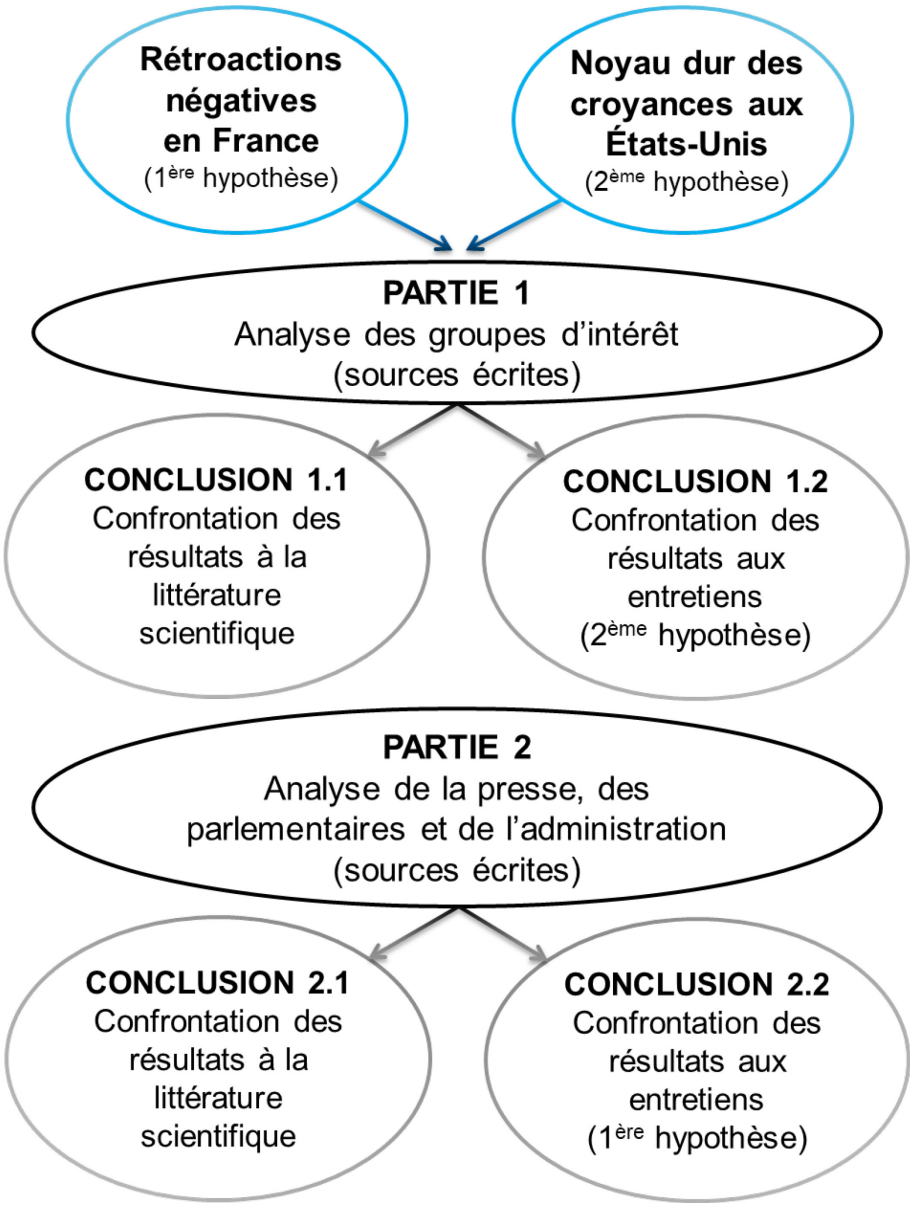
La seconde hypothèse de recherche suppose une analyse discursive sur un large échantillon de données afin d'identifier le noyau dur des croyances pour chacun des pays. D'après le modèle des coalitions de cause, les spécialistes d'un sous-système peuvent être des parlementaires, des membres de l'administration, des groupes d'intérêts, des chercheurs, des juristes ou encore des journalistes[353]. En respect de cette définition, les données de la thèse ont donc été divisées en quatre catégories : administration, pouvoir législatif, groupes d'intérêt et articles de presse. Les communiqués se positionnant, de manière plus ou moins claire, sur l'ensemble des instruments sélectionnés ont donc été collectés.

La première hypothèse, propre aux groupes d'intérêt, implique une analyse discursive de ces groupes ainsi qu'une analyse qualitative et quantitative sur la manière dont ces groupes sont cités et utilisés par les autres communiqués (administration, pouvoir législatif et articles de presse) afin d'évaluer leur impact.

Cette thèse est divisée en deux parties. La première porte sur les groupes d'intérêt. La seconde analyse les trois autres types de sources écrites (administration, pouvoir législatif et articles de presse). Chaque chapitre est comparatif et s'intéresse aux deux pays simultanément. Le processus de démonstration est effectué en trois temps. Dans un premier temps, les communiqués sont analysés essentiellement de manière discursive à l'aide du logiciel NVivo. Ce logiciel facilite ainsi le travail de codage (analyse qualitative) ainsi que les relations entre occurrences (analyse quantitative). Dans un deuxième temps, les résultats sont confrontés à la littérature scientifique. Dans un troisième et dernier temps, ils font face aux entretiens.

La confrontation des résultats à la littérature et aux entretiens s'effectue toujours en conclusion de partie. La conclusion de la première partie reprend ainsi l'hypothèse du noyau dur et interroge la littérature et les entretiens en ce sens. La conclusion de la seconde partie interroge, pour sa part, la littérature sur les deux hypothèses de recherche mais questionne les entretiens sur les rétroactions négatives uniquement. Néanmoins, si des résultats s'écartent des deux hypothèses de recherche, la littérature et les entretiens peuvent être mobilisés pour les affiner en amont des conclusions de partie. La conclusion générale reviendra sur l'ensemble des résultats obtenus en insistant, tout particulièrement, sur le processus d'homéostasie idéelle découlant de cette thèse. Le processus de démonstration est simplifié ci-dessous.

FIGURE 30 • Processus de démonstration de la thèse



La force d'un tel dispositif réside dans la diversité des matériaux. En effet, une simple triangulation des entretiens, sans analyse des sources écrites (administration, pouvoir législatif, groupes d'intérêt et articles de presse), aurait nécessairement cédé à deux principaux biais. D'une part, les entretiens sont subjectifs car ils impliquent de faire face au récit d'une même génération baignée dans un environnement médiatique et scientifique commun. D'autre part, la focale de cette génération peut être contrainte par l'orientation politique des enquêtés. Plus précisément, l'intérêt porté à l'objet d'étude a impliqué de discuter avec, en majorité, des personnes bienveillantes à l'égard des étrangers irréguliers. Ces effets générationnels et politiques semblent donc rendre difficile

toute tentative d'objectivation du matériau et auraient été insuffisants, en eux-mêmes, pour établir des résultats probants.

Néanmoins, la principale limite de ce protocole est qu'il est peu ouvert aux explications allant au-delà des deux hypothèses de recherche. Comment, dès lors, rendre compte, par exemple, du poids des entrepreneurs individuels ou du contexte national ou international ?

La principale stratégie mise en place pour compenser cette lacune est double. Premièrement, la grille d'entretien est volontairement large et concerne tout autant la stabilité que le changement d'action publique. L'objectif est ainsi d'obtenir un éventail de paramètres explicatifs plus large. Les entretiens ont donc été intégralement retranscrits pour ouvrir l'analyse à d'autres résultats et sortir des deux hypothèses de recherche. Secondement, les données ont été par moments traitées de manière quantitative pour tenter d'obtenir d'autres résultats. Une analyse de réseaux met ainsi en avant une forte relation entre les groupes d'intérêt et les partis politiques français. De même, l'analyse quantitative des débats parlementaires met en lumière une opposition française à l'accès aux soins des étrangers irréguliers par l'intermédiaire d'entrepreneurs individuels particulièrement virulents.

Le logiciel NVivo est sélectionné pour deux raisons. D'une part, il facilite l'analyse de discours par son codage (analyse qualitative) et ses recherches d'occurrences (analyse quantitative). D'autre part, la littérature en science politique se référant au cadre des coalitions de cause[354] et, dans une moindre mesure, au point d'équilibre (rétroactions)[355] utilise ce logiciel.

La composition du matériau de recherche est précisée ci-après.

SOUS-SECTION 2. Le matériau de recherche

Les données se composent ainsi des rapports de l'administration, des communiqués publics des groupes d'intérêt (**1**), des articles de presse (**2**), des rapports et des débats parlementaires (**3**) et, enfin, des entretiens (**4**).

1. Rapports de l'administration et communiqués publics des groupes d'intérêt

Les rapports de l'administration et les communiqués publics des groupes d'intérêt ont été sélectionnés par instruments. En ce sens, dès qu'une source écrite donnait expressément un positionnement vis-à-vis des instruments retenus, elle était récoltée. Les sources ne faisant qu'évoquer un instrument sans se positionner dessus n'étaient donc pas collectées. Les sources écrites présentant un positionnement global sur l'accès aux soins des étrangers irréguliers ou sur leur régularisation étaient cependant prises en compte. Ces sources ont été récoltées par institutions, en respect d'une liste d'administrations et de groupes d'intérêt préalablement établie et complétée par la suite grâce aux entretiens.

2. Articles de presse

Les articles de presse proviennent d'Europresse[356] en France et de Factiva[357] aux États-Unis. La date d'archivage sur Factiva est plus intéressante pour la presse étasunienne tandis que celle d'Europresse est plus pertinente pour les données françaises. Par exemple, *Le Monde diplomatique* est disponible dès 1980 sur Europresse alors que son plus ancien numéro date de 2006 sur Factiva.

Les articles de presse ont été récoltés à l'aide des mots-clés suivants. Les caractères spéciaux (« OR » et « "" ») sont expliqués en TABLEAU 6.

TABLEAU 4 • Mots-clés utilisés pour les bases de données Europresse et Factiva

Europresse (France)	Factiva (États-Unis)
"aide médicale d'état" or "aide médicale départementale" or "aide médicale gratuite" or "étrangers malades" or "immigrés malades" or "migrants malades" or "sans-papiers malades" or "conséquences d'une exceptionnelle gravité" or "santé des migrants" or "santé des étrangers" or "santé des sans-papiers" or "immigration sanitaire" or "soins urgents et vitaux" or "dépistage anonyme et gratuit" or "diagnostic des infections sexuellement transmissibles" or "lutte antituberculeuse" or "lutte contre la lèpre" or "planification ou d'éducation familiale" or "vaccination gratuite" or "permanence d'accès aux soins de santé" or "permanences d'accès aux soins de santé" or "régularisations" or "cdag" or "ciddist" or "cegidd" or "clat" or "cpef"	"emergency medical treatment and active labor act" or "emtala" or "emergency treatment and labor act" or "health of migrants" or "health of undocumented" or "health of immigrant" or "health of alien" or "health of noncitizen" or "federally qualified health center" or "fqhc" or "ryan white" or "path to citizenship" or "community health center" or "community health centers" or "to undocumented aliens" or "emergency medicaid" or "disproportionate share hospitals" or "340b drug" or "340b program" or "free clinics" or "amnesty" or "legalization" or "neighborhood health centers" or "migrant health"

3. Rapports et débats parlementaires

Les débats parlementaires ont deux origines : les lois du budget depuis environ 1965 et les lois thématiques propres aux instruments étudiés. Les rapports parlementaires ont été collectés au sein de ces deux types de lois, mais également sur les sites Internet de chacun des parlements.

En France, les débats proviennent donc des lois de finances, des lois de financement de la sécurité sociale depuis 1996[358], des lois rectificatives pour ces deux types de textes et de vingt-et-une lois thématiques les plus essentielles et appartenant aux cent soixante réformes observées dans les deux pays. Aux États-Unis, les lois du budget sont divisées par types d'action. N'ont ainsi été considérées que les soixante lois du budget les plus significatives impactant sur les dépenses de santé. Les débats parlementaires ont également été récoltés dans vingt-huit lois thématiques essentielles appartenant, elles aussi, aux cent soixante réformes observées. Contrairement au cas français, les débats étasuniens englobent également les *hearings*, c'est-à-dire les auditions en commission des groupes d'intérêt notamment. Ils incluent également les discours présidentiels lors de la signature des textes.

Les rapports sont directement issus, en France, de l'une des deux chambres. En revanche, aux États-Unis, ils proviennent, en plus des chambres, du *Government Accountability Office* (*GAO*), du *Congressional Budget Office* (*CBO*), du *Congressional Research Service* (*CRS*) et des lettres publiques émanant des parlementaires.

L'ensemble de ces sources écrites a été récupéré en ligne lorsque cela était possible. Les autres sources ont été photographiées aux archives de l'Assemblée nationale en France ou récoltées grâce à la base de données *Westlaw*[359] aux États-Unis. Cette base de données était accessible via une inscription de deux ans, en 2012-2014, à l'université Paris 2 Panthéon-Assas en capacité en droit.

4. Entretiens

Les entretiens ont été effectués en deux temps. Une dizaine d'entretiens exploratoires, en partie non enregistrés, ont été réalisés en France entre décembre 2013 et mars 2014. Une même grille d'entretien a ensuite été utilisée aux États-Unis, du 27 juillet au 30 septembre 2015 puis en France du 22 août au 30 septembre 2016. En France, trente-quatre entretiens ont été intégralement retranscrits et seize ont été pris sous forme de notes en raison de trois refus d'enregistrement et de douze entretiens exploratoires non enregistrés. Aux États-Unis, cinquante-deux entretiens ont été entièrement retranscrits et trois sont sous forme de notes. En effet, un enregistrement a été refusé et deux sont cryptés, c'est-à-dire incompréhensibles à l'écoute. La grille d'entretien figure en **annexe 3**. Ces entretiens, exploratoires et non exploratoires, ont été effectués de manière semi-directive.

La période allant de 1970 à décembre 2016 inclut l'expérience des enquêtés. Sur cent dix-huit personnes interrogées, certaines ont eu une expérience intéressant le sujet de thèse dès les années 1970-1980. Par exemple, aux États-Unis, Alice RIVLIN, Henry AARON, Karen DAVIS et Dan HAWKINS exercèrent des fonctions administratives au sein d'agences sanitaires fédérales dans les années 1960 et 1970. Alice RIVLIN dirigea le *Congressional Budget Office*

(bureau budgétaire du Congrès) de 1975 à 1983. Bill GRADISON fut député de l'Ohio de 1975 à 1993 et Tim WESTMORELAND travailla, sur la même période environ, dans le bureau du député californien Henry WAXMAN. En France, de 1985 à 2000, Danièle LOCHAK fut présidente du GISTI (Groupe d'information et de soutien des immigrés). Patrick MONY travailla pour la CFDT dès 1964 puis pour le GISTI en 1979. Jean-Michel BELLORGEY fut député de l'Allier de 1981 à 1993.

Lorsque les enquêtés sont cités, il est généralement fait mention de leur catégorie et non de leur patronyme. Ces catégories peuvent être les suivantes : « groupe d'intérêt/militant », « chercheur », « professionnel de santé » ou « opposant aux étrangers ». En ce sens, lorsque la notion de « militant » est par exemple donnée, elle fait référence au membre d'un groupe d'intérêt bienveillant à l'égard des étrangers mais jamais à un groupe hostile. Le choix d'utiliser de telles catégories a été fait car je n'ai aucun accord écrit me permettant de citer nommément un enquêté.

Néanmoins, certains extraits d'entretien sont donnés dans le corps de la thèse ou en note de fin sans apporter de précision sur la catégorie de son orateur. Ce choix est essentiellement fait dans la situation où de nombreux enquêtés s'accordent sur un phénomène. En ce sens, la quantité supplantant la qualité, il me semblait peu pertinent d'indiquer à la suite une dizaine ou une vingtaine de catégories pour un même constat.

La section suivante traite de l'intérêt de la comparaison vis-à-vis de la problématique de la thèse et inscrit celle-ci dans une démarche culturaliste.

SECTION 8. LES INTÉRÊTS DE LA COMPARAISON POUR UNE ANALYSE CULTURALISTE

La comparaison présente ici un triple intérêt. Premièrement, la comparaison permet de classifier. Patrick TORT (1989) distingue ainsi la métaphore, montrant une ressemblance, de la métonymie, présentant une généalogie.[360] Si la fonction des groupes d'intérêt est la même dans les deux pays par leur action de rétroaction positive ou négative, la thèse montre que le noyau dur des croyances s'explique par une origine religieuse (métonymie présente en conclusion de la première partie) et se matérialise aujourd'hui par des idéaux types culturels distincts (métaphore présente en conclusion de la seconde partie). Cette classification paraît d'autant plus nécessaire au vu de la discrétion de la littérature française sur la question de recherche.

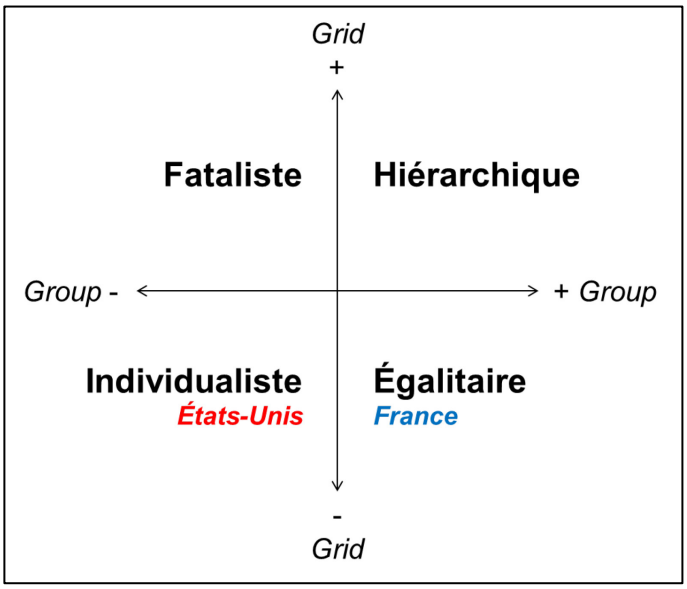
Deuxièmement, elle est un outil de justesse en affinant les résultats. Les traits du noyau dur des croyances sont ainsi hiérarchisés par la comparaison. Là où une étude de cas non comparative parviendrait à dégager une série de caractères propres à ce noyau, la comparaison aide à classifier ces caractères par ordre d'importance, voire à faire émerger des traits invisibles pour l'œil non comparatiste. Ce dernier phénomène se vérifie pour le cas français où la comparaison met en évidence un noyau dur difficilement perceptible en raison des sources écrites françaises peu verbeuses. De même, concernant la relation qu'entretient chacun des pays avec les groupes d'intérêt, la comparaison aide à comprendre la sélection de ces groupes par les sphères décisionnelles et les contraintes institutionnelles auxquels les acteurs sont soumis, notamment au Parlement.

Troisièmement, enfin, la comparaison est peu utilisée par la littérature usant des coalitions de cause et des rétroactions. Elle peut, ainsi, contribuer à enrichir ces deux modèles.

L'approche principalement culturaliste de cette thèse renvoie à la typologie de Mary DOUGLAS (1978, 1986)[361] qui est proposée, au début des années 2000, comme complément au modèle des coalitions de cause[362]. Pourtant, ce n'est

qu'en 2014[363] et en 2018[364] qu'on la rattache explicitement au noyau dur des croyances. La typologie "*grid-group*" (cadre-groupe) permet ainsi de schématiser ce noyau dur selon deux axes qui créent, par leur croisement, quatre noyaux durs distincts (fataliste, hiérarchique, individualiste et égalitaire). Le croquis ci-dessous situe les deux pays sur une telle typologie d'après l'état de l'art.

FIGURE 31 • Typologie "*grid-group*" de l'analyse culturelle de Mary DOUGLAS et positionnement des pays d'après l'état de l'art



La fonction "*grid*" mesure le degré de contrainte sociale telle que des lois ou des règlements (externe à l'individu, donc objective) tandis que celle de "*group*" évalue le niveau de rattachement au groupe (interne et subjective). Le noyau dur « individualiste » place les individus en compétition et accorde un grand intérêt à la liberté. Ces individus préfèrent ainsi dépendre d'eux-mêmes et allouent un pouvoir important au marché pour réguler leurs relations sociales.[365] Ce modèle est donc proche des États-Unis d'après la littérature scientifique. Le noyau dur « égalitaire » est également critique à l'égard des normes en raison des conséquences négatives qu'elles peuvent avoir sur les individus. Ce modèle refuse ainsi d'exclure un individu qui serait lui-même banni par des normes illégitimes. En respect du principe d'égalité, il considère donc que la communauté doit compenser les inégalités du marché.[366] Ce noyau dur se rapproche donc du cas français d'après l'état de l'art. L'analyse des sources écrites et des entretiens montre une distinction similaire. La section suivante annonce le plan de la thèse.

SECTION 9. L'ANNONCE DE PLAN

L'intérêt du sujet est donc triple. Premièrement, ce sujet part d'un double paradoxe. D'une part, les instruments d'action publique sont stables dans le temps en dépit des réformes dont ils font l'objet. D'autre part, cette stabilité existe en dépit des controverses qui la traversent. Ces controverses sont elles-mêmes doubles et concernent tout autant certains instruments en particulier que la question plus générale relative à la légitimité du bénéfice des services publics par les étrangers irréguliers. Deuxièmement, le statut épidémiologique dégradé des étrangers associé à un accroissement de cette population pour chacun des pays explique, en partie, l'existence des dispositifs sanitaires comparables de chaque côté de l'Atlantique. Troisièmement, la discrétion de la littérature française sur ce double paradoxe rend d'autant plus nécessaire l'interrogation d'un tel sujet pour le cas français.

En schématisant le processus de démonstration de la thèse (FIGURE 30), le protocole expérimental a montré le découpage de celle-ci en deux parties. Ainsi, si la première partie est propre aux groupes d'intérêt, la seconde s'intéresse à la presse, aux parlementaires et à l'administration. Chacun des chapitres est comparatif en portant sur une catégorie donnée de sources écrites (groupes d'intérêt, presse, parlementaires ou administration). Ce découpage a été effectué pour répondre aux deux hypothèses de recherche. D'une part, qui sont les groupes d'intérêt (rétroactions négatives) et quelles idées possèdent-ils (noyau dur des croyances) ? D'autre part, le discours de ces groupes d'intérêt s'insère-t-il dans la presse, le Parlement et l'administration (rétroactions négatives) ? De même, quelles idées sont-elles véhiculées chez ces trois derniers acteurs (noyau dur) ?

La première partie, propre aux groupes d'intérêt, permet, dans un premier temps, de montrer que le sujet de l'accès aux soins des étrangers irréguliers est fortement politisé en France contrairement aux États-Unis (**chapitre 1**). Elle précise également qu'en comparaison aux groupes d'intérêt français, seuls des groupes d'intérêt étasuniens s'opposent aux instruments sanitaires (**chapitre 2**) et à la régularisation (**chapitre 3**). La seconde partie indique que le discours des

groupes d'intérêt et très présent dans la presse française au vu de sa consœur étasunienne (**chapitre 4**). Elle révèle, par ailleurs, que certains parlementaires français s'opposent, de manière virulente, aux instruments étudiés – contrastant ainsi avec la bienveillance des parlementaires étasuniens (**chapitre 5**). Elle précise, enfin, que l'administration des deux pays est particulièrement attentive aux impératifs de santé publique (**chapitre 6**).

PARTIE 1. L'ASTREINTE IDÉELLE PESANT SUR L'ORGANISATION ET LES REVENDICATIONS DES GROUPES D'INTÉRÊT

Cette première partie traite des groupes d'intérêt en raison du double avantage qu'ils présentent. L'hypothèse des rétroactions négatives françaises implique effectivement d'observer l'organisation des intérêts en conflit. De plus, les communiqués de ces groupes peuvent offrir une première image du noyau dur des croyances. Cette partie montre ainsi que le sujet de l'accès aux soins des étrangers irréguliers n'est pas politisé aux États-Unis (**chapitre 1**). Elle présente également l'opposition étasunienne à l'égard des instruments sanitaires (**chapitre 2**) et de la régularisation des étrangers irréguliers (**chapitre 3**). Elle remarque, en conséquence, que l'astreinte idéelle, d'origine religieuse, se répercute sur l'organisation et les revendications des groupes d'intérêt.

CHAPITRE 1. LA POLITISATION DU SUJET

La démonstration majeure de ce premier chapitre est la suivante : le sujet de l'accès aux soins des étrangers irréguliers est politisé en France mais non aux États-Unis. Une seconde démonstration, mineure, affirme que les groupes d'intérêt sont institutionnellement bien placés pour orienter l'action publique car ils semblent être à cheval sur le sous-système et l'opinion publique. Ces groupes useraient ainsi de l'opinion publique pour dynamiser le sous-système dans un sens qui leur convienne. L'analyse quantitative permet d'appuyer ces deux démonstrations et montre, à l'aide des entretiens, que les thématiques d'immigration et de santé peinent à se croiser aux États-Unis en raison du caractère clivant de ces deux sujets et d'une culture non universaliste, orientée sur des catégories culturelles de mérite. En conséquence, cette astreinte idéelle impacte sur les relations que ces groupes d'intérêt entretiennent entre eux.

L'articulation de cette double démonstration – politisation et positionnement des groupes d'intérêt – s'effectue en cinq temps. Tout d'abord, un protocole d'observation du degré de maturité du sous-système est mis en place au sein de chaque pays (**section 1**). Les groupes d'intérêt sont ensuite présentés (**section 2**). Une première similitude est établie entre les groupes d'intérêt et l'opinion publique : le clivage entre les thématiques d'immigration et de santé est plus important aux États-Unis qu'en France (**section 3**). Une seconde similitude apparaît entre les groupes d'intérêt et le sous-système : le niveau de maturité des sous-systèmes est similaire à celui des « grappes » des groupes d'intérêt (**section 4**). Le lien entre ces groupes d'intérêt, l'opinion publique et le sous-système est ainsi esquissé (**section 5**). Une analyse de réseau permet, enfin, de montrer un fort intérêt des partis politiques français sur l'objet de la thèse ainsi qu'une étroite proximité entre ces partis politiques et les groupes d'intérêt (**section 6**). Une conclusion achève cette démonstration (**section 7**).

SECTION 1. LE PROTOCOLE D'OBSERVATION DU NIVEAU DE MATURITÉ DES SOUS-SYSTÈMES

Cette section montre la nécessité d'établir un protocole d'observation des sous-systèmes selon leur degré de maturité (**sous-section 1**). Elle donne ainsi ce niveau de maturité en assimilant leur secteur d'action publique à un unique instrument (**sous-section 2**). Ces niveaux de maturité sont en partie validés par les entretiens (**sous-section 3**). Il semblerait, en revanche, que la maturité d'un sous-système ne soit pas toujours synonyme de conflictualité (**sous-section 4**). En revanche, cette maturité est clairement liée au nombre des réformes (**sous-section 5**).

SOUS-SECTION 1. La nécessité d'établir un protocole d'observation

Deux notions d'action publique doivent être précisées : la maturité du sous-système (**1**), le sous-système lui-même et son secteur d'action publique (**2**).

1. L'insuffisante définition de la maturité

Pour rappel, le sous-système se définit par son secteur (*policy topic*), son territoire (*territorial scope*) et ses acteurs (*influencing actors*)[367]. Leur degré de formation – mature ou naissant – dépend (1) du niveau de reconnaissance entre spécialistes et du nombre de victoires obtenues par ceux-ci depuis longtemps, et (2) du nombre d'institutions spécialisées sur le sujet (agences administratives, groupes d'intérêt, institut de recherche, *think tanks*, etc.) depuis une période de temps suffisamment longue[368]. Un sous-système est ainsi considéré comme étant mature s'il existe depuis une décennie environ.[369]

Or, ce protocole d'observation est malaisé pour cinq raisons. Premièrement, à partir de quand devient-on un spécialiste, c'est-à-dire un individu suffisamment actif et positionné politiquement sur le sujet ? Par ailleurs, comment mesurer cette reconnaissance interindividuelle ? Troisièmement, comment associer explicitement, par un lien de cause à effet, une victoire à un certain groupe de spécialistes ? De même, à partir de combien d'institutions doit-on estimer que le

degré de maturité est atteint ? Enfin, la période d'une décennie est-elle applicable à tous les sous-systèmes et est-elle cumulative avec ces autres critères ?

La littérature portant sur les sous-systèmes naissants apporte peu de précision sur ce degré de maturité. Elle n'hésite pas à remettre en cause la durée des dix ans et estime, généralement, qu'un sous-système est naissant si les positionnements des coalitions sont confus et difficilement prévisibles. Les coalitions peinent alors à se former car les alliés et les adversaires sont peu identifiables.[370] Mais un sous-système n'a pas toujours des coalitions antagonistes et les notions d'allié et d'adversaire ont alors peu d'intérêt.

Les définitions du sous-système et de son secteur d'action publique (*policy topic*) sont également imprécises.

2. L'insuffisante définition du sous-système et de son secteur d'action publique

La littérature ne faisant pas explicitement référence au modèle des coalitions de cause use parfois abondamment du concept de « sous-système » sans pour autant le définir[371]. Lorsque les contours d'une telle abstraction tentent, par moment, d'être dessinés, ceux-ci s'inscrivent dans une histoire scientifique principalement étasunienne. Le « tourbillon » (*whirlpool*) d'Ernest GRIFFITH (1939)[372] édifie ainsi une architecture globale de l'objet : "*One cannot live in Washington for long without being conscious that it has whirlpools or centers of activity that focus on particular problems….it is my opinion that ordinarily the relationship among these men—legislators, administrators, lobbyists, scholars—who are interested in a common problem is a much more real relationship than the relationship between congressmen generally or between administrators generally".*[373] Ce « tourbillon » se transforme par la suite, dans les années 1960-1970, en « triangle de fer » (*iron triangle*) en raison des relations durables et discrètes qu'entretiennent entre eux le Congrès étasunien, les groupes d'intérêt et l'administration.[374] Cette même période voit également émerger d'autres concepts dont notamment ceux de « sous-gouvernement » (*subgovernment*)[375]

et de « sous-système » (*subsystem*) justement. Ces deux notions reproduisent cependant en partie le triptyque décisionnel constitué du législatif, de l'administration et des groupes d'intérêt. Jeffrey BERRY (1989) définit ainsi le sous-gouvernement : "*A subgovernment consists primarily of a limited number of interest group advocates, legislators and their aides, and key agency administrators who interact on a stable, ongoing basis and dominate policymaking in a particular area*".[376] Le sous-système est également décrit par John FREEMAN (1965) de la manière suivante : "*subsystem refers to the pattern of interactions of participants, or actors, involved in making decisions is a special area of public policy the type which concerns us here is found in an immediate setting formed by an executive bureau and congressional committees, with special interest groups intimately attached*".[377]

Cette sphère cloisonnée s'ouvre progressivement sous la plume de Hugh HECLO (1978) qui conçoit bien davantage l'existence de « réseaux d'enjeu » (*issue network*) : "*Looking for closed triangles of control, we tend to miss the fairly open networks of people that increasingly impinge upon government*".[378] En plus de s'ouvrir, ces espaces ne sont plus seulement considérés comme étant un simple agrégat d'intérêts. Ils subissent désormais des conflits discursifs portés par des valeurs. Les sous-systèmes font ainsi l'objet de « cadres d'interprétation » (*frames of interpretation*), de « contre-cadres » (*counter-frames*) et de « narrations » (*narratives*).[379] Frank BAUMGARTNER et Bryan JONES (1993) parlent quant à eux d'« images » (*policy images*) dont la maîtrise peut aboutir à la création d'un véritable monopole (*policy monopoly*) : "*The policy images underpinning a subsystem are influenced by the configuration of partisan forces at its birth, as are the operating principles of the subsystem*".[380] Ce monopole idéel nécessite toutefois un support institutionnel : "*Policy monopolies have two important characteristics. First, a definable institutional structure is responsible for policymaking, and that structure limits access to the policy process. Second, a powerful supporting idea is associated with the institution. These buttressing policy ideas are generally connected to core political values which can be communicated directly and simply through image and rhetoric.*"[381]

Cette nouvelle définition sort le sous-système du paradigme positiviste focalisé sur l'opposition entre « agent » et « structure ».[382] Le questionnement constructiviste permet ainsi d'introduire le sous-système dans une pensée post-positiviste refusant d'établir une nette distinction entre les sphères décisionnelle et sociale – les deux s'entremêlant sans cesse. Tel que l'affirment Michael HOWLETT et Mishra RAMESH (1998) : "*The essence of more recent 'postpositivist' approaches to the study of policymaking is a focus on the way in which the language of politics 'constructs' public policy, since the language of politics is inscribed with interpretations of what a policy 'problem' is*".[383] Ils proposent ainsi de concevoir les sous-systèmes comme étant des entités composées de réseaux d'intérêts (*policy networks*) et de communautés d'idées (*policy communites*).[384] Cette opposition est fonction du degré d'ouverture – les communautés tissant des liens plus forts que les réseaux : "*The term policy community is often juxtaposed against issue network to emphasize the closed, tight-knit aspects of policy communities versus the accessible, loosely bounded aspects of issue networks*".[385]

Le sous-système est plus précisément compris comme étant un mécanisme de réduction des intérêts et, par extension, des idées. Cette sélection est consubstantielle à l'autonomie du sous-système, c'est-à-dire à la prise de conscience, par les membres du sous-système, d'une appartenance commune selon Jeffrey WORSHAM (2006) : "*Subsystems work to restrict the number and variety of interests involved in policymaking in a particular subject area, bringing stability.* [...] *They accomplish this through the creation of institutional and intellectual barriers to participation in the policy process. Unlike the pluralist variant of group theory, subsystem advocates never lost sight of the institutional foundation of group politics*".[386]

Ce relatif cloisonnement du sous-système invite ainsi Jay GATRELL et Lou FINTOR (1998) à préférer la notion de « niche » cultivant elle-même, volontairement ou non, un certain « mythe » politique (*policy myth*) proche de l'« image » définie précédemment : "*subsystem politics seek to present a coherent and accepted policy myth to outsiders while simultaneously preserving*

autonomy vis-à-vis low visibility. Ideally, subsystems operate within low visibility niches that are associated with an easily understood image".[387]

Le sous-système est ainsi conçu comme étant un agrégat institutionnel et/ou individuel agissant sur l'action publique par un processus idéel essentiellement. Ce flou définitionnel est également valable pour son secteur d'action publique (*policy topic*) qui, à ce jour, n'a pas encore été clairement délimité. Andrew STRITCH (2015) encourage même le maintien d'une telle imprécision : "*Even within the ACF* [advocacy coalition framework] *literature, there is no evident consensus on the demarcation of policy subsystems.* [...] *Clearly, there is no single template for policy subsystems in terms of their size or scope, and an attempt to impose one would probably be too constricting*".[388]

Cette thèse ne propose pas de définition stricte du sous-système. En revanche, elle envisage une méthode d'identification de celui-ci associée à la mesure de son niveau de maturité. La section suivante propose donc un nouveau protocole d'observation des sous-systèmes en deux temps. Tout d'abord, sur quel secteur d'action publique (*policy topic*) naît un sous-système ? Puis, une fois ces secteurs identifiés, quel est le degré de maturité des sous-systèmes ?

SOUS-SECTION 2. Les sous-systèmes observés par ce protocole et leur degré de maturité

Le secteur d'action publique du sous-système (*policy topic*) est strictement associé à un instrument d'action publique pour deux raisons. D'une part, cette superposition permet d'être en cohérence avec le protocole expérimental de la thèse. D'autre part, la littérature étant particulièrement confuse sur la notion de secteur d'action publique, une définition restreinte ne semble pas porter défaut au modèle des coalitions de cause en raison de sa grande flexibilité définitionnelle. Par abus de langage, le « sous-système » pourra donc être assimilé à un unique instrument dans ce manuscrit.

Le niveau de maturité des sous-systèmes procède par recherche d'occurrences à l'aide du logiciel NVivo. Le tableau ci-dessous mentionne les occurrences

utilisées. La reconnaissance optique de caractère a été vérifiée pour l'ensemble des sources écrites.

TABLEAU 5 • Mots-clés utilisés pour identifier le secteur d'action publique du sous-système

FRANCE	ÉTATS-UNIS
"l'ame" or "l'aide&&médicale" or "l'ame" or "l'aide&&médicale"	"emergency&&medicaid"
"urgents&&et&&vitaux"	"disproportionate&&share&&hospitals" or dsh
cdag or ciddist or cegidd	"community&&health&&centers" or chc or chcs
clat or antituberculeuse or antituberculeux	"ryan&&white"
"d'éducation&&familiale" or cpef or "d'éducation&&familiale"	"federally&&qualified&&health&&centers" or fqhc or fqhcs
"permanences&&d'accès&&aux&&soins" or "permanences&&d'accès&&aux&&soins" or (pass and (hôpit* or hospit* or l'hôpit* or l'hôpit* or d'hôpit* or d'hôpit*))	"free&&clinics"
(régularis* or "raison&&médicale") and ("sans&&papiers" or étranger or immigré or travailleur or salarié or employé or étudiant or migrant or clandestin or exilé or étrangers or immigrés or travailleurs or salariés or employés or étudiants or migrants or clandestins or exilés)	(amnesty or legaliz*) and (undocumented or immigrant or alien or migrant or patient or worker or resident or mexican or "non-citizen" or "foreign&&born" or immigrants or aliens or migrants or patients or workers or residents or mexicans or "non-citizens") not "amnesty&&international"
	"migrant&&health"
	"neighborhood&&health&&centers"
	"section&&1011"
	"340b"
	emtala or "emergency&&medical&&treatment"

NOTE : Certaines expressions sont répétées pour la France en raison des différences d'utilisation entre les caractères « ' » et « ' ». La ponctuation collée à ces occurrences est prise en compte (ex : « AME. », « 340B, », etc.)

Les cinq caractères spéciaux utilisés sont expliqués ci-dessous.

TABLEAU 6 • Caractères spéciaux sur NVivo

CARACTÈRES SPÉCIAUX	SIGNIFICATION
or	ou (opérateur booléen)
and	et (opérateur booléen)
not	sauf (opérateur booléen)
""	Citation exacte
&&	Peut comporter quelques caractères entre chaque mot (espace, saut de ligne, ponctuation, etc.)
*****	Possède obligatoirement un ou plusieurs caractères ensuite

Les résultats suivants donnent le nombre de fichiers dans lesquels apparaît au minimum l'une de ces occurrences. Le logiciel NVivo permet également de mesurer le nombre d'occurrences dans chacun des fichiers mais cet indice ne mesure pas la dispersion du débat – un seul et même fichier pouvant contenir une quantité importante d'occurrences. Cette mesure de la dispersion permet donc d'évaluer les catégories d'acteurs concernés par un instrument donné (administration, pouvoir législatif, groupes d'intérêt et articles de presse).

Les nombres colorés en bleu et en rouge montrent les deux instruments les plus cités par type de sources écrites. Les nombres colorés en gris correspondent au troisième instrument le plus débattu. Les instruments colorés en bleu et en rouge foncés sont fortement cités pour ces quatre types de sources, c'est-à-dire qu'ils accumulent les nombres colorés en bleu ou rouge. Les instruments colorés en rouge clair et en gris sont les autres instruments les plus discutés dans chacun des pays par ordre décroissant. À noter que la régularisation en France n'est pas seulement sanitaire mais concerne toute forme de régularisation massive. Les tableaux ci-dessous indiquent ainsi ces résultats pour la France puis pour les États-Unis.

TABLEAU 7 • Nombre de fichiers dans lesquels apparaissent les instruments français

Instruments français	Administration	Législatif	Groupes d'intérêts	Articles de presse
AME	79	663	299	3869
CEGIDD	61	21	33	1007
CLAT	48	46	34	504
CPEF	40	69	8	614
FSUV	7	9	38	42
PASS	54	74	83	373
Régularisation	71	765	314	4020

NOTE : Les nombres en bleu indiquent les deux instruments les plus cités par type de sources écrites. Les instruments en bleu foncé sont les plus fortement cités. Les nombres en gris correspondent au troisième instrument le plus débattu. Les instruments en gris sont les autres instruments les plus discutés.

TABLEAU 8 • Nombre de fichiers dans lesquels apparaissent les instruments étasuniens

Instruments étasuniens	Administration	Législatif	Groupes d'intérêts	Articles de presse
340B	25	66	361	154
Amnesty/legalization	21	653	140	7235
CHC	31	781	191	2736
DSH	15	230	192	136
Emergency Medicaid	1	19	37	200
EMTALA	8	84	51	87
FQHC	16	134	116	128
Free clinics	4	55	22	1227
MHC	21	635	26	305
NHC	4	264	2	492
Ryan White	39	323	78	2181
Section 1011	2	55	24	3

NOTE : Les nombres en rouge indiquent les deux instruments les plus cités par type de sources écrites. L'instrument en rouge foncé est le plus fortement cité. Les nombres en gris correspondent au troisième instrument le plus débattu. Les instruments en rouge clair et en gris sont les autres instruments les plus discutés.

Pour rappel, les sources écrites parlementaires aux États-Unis incluent également les *hearings*, c'est-à-dire les auditions en commission des membres extérieurs au Congrès et invités à y témoigner. Contrairement, au cas français, les occurrences prennent ainsi en considération les témoignages des groupes d'intérêt. Cela ne semble pas, pour autant, fragiliser ces résultats car les sources parlementaires et les sources des groupes d'intérêt ne présentent pas le même intérêt vis-à-vis des instruments.

De même, les sources écrites ont été récoltées par mots-clés, c'est-à-dire par instruments. Cela implique que l'ensemble des rapports et des positionnements sur un même instrument est collecté. Plus précisément, cela signifie que, globalement, il ne peut exister d'autres sources évoquant ces instruments ailleurs car la récolte des données ne s'est pas cantonnée à la thématique de l'accès aux soins des étrangers irréguliers.

Cette mesure par occurrence permet d'observer, a priori, trois sous-systèmes matures (AME et régularisation en France, *CHC* aux États-Unis) et un sous-

système relativement mature (régularisation aux États-Unis). D'autres sous-systèmes naissants existent également (PASS et CEGIDD en France, *Ryan White* et *340B* aux États-Unis). Le terme « naissant » est cependant malaisé car il est difficile de préjuger de leur évolution. La notion d'« immature » sera ainsi privilégiée. Les autres sous-systèmes n'ont donc pas de qualificatif (« mature », « relativement mature » ou « immature »). Le niveau de maturité de ces sous-systèmes est validé par les entretiens.

SOUS-SECTION 3. Des sous-systèmes dont le niveau de maturité est validé par entretiens

La transcription des entretiens aboutit au même résultat en France et globalement au même résultat aux États-Unis. En France, les enquêtés accordent ainsi le même intérêt que les sources écrites concernant l'AME, la régularisation et les PASS. En revanche, si l'on retrouve la même attention pour les *CHC*, *Ryan White* et la régularisation aux États-Unis (*amnesty/legalization*), il n'en est pas de même pour les *FQHC*, *EMTALA* et *Emergency Medicaid* qui font exception. La grille d'entretien est donnée en **annexe 3**. À noter, bien sûr, que mes propres questions apparaissent également dans les transcriptions et sont donc soumises à la recherche d'occurrences. Les occurrences concernant les entretiens sont ainsi détaillées dans les deux tableaux qui suivent pour la France puis pour les États-Unis.

TABLEAU 9 • Nombre d'entretiens français dans lesquels apparaissent les instruments français

Instruments français	Entretiens
AME	43
Régularisation	37
PASS	32
FSUV	28
CEGIDD	15
CLAT	12
CPEF	5

TABLEAU 10 • Nombre d'entretiens étasuniens dans lesquels apparaissent les instruments étasuniens

Instruments étasuniens	Entretiens
Amnesty/legalization	38
FQHC	37
Ryan White	34
EMTALA	33
CHC	31
Emergency Medicaid	27
340B	20
DSH	14
MHC	13
Free clinics	8
Section 1011	3
NHC	0

En France, le caractère exclusif de l'AME et de la régularisation, destinés spécifiquement aux étrangers irréguliers, explique cette focalisation. L'extrait suivant est représentatif des autres extraits d'entretien stipulés en note de fin.

> *Dans le débat public, à mon avis, on parle assez peu de la régularisation parce que ce n'est pas…* [...] *c'était tellement évident. Vous créez un dispositif qui ne sert à 99,9 % que pour les étrangers en situation irrégulière et ça coûte de l'argent. Donc, c'est évident que les gens, ils vont dire « mais ce n'est pas normal de dépenser tant d'argent – ce n'est d'ailleurs pas tant d'argent mais bon – pour des gens qui n'ont pas le droit d'être ici ». C'était gros comme une maison que ça allait finir comme ça.* [...] *Le truc de la régularisation pour soins, c'est quand même un truc qui n'est pas grand public, hein !*[389]

Aux États-Unis, le seul instrument spécifique aux sans-papiers est la régularisation. D'après les entretiens, le débat semble être moins focalisé sur certains instruments car le sujet est bien moins publicisé qu'en France. L'accès aux soins des étrangers irréguliers n'est donc pas une question traitée aux États-Unis tel que le montre l'extrait suivant. Les autres extraits allant dans le même sens sont à nouveau donnés en note de fin.

> *So very few politicians would stand up and say 'we need to provide care for illegal aliens' – very few. I'm not saying it's right; I'm saying that's kind of where it is. More likely they'd say 'we need to do more*

> *for these programs, like Community Health Centers, to provide care for the poor and the underserved', without directly supporting what people say 'we need to put illegal aliens on the same footing that I'm on or that you would be if you were a citizen here' – very few, very few.*[390]

Cette moindre publicisation du débat explique, en partie, pourquoi les instruments sont plus dispersés dans les sources écrites et les entretiens aux États-Unis.

Par ailleurs, à l'inverse du système français, il est plus difficile de faire passer une réforme législative ou réglementaire aux États-Unis en raison des nombreux points de véto[391]. En ce sens, les réformes, aux États-Unis, nécessitent un minimum de consensus. En conséquence, les instruments étasuniens font davantage l'objet d'un soutien bipartisan qu'en France. L'extrait suivant confirme ce large soutien à l'exception des programmes *340B* et *EMTALA*. Les autres extraits sont de nouveau donnés en note de fin.

> *Well, 340B isn't bipartisan. Every once in a while the Republicans try to gut EMTALA. They show up and tweak the definition of 'stabilization' I believe that basically guts EMTALA. Some Republican floats the idea every five years or so. […] By and large, the Republicans want to get rid of 340B. […] FQHCs are more bipartisan than other things but there is this weird angle when the Republicans occasionally get a little prickly because they get worried about the abortion and immigration thing again. They worry about providing an abortion, they worry about treating immigrants. So they get a little weird about those. The Ryan White Program is sort of bipartisan, they ultimately reauthorize it but there are huge fights about program design every year between the Republicans and the Democrats. I guess you could say it's bipartisan but to the extent that the Republicans feel they can get away with hacking the Program up, they would love to.*

> *On emergency Medicaid, undocumented residents... They can get emergency care. I think that's probably OK.*[392]

Par ailleurs, au même titre que *340B* et *EMTALA*, la régularisation des étrangers est un sujet controversé d'après ces deux extraits et ceux figurant en fin de manuscrit.

> [NDA : About amnesty] *You are offering something that shouldn't be offered.* [...] *If you say by amnesty 'snap your fingers and now everybody is here legally'; I don't think most of those people would support that.*

> [President Reagan] *supported legislation, actually gave amnesty, which is a really controversial issue today in our country.*[393]

La section suivante précise, ainsi, que la maturité d'un sous-système n'est pas fonction de son degré de conflictualité.

SOUS-SECTION 4. L'absence de lien direct entre maturité et conflictualité

Les deux tableaux suivants précisent que si le degré de maturité suit la même dynamique que celle du niveau de conflictualité en France, tel n'est pas le cas aux États-Unis. Il n'y a donc pas, a priori, de lien direct entre maturité et conflictualité. Cela signifie soit que la maturité n'est pas fonction de la conflictualité (et inversement) ou, si la maturité est fonction de la conflictualité (et inversement), la conflictualité n'est pas le seul paramètre à prendre en compte. Les instruments ci-dessous ont été sélectionnés car leur niveau de conflictualité est connu d'après les entretiens.

TABLEAU 11 • Niveau de maturité d'un sous-système et conflictualité en France

Instruments français	Maturité	Conflictualité
AME	Forte	Forte
Régularisation	Moyenne	Moyenne
PASS	Faible	Faible
CEGIDD	Faible	Faible

TABLEAU 12 • Niveau de maturité d'un sous-système et conflictualité aux États-Unis

Instruments étasuniens	Maturité	Conflictualité
CHC	Forte	Faible
Amnesty/Legalization	Moyenne	Forte
340B	Faible	Moyenne
EMTALA	Faible	Moyenne
Ryan White	Faible	Faible
FQHC	Faible	Faible
Emergency Medicaid	Faible	Faible

En revanche, il semblerait qu'il existe une association positive entre degré de maturité et nombre de réformes.

SOUS-SECTION 5. Le lien entre réforme juridique et sous-système

Les tableaux suivants indiquent le nombre des réformes par instrument dès l'année 1990 ainsi que la proportion d'occurrences par type de sources écrites vu précédemment. La thèse retient essentiellement les réformes les plus importantes qu'ont subies les articles encadrant la définition des bénéficiaires pour chacun des instruments. Il s'agit de lois et, uniquement pour le cas français, de règlements (décrets, arrêtés et ordonnances) et de textes infraréglementaires (circulaires). La liste des cent soixante réformes observées dès la fin du 19e siècle figure en **annexe 1**. Les réformes sont récoltées dès l'année 1990, date à laquelle l'ensemble des instruments existe à l'exception, en France, de la régularisation pour soins de 1997, des PASS de 1998 et du FSUV de 2003. L'année 1990 a également l'intérêt d'être comparable avec le matériau de thèse qui débute dès les années 1970-1980. L'année 1990 est donc un compromis entre, d'une part, la volonté d'éviter les biais entre l'ancienneté des instruments et le nombre des réformes, et, d'autre part, le besoin de comparer le nombre des réformes avec les occurrences au sein du matériau de thèse. Le dispositif de régularisation aux États-Unis ne possède pas d'article car les décisions de régularisation massive ne sont pas prévues dans les textes. La régularisation française se limite ici à la régularisation pour soins. Les classements « A, B et C » indiquent, du plus élevé au plus bas, la proportion d'occurrences pour chacun des quatre instruments les plus débattus par type de sources écrites (cf. TABLEAU 7 et TABLEAU 8). Les remplissages en bleu et rouge indiquent les

sous-systèmes matures ou immatures concernés par un grand nombre de réformes. Les réformes retenues ne concernent pas uniquement les étrangers irréguliers. En ce sens, elles ne sont pas nécessairement listées dans l'introduction générale. Les deux tableaux suivants abordent le cas de la France puis des États-Unis.

TABLEAU 13 • Réformes dès 1990 et occurrences des instruments français

Instrument français	Article juridique	Nombre des réformes	Administration	Législatif	Groupes d'intérêt	Articles de presse
AME	L. 251-1 CASF (et ancien 187-1 du Code de la famille et de l'aide sociale) R. 251-1 CASF	11	**A**	**B**	**B**	**A**
CEGIDD	L. 3121-2 CSP (et ancien L. 355-23 CSP)	9	**C**			**C**
Régularisation	L. 313-11 CESEDA Accord franco-algérien du 27 décembre 1968	8	**B**	**A**	**A**	**B**
CLAT	L. 3112-2 CSP L. 3112-3 CSP (et ancien L. 216 CSP)	6				
CPEF	L. 2311-5 CSP	4				
PASS	L. 6111-1-1 CSP (et ancien L. 711-7-1 CSP)	3		**C**	**C**	
FSUV	L. 254-1 CASF	2				

NOTE : en bleu, les sous-systèmes matures, relativement matures et immatures concernés par un grand nombre de réformes.

TABLEAU 14 • Réformes dès 1990 et occurrences des instruments étasuniens

Instrument étasunien	Article juridique	Nombre des réformes	Administration	Législatif	Groupes d'intérêt	Articles de presse
DSH	42 USC § 1396r–4	22			**B**	
340B	42 USC § 256b	13	**C**		**A**	
Ryan White	42 USC XXIV	12	**A**			**C**
CHC	42 USC 254b	10	**B**	**A**	**C**	**B**
FQHC	42 USC 254b	10				
EMTALA	42 USC § 1395dd	5				
Section 1011	42 USC § 1395dd	2				
Free clinics	42 USC § 233	2				
Régularisation	Ø	1		**B**		**A**
Emergency Medicaid	8 USC § 1369	1				
MHC	42 USC 254b	0		**C**		
NHC	42 USC 254b	0				

NOTE : en rouge, les sous-systèmes matures, relativement matures et immatures concernés par un grand nombre de réformes.

Les deux tableaux présentent une corrélation positive entre sous-systèmes matures (AME et régularisation en France, *CHC* aux États-Unis), relativement mature (régularisation aux États-Unis) et immatures (CEGIDD en France, *Ryan White* et *340B* aux États-Unis) et nombre de réformes. Ces sous-systèmes correspondent aux instruments surlignés en bleu, en rouge et en gris au TABLEAU 7 et au TABLEAU 8. L'existence d'un sous-système (mature, relativement mature ou immature) implique ainsi des modifications juridiques, ou inversement. Il est effectivement impossible de préciser si ces sous-systèmes sont à l'origine de ces réformes juridiques ou si, au contraire, ces réformes aboutissent à la création de ces sous-systèmes.

Seuls les fonds relatifs aux partages disproportionnés entre hôpitaux (*Disproportionate Share Hospital - DSH*) rappellent que la maturité du sous-système, en lui-même, est insuffisante pour comprendre la probabilité d'observer des réformes juridiques.

La maturité du sous-système étant établie, la section suivante présente les groupes d'intérêt afin de les comparer au sous-système identifié.

SECTION 2. LES GROUPES D'INTÉRÊT SE POSITIONNANT SUR LES INSTRUMENTS

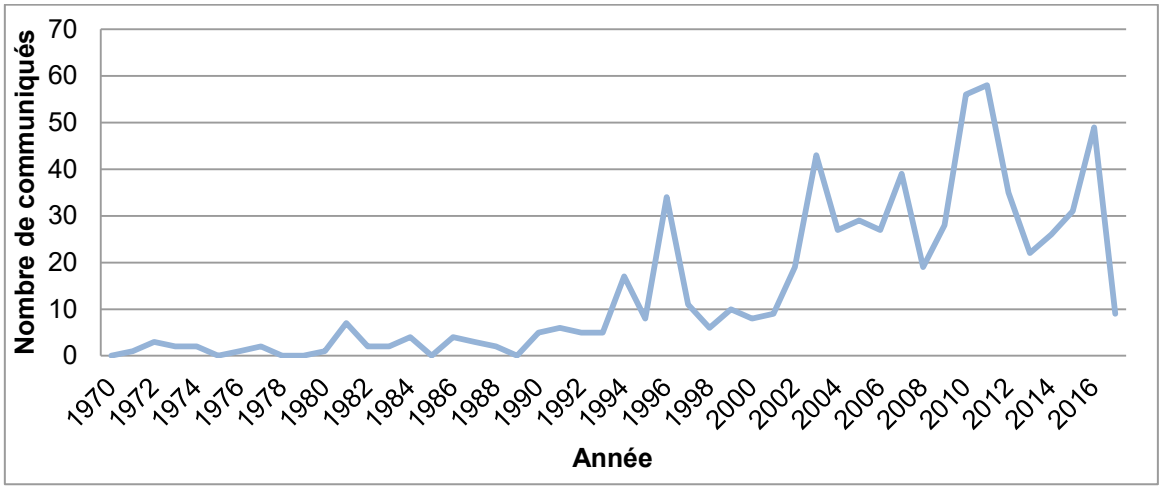
Un groupe d'intérêt est une entité privée cherchant à influencer la définition et l'application des instruments étudiés. Cette entité ne possède donc pas nécessairement de personnalité morale mais doit apparaître comme signataire d'un communiqué pour être considérée ici. Les signataires individuels ouvertement rattachés à une organisation et haut placés au sein de celle-ci parleront, dans l'analyse, au nom de cette organisation – que l'organisation s'en revendique ou non. Ce cas, relativement rare, concerne essentiellement la France. Ce choix mettant en avant l'institution au détriment de l'individu est effectué pour la raison suivante : tous les communiqués ne sont pas signés par un individu en particulier. En ce sens, il est impossible de mesurer l'implication d'éventuels entrepreneurs individuels comparativement à d'autres.

Les communiqués des groupes d'intérêt français sont, en moyenne, plus anciens que leurs homologues étasuniens (**sous-section 1**). Ces groupes sont également différents pour chacun des pays (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. Des sources écrites françaises plus anciennes

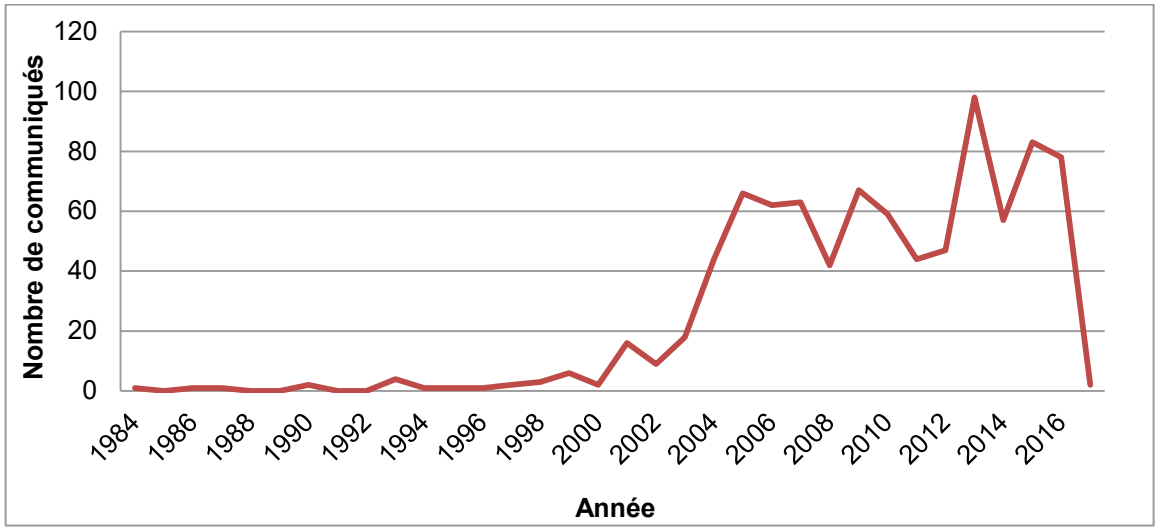
Les communiqués des groupes d'intérêt portent majoritairement sur la période 1990-2017 en France et 2000-2017 aux États-Unis. Cette période récente s'explique par la plus grande difficulté à récolter les sources anciennes. Ces communiqués n'incluent pas la plupart des *hearings* étasuniens, c'est-à-dire les témoignages donnés en commission parlementaire. Ce choix est fait par souci de comparabilité : ces témoignages étant absents du cas français, il est préférable de les retirer pour le cas étasunien. La répartition des communiqués selon leur date de production est donnée dans les graphiques suivants pour les deux pays.

FIGURE 32 • Répartition des communiqués des groupes d'intérêt français par date de production



NOTE : sur 680 communiqués, 3 sont non datés.

FIGURE 33 • Répartition des communiqués des groupes d'intérêt étasuniens par date de production



NOTE : sur 881 communiqués, 1 est non daté.

Il existe donc un décalage d'environ une décennie entre les deux pays, les sources écrites françaises étant en moyenne plus anciennes que les sources étasuniennes. Ces groupes sont également différents.

SOUS-SECTION 2. Des groupes d'intérêt plus hostiles aux étrangers et à l'extension du système sanitaire aux États-Unis

Ces groupes d'intérêt sont divisés en quatorze catégories. Sept catégories sont représentatives des groupes pharmaceutiques et biotechnologiques, des hôpitaux, des professionnels de santé, des assurances publiques et privées, des entreprises, des états fédérés étasuniens et du culte chrétien. Quatre autres catégories regroupent les communiqués des *think tanks*, des universités, des syndicats et des partis politiques. Les catégories restantes incluent les associations sanitaires, pro-immigration et anti-immigration.

Trois éléments de définition doivent être précisés. Premièrement, les associations pro et anti-immigration sont respectivement favorables ou opposées à une augmentation du niveau d'immigration pour chacun des pays.

Deuxièmement, dans le cas français, une exception concerne la revue *Plein Droit* lancée par le Groupe d'information et de soutien des immigré.e.s (GISTI) en 1987. Cette revue est considérée comme étant un groupe d'intérêt autonome en raison de ses nombreux écrits, du caractère souvent indépendant du GISTI concernant ses rédacteurs voire de l'absence de signataire pour certains articles. En revanche, les articles de *Plein Droit* signés par des membres d'autres groupes d'intérêt ont pour auteurs ces derniers et non la revue elle-même. Dans la même logique, certains autres communiqués prennent le nom de leur propre groupe d'intérêt indépendamment du fait qu'ils soient rédigés au sein de *Différences* (revue du MRAP) ou de *Maux d'Exil* (revue du COMEDE).

Troisièmement, pour le cas étasunien, les *think tanks* sont les organisations se définissant elles-mêmes comme étant des groupes de recherche autonomes du milieu académique. Si la plupart relève effectivement de l'article 501(c)3 du code fiscal étasunien[394] leur interdisant les activités de lobbying, d'autres se sont néanmoins rattachés à l'article 501(c)4 du même code (*Heritage* et le *Center for American Progress*)[395] afin d'influencer plus directement l'action publique. Se rattachant généralement à l'article 501(c)3 de ce code, les universités ne sont pas pour autant des *think tanks*. En effet, si l'université a pour objet une visée

éducative et scientifique, le *think tank* cherche à éclairer et à orienter l'action publique. De même, les *think tanks* doivent s'intéresser à un nombre de sujets suffisamment important pour avoir cette appellation. En ce sens, si *Heritage Foundation* est vivement opposé à l'immigration, ses domaines de recherche la placent dans cette catégorie. Inversement, si le *CIS* se définit lui-même comme étant un *think tank*, sa focale migratoire étroite le retire de cette appellation. Enfin, les syndicats sont ceux qui représentent plusieurs catégories de travailleurs. En ce sens, les associations représentatives d'un seul métier (*American Nurses Association* par exemple) ne sont pas considérées comme étant des syndicats.

Les tableaux ci-dessous montrent ainsi que les groupes d'intérêt français se composent essentiellement des associations sanitaires et pro-immigration. Aux États-Unis, les *think tanks* sont largement représentés. Les groupes d'intérêt mentionnés ci-dessous sont ceux qui évoquent au minimum un instrument d'action publique en respect des mots-clés du TABLEAU 5. Les communiqués signés par deux ou plusieurs signataires ne sont pas représentés ici.

TABLEAU 15 • Liste des groupes d'intérêt français évoquant au minimum un instrument au sein des communiqués individuels

Catégorie	Répartition sur 27	Groupes d'intérêt
Association sanitaire	11	Act Up, AIDES, Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements (ARCAT), Comité pour la santé des exilés (COMEDE), France Assos Santé, Médecins du Monde (MdM), Migrants contre le Sida, Médecins sans frontières (MSF), Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), Groupe interassociatif traitements & recherche thérapeutique (TRT-5), Union Nationale Interfédérale des œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS)
Association pro-immigration	9	ALERTE, ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde, Comité inter mouvements auprès des évacués (CIMADE), Fédération des acteurs de la solidarité (FNARS), GISTI, Ligue des Droits de l'Homme (LDH), Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples (MRAP), *Plein droit*, SAMU Social
Professionnels de santé	4	Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins (COMEGAS), MG France, Syndicat de la Médecine Générale (SMG)
Assurance	1	Mutualité française
Hôpitaux	1	Collectif PASS
Syndicat	1	Confédération française démocratique du travail (CFDT)

TABLEAU 16 • Liste des groupes d'intérêt étasuniens évoquant au minimum un instrument au sein des communiqués individuels

Catégorie	Répartition sur 77	Groupes d'intérêt
Think tank	20	American Action Forum (AAF), American Enterprise Institute (AEI), Avalere Health, Berkeley Research Group (BRG) Healthcare, Brookings Institution, Cato Institute, Center for American Progress (CAP), Center for the Study of Immigrant Integration's (CSII), Center on Budget and Policy Priorities (CBPP), Families USA, Heritage Foundation, Institute for Health & Socio-Economic Policy (IHSP), Institute on Taxation and Economic Policy (ITEP), Kaiser Family Foundation (KFF), Medical Industry Leadership Institute (MILI), Migration Policy Institute (MPI), Pacific Research Institute (PRI), Public Policy Institute of California (PPIC), RAND Corporation, Urban Institute
Association pro-immigration	11	Alliance for a just society, American Immigration Council (AIC), International Organization for Migration (USA for IOM), National Economic & Social Rights Initiative (NESRI), National Immigrant Women's Advocacy Project (NIWAP), National Hispanic Leadership Agenda (NHLA), National Immigration Law Center (NILC), National Network for Immigrant and Refugee Rights (NNIRR), Northwest Federation of Community Organizations (NWFCO), Southern Poverty Law Center (SPLC), UnidosUS
Association sanitaire	10	340B Coalition, Commonwealth Fund, Friends of the HRSA (Health Resources and Services Administration), HIV Health Care Access Working Group (HHCAWG), National Alliance of State & Territorial AIDS Directors (NASTAD), National Association of Community Health Centers (NACHC), National Association of Free and Charitable Clinics (NAFC), National Health Care for the Homeless Council (NHCHC), National Health Law Program (NHELP), National Minority AIDS Council (NMAC)
Hôpitaux	9	340B Health, American Hospital Association (AHA), America's Essential Hospitals (AEH), Besler Consulting, Carolinas Healthcare System, Federation of American Hospitals (FAH), St Thomas Hospital, University of North Carolina (UNC) Health Care, ZS Oncology
Professionnels de santé	6	American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American College of Physicians (ACP), American Medical Association (AMA), American Nurses Association (ANA), Association of American Medical Colleges (AAMC), Physicians for a National Health Program (PNHP)
Christianisme	5	Catholic Health Association (CHA), Presbyterian Church (U.S.A.) (PCUSA), Providence Health & Services, Trinity Health, United States Conference of Catholic Bishops (USCCB)
Groupe pharmaceutique et biotechnologique	5	Alliance for Integrity and Reform of 340B (AIR 340B), American Association of Pharmaceutical Scientists (AAPS), American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), Biotechnology Innovation Organization (BIO), Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA)
Université	2	Duke University, University of California (UCLA)
Association anti-immigration	2	Center for Immigration Studies (CIS), Federation for American Immigration Reform (FAIR)
Assurance	2	Blue Shield of California, National Association of Medicaid Directors (NAMD)
États fédérés	2	National Conference of State Legislatures (NCSL), National Governors Association (NGA)
Syndicat	2	American Federation of Labor - Congress of Industrial Organizations (AFL-CIO), Service Employees International Union (SEIU)
Entreprises	1	Chamber of Commerce

Ainsi, si les groupes d'intérêt en France sont avant tout composés d'organisations favorables aux étrangers et au système de santé (associations pro-immigration et associations sanitaires), tel n'est pas le cas aux États-Unis où les *think tanks* déploient une argumentation contrastée sur l'immigration et le système sanitaire tel qu'il le sera montré aux chapitres suivants. Les associations anti-immigration ne sont également présentent qu'aux États-Unis.

D'après la section suivante et contrairement au cas français, les groupes d'intérêt étasuniens peinent à établir un pont entre l'immigration et la santé — les rapprochant ainsi sensiblement de l'opinion publique.

SECTION 3. UNE PREMIÈRE SIMILITUDE : UN PLUS GRAND CLIVAGE ENTRE IMMIGRATION ET SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS POUR LES GROUPES D'INTÉRÊT ET L'OPINION PUBLIQUE

Aux États-Unis, l'immigration et la santé sont deux thématiques qui peinent à se croiser contrairement au cas français. Ce résultat est montré à la fois par l'analyse des groupes d'intérêt (**sous-section 1**) que par celle des entretiens (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. Un clivage entre immigration et santé relativement net au sein des groupes d'intérêt

Les instruments peuvent se diviser en deux catégories : celle des politiques migratoires, d'une part, et celle des politiques sanitaires, d'autre part. L'unique instrument relatif aux politiques migratoires est la régularisation des étrangers illégaux. Le reste des instruments concerne donc les politiques sanitaires. Les résultats ci-dessous sont obtenus par simple observation quantitative d'occurrences (TABLEAU 5) au sein des communiqués.

Ainsi, en France, aucun acteur n'évoque la régularisation sans traiter, parallèlement ou à d'autres occasions, la question de la santé en citant un ou plusieurs instruments sanitaires. En ce sens, l'ensemble des groupes d'intérêt évoquant la question de la régularisation considère, à un moment ou à un autre, celle de l'accès aux soins des étrangers. L'**annexe 2** précise le nombre de fichiers dans lesquels sont présents les instruments pour un groupe d'intérêt donné.

À l'inverse, douze acteurs étasuniens sur soixante-dix-sept traitent de la régularisation des sans-papiers sans se pencher une seule fois sur l'un des instruments sanitaires. Quatre de ces douze groupes sont des associations pro-immigration (*AIC*, *NNIRR*, *NWFCO* et *SPLC*). Le reste est réparti entre *think tanks* (*AEI*, *CSII*, *ITEP*, *PPIC*), syndicats (*AFL-CIO* et *SEIU*), représentants des professionnels de santé (*PNHP*) et du culte chrétien (*USCCB*). Inversement,

aucune des dix associations sanitaires ne traite de la question de la régularisation aux États-Unis (**annexe 2**).

SOUS-SECTION 2. Un clivage entre immigration et santé très net au sein des entretiens

Les entretiens montrent que les équipes parlementaires spécialisées en santé et en immigration communiquent peu (**1**). Le clivage entre immigration et santé est également visible dans l'opinion publique (**2**). Les Étasuniens conçoivent ainsi difficilement l'idée de pouvoir régulariser un étranger en raison de son état de santé (**3**). De ce non-croisement résulte logiquement une moindre publicisation du sujet de l'accès aux soins des étrangers irréguliers (**4**).

1. Des équipes parlementaires spécialisées en santé et en immigration qui communiquent peu

Les entretiens confirment l'écart entre immigration et santé aux États-Unis. Les deux extraits suivants précisent ainsi que les équipes « santé » et « immigration » d'un même parlementaire travaillent rarement ensemble et maîtrisent peu les connaissances de l'autre équipe.

> [NDA : During the debate on Obamacare] *the health staff that we would meet knew a lot of these things but didn't know about immigration reform or some of the immigration laws, and the immigration staff didn't know anything about the health stuff. So sometimes it would be "how do we get both of them in the room?" or "how do we get both committees to talk to each other?"* [...]. *If the senator is a member of the judiciary committee, they definitely have an immigration staffer who probably doesn't really talk to the health staffer very much because they don't cross issues. So sometimes, it's a matter of "how do we even just get these two people talking to each other?".*

> *I don't do immigration here as a staffer. I mean I do the intersection between the immigration and health. So I am familiar with those organizations but not that familiar. I work with Brookings and the Urban Institute and the Center on Budget and Policy Priorities. I work*

> *with a lot of think tanks, Commonwealth, etc. I don't work with the illegals think tanks that much.*

2. Un croisement difficile entre immigration et santé dans l'opinion publique

Les quatre enquêtés suivants estiment, par ailleurs, que l'intersection entre immigration et santé est un défi pour l'opinion publique étasunienne car ces deux thématiques sont déjà controversées de leur côté. Le croisement de ces deux thèmes augmente ainsi les tensions, même pour l'immigration régulière.

> *That intersection of immigration and health is a challenge. Immigration on its own, there is a lot of energy around that issue. The ACA, there is a lot of energy around that. And when those two intersect, it just creates a bigger challenge. So it's been very tough to try to make gains when it comes to immigrants, even lawfully present immigrants it's been challenging, because those two politically charged issues makes the environment much more difficult to have something meaningful.*

> *In the history of the Unites States, immigration has always been a very controversial political issue* [...] *When you had on the top of that a second issue that was really sharp right now in the United States which is access to public benefits, there is definitely a process whereby people are saying that they don't want to pay for [it].*

> *The immigration issue is a big issue, but in the health context it's not generally the central issue.*

> *Dealing with immigration is one issue, and healthcare is basically another one. And we tend to separate those two things here in this country*

3. Les réponses à la question « les étrangers irréguliers doivent-ils être régularisés le temps de leur traitement médical ? »

Cet écart est d'autant plus visible si l'on assemble les réponses à la question : « pensez-vous que des étrangers irréguliers doivent être régularisés le temps de

leur traitement médical ? ». Ces témoignages n'incluent pas les personnes ouvertement favorables ou opposées à cette mesure. En revanche, ils englobent l'ensemble des extraits témoignant d'une hésitation plus ou moins marquée.

Deux représentants de groupes d'intérêt spécialisés sur la santé peinent à répondre en raison de leur sentiment d'incompétence vis-à-vis d'une question portant sur les politiques migratoires :

> *That goes outside of our area because that gets to an immigration law question. I don't think we would have an opinion on that, except to say that the immigration law issue should not negatively impact the person's healthcare trajectory.*

> *I don't know, hadn't thought about it. I don't know, that's a good question.* [...] *That's starting to get into immigration policy itself and I know very little about immigration policy.*

Ce sentiment d'incompétence se retrouve également chez deux chercheurs spécialisés sur la santé :

> *I really have no opinion on that. That goes beyond the healthcare system. That really goes towards immigration law, so I don't have an opinion on that.*

> *I hesitate to answer that because I am not… I definitely read about immigration policy and visas. I'll say no – not necessarily because I am opposed to it but I don't think I am knowledgeable enough about visas and the connection. If I knew more about it, maybe, but I can't say yes because, like a lot of things we've been talking about, I'm conjecturing, like I've been saying. That one I'm not even sure I know enough about to have an opinion on.*

Six autres enquêtés proposent une réponse plus brève.

> *I don't have a good answer for you on that question.*

> *I have no answer to that.*

> *I don't know ; I hadn't thought about that.*

> *I don't know the answer to that.*

> *That is an interesting one.*

> *We don't have a position on that. I haven't thought about that, honestly.*

Sept autres enquêtés s'interrogent sur la mise en place d'un tel dispositif.

> *I don't know if I would prioritize those with healthcare needs over others.*

> *Good question, I never thought about it. I would kind of believe that it would depend of what country they come from and what is available in their country. And if the treatment is available in their country then I would send them back. If it wasn't, I would grant them an exemption for a while but not forever, I don't know. It's hard to say.*

> *It is hard to say. I would support legalization to a greater extent. In principle, I would say, someone higher priority should be to legalize people who are healthy.* [...] *I think this is a fair question and I don't know if there is an easy answer to it.*

> *I don't know, because I would imagine there would be other ways to provide that care without having to go through that mechanism.*

> *This is a complicated question because some things are life-time therapies. If you were in my class, I would say "How about somebody who needs kidney dialysis.* [...] *I think this is a complicated question.* [...] *It is complicated. I don't know how I feel about that. If you are talking to me about a time limited therapy where the radiation therapy, the chemo therapy whatever: that is easy for me. If you are talking about things that are chronic, long-term forever, it is complicated. I don't know. I can see that there is ethic and equity on both sides. What do you think?* [...] *I think it is fair in generous to help sick people. But somehow, it is at the expense of other people when there are a limited number of slots.*

> *I don't think we can do that.*

> *How we could do that? The case already happened before?*

Trois autres ne voient pas l'utilité de lier titre de séjour et état de santé.

> *I'm not sure what the connexion is what you're saying. There's still an immunization, why would they get a visa?*

> *No. I mean, if they are sick they should get... They should be able to get full citizenship as a separate on the health status. I don't think it should be linked, right?*

> *No, I don't think question should be asked of the medical care system.*

Les six enquêtés suivants préfèrent ainsi traiter le problème des étrangers irréguliers par l'intermédiaire d'une régularisation large ou au cas-par-cas. Cette seconde forme de régularisation éviterait ainsi le risque d'appel d'air vis-à-vis d'une immigration sanitaire ainsi qu'une récupération politique de la part des opposants aux étrangers illégaux.

> *No. Because you can't, the belief would be that you can't have carve-outs like that; you have to have comprehensive immigration reform. And then the problem because everyone who is sick would just come. You can observe an attracting – like very sick people.*

> *No, I don't think that makes any sense. I think you need to have immigration reform and work out a reasonable way for people to have a glide path to legally be here and be citizens eventually. And that healthcare then is re geared to be plugged into their progression of rights as time goes by and they do whatever they have to do. So I think this isn't a healthcare issue, this is an immigration issue. Immigration has implications for healthcare and that's where I think this should be solved.*

> *I really… Since I believe that everybody should be legalized, I don't think necessarily being sick, I mean they are all, there are many reasons why people should be legalized.*

> *I don't see the point, I really don't. I think it would be an issue for them, even for the patient, even if that we're to occur. If you put yourself in the position of a patient who is undocumented, comes in for care, the government then comes in and makes me legal for the period of my treatment, and then when my treatment is over they know who I am, know where I live, they have my phone number. Then I'm deported? I don't see anyone would agree to that.*

> *I don't think it makes sense to grant them a visa because they are sick. Honestly, that would make our work harder, because if all immigrants are granted visa if they are sick, our opponents would say that these people are just coming in here for services that they are staying here, taking money rather than contributing.*

> *No, no, no, no. It seems to me, as I said, if you are going to control your borders you need to have sensible immigration policy and do your best to enforce it, and getting sick is not a basis for waiving those standards, in my view.*

Enfin, quatre enquêtés témoignent d'un intérêt certain à l'égard d'un tel dispositif sans pour autant se positionner clairement.

> *I am not thinking of what do I want but how you would do that. Yeas, that's an interesting idea. Maybe it wouldn't be automatic, but it could be criteria that could qualify you.*

> *Haven't thought about that. I don't know the answer of that. I think if it is an infectious disease that would be the responsible thing to do. So that we're not exporting the disease back to whether they would be sent.*

> *That's interesting. Yes, surely.*

> *That's a great idea. I would imagine it would be hard to… the unfortunate thing about that is it might require individual adjudication and I think that can get administratively costly and requires a lot of lawyering and that access to lawyers is a problem, so I rather see a system where it helped old people when they are a little sick or a lot sick to have a good life year and be safe than a system where and individual who gets, say, breast cancer has to get a lawyer, go to court, prove that they are sick enough.*

Sur soixante-deux personnes interrogées, trente (soit 48 %) témoignent donc d'une hésitation plus ou moins nette sur la question d'une régularisation le temps d'un traitement médical. La formulation de ces extraits suggère ainsi une difficulté à concilier politiques migratoires et politiques sanitaires, ces deux secteurs étant visiblement distincts aux États-Unis.

4. Le corollaire d'une telle distinction : une moindre publicisation du sujet chez les groupes d'intérêt étasuniens

Ce clivage entre immigration et santé induit un résultat prévisible : les groupes d'intérêt étasuniens traitent moins la question de l'accès aux soins des étrangers irréguliers que les groupes d'intérêt français. En ce sens, en France, deux groupes d'intérêt (COMEDE et GISTI) citent l'ensemble des sept instruments dans leurs communiqués. MdM évoque six instruments et Act Up, AIDES et ARCAT en traitent cinq. Aux États-Unis, un seul acteur catholique (*CHA*) mentionne dix des douze instruments et un think tank (*KFF*) traite de neuf instruments (**annexe 2**). Pourtant, seuls vingt-sept groupes d'intérêt ont été identifiés en France contre soixante-dix-sept aux États-Unis. Ce résultat rejoint ainsi celui de la première section : le débat est moins publicisé sur ce sujet aux États-Unis qu'en France.

Cette section construit donc une première similitude entre les groupes d'intérêt et l'opinion publique : le croisement entre les thématiques d'immigration et de santé est plus épineux aux États-Unis qu'en France. La section suivante établit une seconde similitude : le niveau de maturité des sous-systèmes propres aux groupes d'intérêt – et dont le chevauchement forme des « grappes » – est similaire au niveau de maturité des sous-systèmes pour l'ensemble des sources écrites (administration, pouvoir législatif, groupes d'intérêt et articles de presse).

SECTION 4. UNE SECONDE SIMILITUDE : DES « GRAPPES » MATURES ET IMMATURES PROCHES DES NIVEAUX DE MATURITÉ DES SOUS-SYSTÈMES

Cette méthode s'effectue en deux temps : elle procède d'abord par cooccurrences des groupes d'intérêt sur deux instruments donnés (**sous-section 1**) puis affine cette répartition par catégorie de groupes d'intérêt (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. Instruments privilégiés des groupes d'intérêt

Les deux tableaux ci-dessous mesurent, pour chacun des pays, le nombre des groupes d'intérêt mentionnant deux instruments déterminés au sein du même communiqué ou non. Ils agrègent à nouveau les données de l'**annexe 2**.

TABLEAU 17 • Cooccurrences des groupes d'intérêt par instrument en France

	AME	Régularisation	PASS	FSUV	CLAT	CEGIDD
Régularisation	19					
PASS	12	11				
FSUV	9	9	8			
CLAT	6	6	4	4		
CEGIDD	8	7	6	5	4	
CPEF	3	3	2	2	3	3

LECTURE : 19 groupes d'intérêt citent l'AME et la régularisation au sein du même communiqué ou non.
NOTE : Les cases rouges et jaunes mettent en avant les données fortes (strictement au-dessus de 15 pour le rouge, entre 10 et 15 pour le jaune).

TABLEAU 18 • Cooccurrences des groupes d'intérêt par instrument aux États-Unis

	340B	CHC	Amnesty	DSH	FQHC	Ryan White	EMTALA	Emergency Medicaid	MHC	Section 1011	Free clinics
CHC	19										
Amnesty	5	15									
DSH	19	22	7								
FQHC	19	25	8	21							
Ryan White	12	15	3	11	12						
EMTALA	10	16	10	12	12	3					
Emergency Medicaid	7	15	12	9	11	3	15				
MHC	8	11	3	6	10	5	6	5			
Section 1011	2	6	4	4	4	1	8	7	2		
Free clinics	9	9	2	5	7	5	6	5	5	2	
NHC	1	2	1	2	2	1	0	1	1	0	0

LECTURE : 19 groupes d'intérêt citent 340B *et les* CHC *au sein du même communiqué ou non.*
NOTE : Les cases rouges et jaunes mettent en avant les données fortes (strictement au-dessus de 17 pour le rouge, entre 15 et 17 pour le jaune).

Des groupes d'instruments apparaissent ainsi. Ces groupes sont qualifiés ici de « grappes » et correspondent à des chevauchements d'instruments propres à un seul type de sources écrites (administration, pouvoir législatif, groupe d'intérêt ou articles de presse). Un seul instrument peut donc constituer une seule et même grappe s'il est isolé des autres.

Dans le cas français, une seule grappe inclut ainsi l'AME et la régularisation et traite, dans une moindre mesure des PASS. Aux États-Unis, les sous-systèmes étant davantage éclatés, l'organisation des groupes d'intérêt l'est également. Un triptyque *CHC*/*FQHC*/*DSH* est ainsi observable dans trois binômes. Cette grappe englobe également, à un degré inférieur, le programme *340B* par trois autres tandems. Trois binômes mettent aussi en relief un groupe moins net formé du triptyque *EMTALA*/*CHC*/*Emergency Medicaid*. Deux autres tandems moins structurés concernent enfin *CHC*/*Ryan White* et *régularisation*/*CHC* – ce dernier étant particulièrement intéressant en raison de l'intersection qu'il effectue entre les politiques sanitaires et les politiques migratoires.

SOUS-SECTION 2. Instruments et catégories des groupes d'intérêt

Par qui ces grappes sont-elles portées ? Les tableaux ci-dessous regroupent le nombre des groupes d'intérêt traitant d'un instrument en particulier. Ces groupes d'intérêt sont regroupés par catégorie pour chacun des terrains.

TABLEAU 19 • Groupes d'intérêt se positionnant sur un instrument déterminé en France

	Instruments traités	AME	Régularisation	PASS	FSUV	CLAT	CEGIDD	CPEF	Groupes d'intérêt totaux
Association pro-immigration	**7**	9	7	3	2	2	1	1	**9**
Association sanitaire	**7**	11	9	7	6	3	7	2	**11**
Assurance	**1**	1							**1**
Hôpital	**4**	1	1	1	1				**1**
Professionnels de santé	**4**	4	1	1		1			**4**
Syndicat	**2**	1	1						**1**

LECTURE : l'ensemble des associations pro-immigration traite de l'AME. La catégorie « association pro-immigration » cite l'ensemble des sept instruments français.
*NOTE : Les cases rouges et jaunes mettent respectivement en avant les données fortes et moyennes en proportion du nombre total de groupes d'intérêt (*TABLEAU 15*).*

TABLEAU 20 • Groupes d'intérêt se positionnant sur un instrument déterminé aux États-Unis

	Instruments traités	340B	CHC	Amnesty	DSH	FQHC	Ryan White	EMTALA	Emergency Medicaid	MHC	Section 1011	Free clinics	NHC	Groupes d'intérêt totaux
Association anti-immigration	**6**		1	2				1	2		1	1		**2**
Association pro-immigration	**10**	1	4	6	1		1	4	3	2	2	1		**11**
Association sanitaire	**10**	5	10		5	8	7	1	1	2		3	1	**10**
Assurance	**5**	1	1		2	2	1							**2**
Christianisme	**10**	2	1	3	3	1	2	1	1		1	1		**5**
Entreprise	**3**		1	1	1									**1**
Etat fédéré	**6**	2	2	1		2	1			1				**2**
Groupe pharmaceutique et biotechnologique	**7**	4	2	1	3	2	1			1				**5**
Hôpital	**11**	8	4	1	6	5	2	4	1	1	1	1		**9**
Professionnels de santé	**10**	2	3	2	3	3		5	4	2	1	2		**6**
Syndicat	**1**			2										**2**
Think tank	**12**	7	11	12	7	6	2	7	6	2	1	1	1	**20**
Université	**8**	1	1		1	1		1	1	1	1			**2**

LECTURE : l'ensemble des associations anti-immigration traite de la régularisation (amnesty). La catégorie « association anti-immigration » cite six des douze instruments étasuniens.
*NOTE : Les cases rouges et jaunes mettent respectivement en avant les données fortes et moyennes en proportion du nombre total de groupes d'intérêt (*TABLEAU 16*).*

En France, le débat sur l'AME est donc porté par l'ensemble des catégories. Ce résultat est d'autant plus vrai pour les associations sanitaires, pro-immigration et, dans une moindre mesure, pour les représentants des professionnels de santé en raison d'un échantillon plus grand[396]. La régularisation est quant à elle poussée majoritairement par les associations sanitaires et pro-immigration. Les associations sanitaires se chargent également des PASS.

Aux États-Unis, les *CHC* et les *FQHC* sont avant tout traités par les associations sanitaires. *DSH* est abordé par les hôpitaux ainsi que par les organismes

chrétiens car ces derniers sont souvent des hôpitaux pouvant recevoir des fonds *DSH*. En ce sens, parmi les cinq acteurs chrétiens, trois représentent des hôpitaux (*CHA*, *Providence Health and Services* et *Trinity Health*). Le programme *340B* est quant à lui fortement apprécié par les groupes pharmaceutiques et biotechnologiques et les hôpitaux – ces deux acteurs étant directement touchés par ce dispositif.

EMTALA et *Emergency Medicaid* sont traités avant tout par les professionnels de santé effectivement concernés par cette obligation de soins et le remboursement qui lui est associé. Ces deux instruments sont abordés, à un niveau moins important, par les associations anti-immigration et les universités. Ces trois catégories d'acteurs traitent aussi des *CHC* à des degrés divers.

Les associations sanitaires semblent, quant à elles, faire le pont entre les *CHC* et *Ryan White*. Les *think tanks* et les associations anti et pro-immigration font, enfin, la jonction entre la régularisation et les *CHC*.

Si l'on mesure le niveau de publicisation par le nombre d'instruments traités, les associations pro-immigration et les associations sanitaires ont la particularité d'être particulièrement concernées par le sujet dans les deux pays. Aux États-Unis, les hôpitaux, les représentants du culte chrétien (et d'hôpitaux), les professionnels de santé et les *think tanks* sont également des acteurs fortement impliqués dans le débat.

Les cases en rouge des TABLEAU 19 et TABLEAU 20 ainsi que les grappes identifiées dans les TABLEAU 17 et TABLEAU 18 permettent de les schématiser de la manière suivante. Au même titre que les sous-systèmes, ces grappes peuvent être qualifiées de « matures » et d'« immatures » selon le nombre de communiqués dont les instruments qu'elles englobent font l'objet.

FIGURE 34 • Grappes matures et immatures des groupes d'intérêt en France

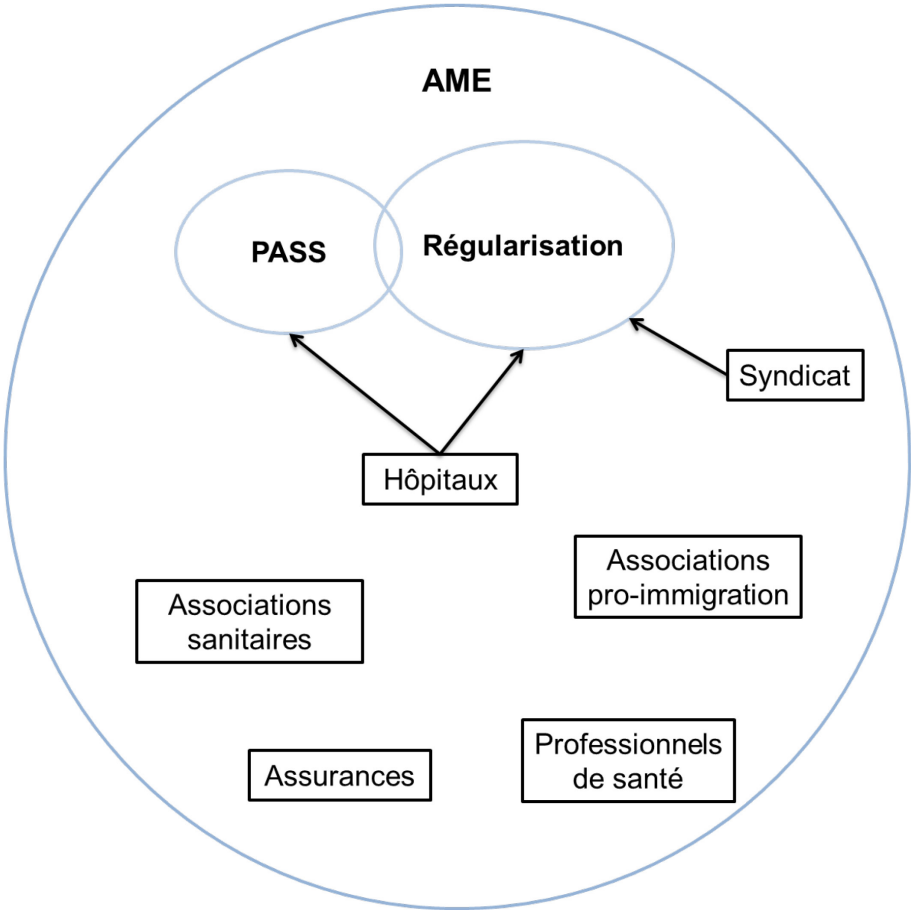
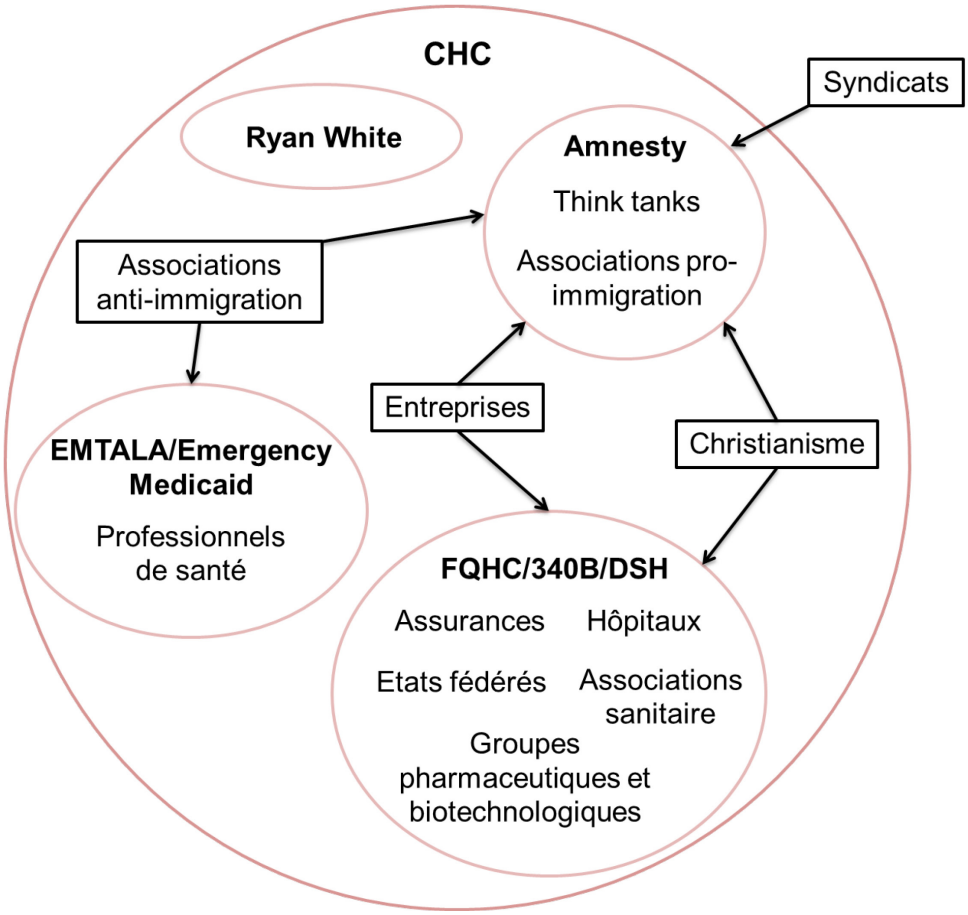


FIGURE 35 • Grappes matures et immatures des groupes d'intérêt aux États-Unis



Ces schémas respectent en partie trois résultats de la première section. Premièrement, deux grappes matures existent autour de l'AME en France et des *CHC* aux États-Unis. Deuxièmement, la régularisation agrège suffisamment de groupes d'intérêts différents pour laisser suggérer qu'elle constitue, en elle-même, une grappe relativement mature pour chacun des pays. Troisièmement, les PASS, *340B* et *Ryan White* semblent effectivement appartenir chacun à une grappe immature dont les contours sont moins nets. Il y a donc une forte proximité entre les grappes des groupes d'intérêt et les sous-systèmes de la première section. Ces schémas confirment également que des sous-systèmes peuvent se chevaucher ou s'emboîter[397].

En revanche, cette analyse offre un résultat distinct des occurrences qui privilégiaient, bien au contraire, la régularisation en France et *340B* aux États-Unis. Ce résultat par occurrences n'est pas inintéressant pour autant car il

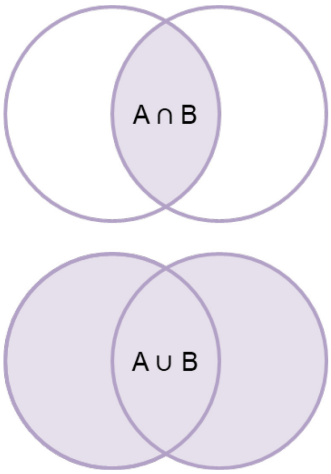
suggère l'existence d'un débat sur ces deux instruments. Ce débat sera vérifié par analyse qualitative aux chapitres suivants.

De manière plus imprécise, ces grappes peuvent également être identifiées pour l'ensemble des fichiers grâce au coefficient de Jaccard. Ce coefficient, proposé par le logiciel NVivo, permet d'établir une relation entre chacun des communiqués et les instruments. Cet indice mesure en effet le degré de similarité des occurrences en respect de la formule suivante :

$$J(A,B) = \frac{|A \cap B|}{|A \cup B|}$$

J (A,B) est le coefficient de Jaccard pour les ensembles A et B. $|A \cap B|$ est le cardinal[398] de l'intersection des ensembles A et B et $|A \cup B|$ est le cardinal de l'union des ensembles A et B. La distinction entre intersection et union est schématisée ci-dessous.

FIGURE 36 • Distinction entre l'intersection (∩) et l'union (∪) de deux ensembles A et B



Cet indice est donc calculé pour l'ensemble des occurrences. Sa valeur est comprise entre 0 (dissemblable) et 1 (semblable). Il mesure ainsi le nombre de fichiers dans lesquels se situent deux occurrences données en proportion du nombre total des fichiers dans lesquels se situent ces occurrences. Ce coefficient ne s'intéresse donc pas aux signataires des sources écrites.

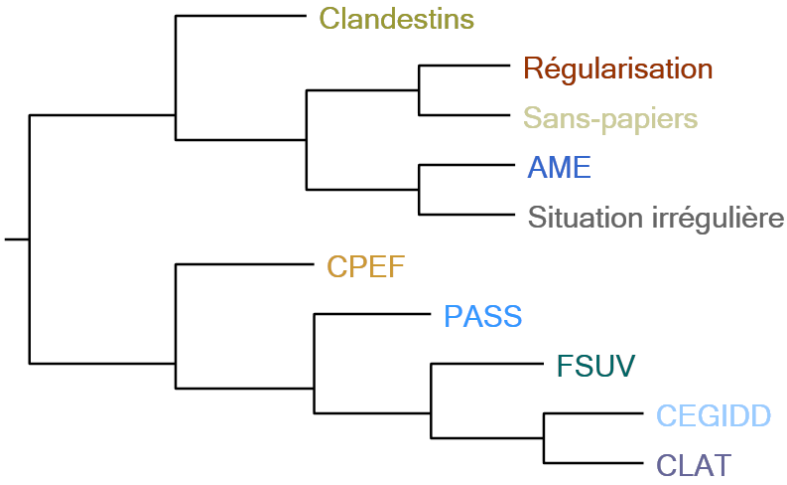
Afin d'affiner les résultats de ce coefficient, les « catégories migratoires » sont ajoutées à celles des instruments en respect du tableau ci-dessous.

TABLEAU 21 • Catégories migratoires

FRANCE	ÉTATS-UNIS
"sans&&papiers"	undocumented and (immigrant or alien or migrant or patient or worker or resident or mexican or "non-citizen" or "foreign&&born" or immigrants or aliens or migrants or patients or workers or residents or mexicans or "non-citizens")
clandestin or clandestins	illegal and (immigrant or alien or migrant or patient or worker or resident or mexican or "non-citizen" or "foreign&&born" or immigrants or aliens or migrants or patients or workers or residents or mexicans or "non-citizens")
"situation&&irrégulière"	unauthorized and (immigrant or alien or migrant or patient or worker or resident or mexican or "non-citizen" or "foreign&&born" or immigrants or aliens or migrants or patients or workers or residents or mexicans or "non-citizens")

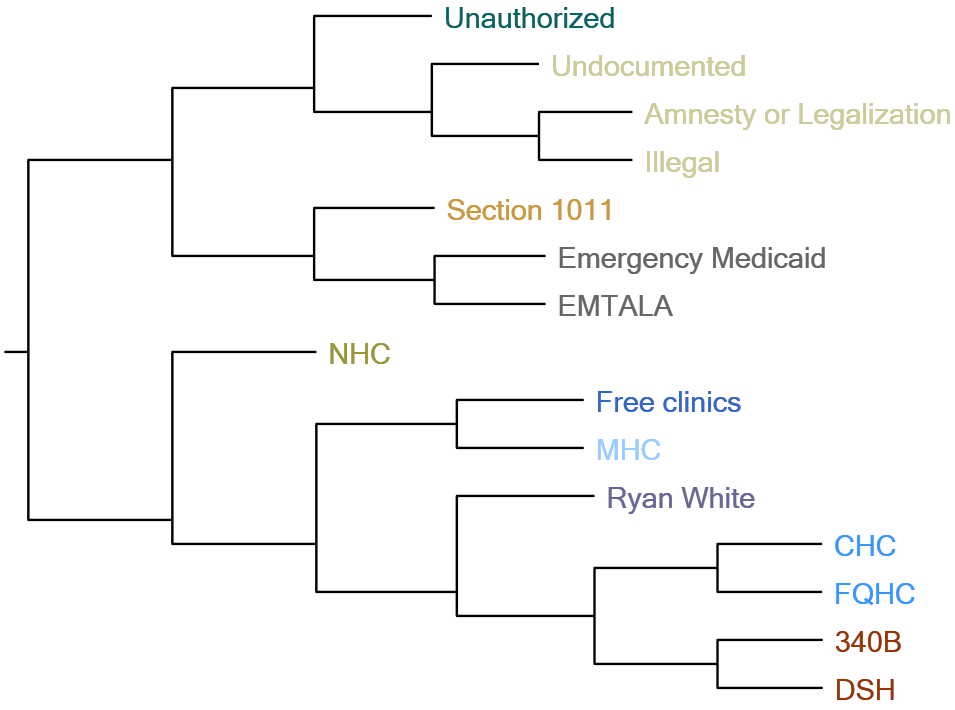
Le résultat de ce coefficient est schématisé dans les deux figures ci-après (les couleurs n'ont aucune signification).

FIGURE 37 • Coefficient de Jaccard pour les groupes d'intérêt français



Le degré de superposition des instruments dans l'ensemble des fichiers révèle ainsi l'existence d'une grappe avec l'AME et la régularisation tel qu'observé plus haut. Les PASS ne sont que très accessoirement associées à ces deux instruments – ces derniers étant également liés au vocabulaire migratoire. Le coefficient de Jaccard est donné ci-dessous pour les États-Unis.

FIGURE 38 • Coefficient de Jaccard pour les groupes d'intérêt étasuniens



Quatre résultats se vérifient. D'une part, une grappe unique est associée à la régularisation. D'autre part, une association est établie entre *EMTALA* et *Emergency Medicaid*. Par ailleurs, *Ryan White* est relativement isolé. Enfin, une dernière grappe rassemble les *CHC*, les *FQHC*, *340B* et *DSH*. Les catégories migratoires étant propres à la régularisation, ce coefficient révèle ainsi un faible croisement entre les thématiques migratoires et sanitaires.

La similitude entre le niveau de maturité des grappes des groupes d'intérêt et celui des sous-systèmes des quatre types de sources écrites suggère ainsi une relative proximité entre ces groupes et le sous-système.

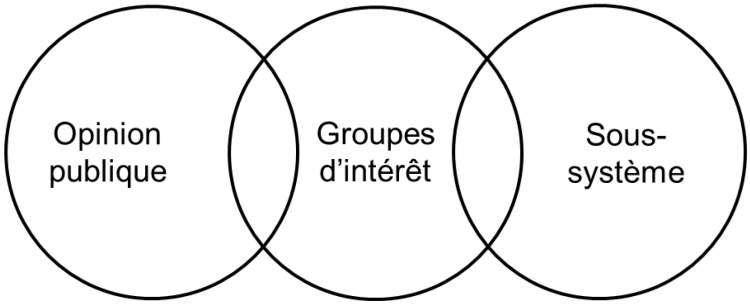
Au vu des similitudes observées entre, d'une part, les groupes d'intérêt et, d'autre part, l'opinion publique et les sous-systèmes, la section suivante propose de placer ces groupes d'intérêt à l'intersection entre le sous-système et l'opinion publique.

SECTION 5. LES GROUPES D'INTÉRÊT UTILISENT L'OPINION PUBLIQUE POUR CRÉER UNE DYNAMIQUE AU SEIN DU SOUS-SYSTÈME

Il semble ainsi qu'il existe une relation étroite entre les groupes d'intérêt, l'opinion publique et les sous-systèmes sur deux points. Tout d'abord, les groupes d'intérêt et l'opinion publique ont la particularité de présenter un degré de publicisation du problème similaire : s'il est fort en France, il reste très limité aux États-Unis en raison des difficultés qu'a ce pays à croiser les thématiques d'immigration et de santé. Par ailleurs, les « grappes » des groupes d'intérêt présentent de fortes similitudes avec les sous-systèmes, suggérant ainsi que les groupes d'intérêt sont à la fois en lien avec le sous-système et l'opinion publique.

Or, la littérature considère généralement l'opinion publique comme étant une variable dépendante lorsqu'elle est confrontée au sujet migratoire[399]. De même, la littérature semble soutenir majoritairement l'idée selon laquelle les groupes d'intérêt influencent l'opinion publique, via les médias notamment, afin que cette opinion puisse agir directement sur l'action publique[400]. En ce sens, l'opinion publique est perçue par la littérature comme étant un outil au service des groupes d'intérêt. Peu d'articles abordent ainsi le faible impact des groupes d'intérêt sur l'opinion publique[401] ou la relation inverse selon laquelle l'opinion publique contraindrait l'activité des groupes d'intérêt[402]. Il semblerait ainsi qu'il existe une relation étroite entre les groupes d'intérêt et le changement de l'action publique via l'influence qu'exercent ces groupes sur l'opinion publique. Seule une modification du sous-système pouvant aboutir à une modification de l'action publique, les groupes d'intérêt ont plus exactement un pied à la fois dans le sous-système et dans l'opinion publique tel que le suggère le schéma suivant :

FIGURE 39 • Les groupes d'intérêts dans le modèle des coalitions de cause



Cette place stratégique des groupes d'intérêt renforce ainsi l'hypothèse des rétroactions négatives que ces groupes peuvent exercer. Cette position privilégiée suggère l'idée que les groupes d'intérêt sont des acteurs « véto » au sens où l'entend George TSEBELIS (1999, 2000, 2002)[403] car leur accord est nécessaire pour un changement d'action publique.

La section suivante démontre l'existence d'un intérêt politique français pour l'accès aux soins des étrangers irréguliers en France, comparativement aux États-Unis, ainsi qu'une certaine proximité entre les groupes d'intérêt et les partis politiques en France.

SECTION 6. L'ÉTROITE RELATION ENTRE LES PARTIS POLITIQUES FRANÇAIS ET LES GROUPES D'INTÉRÊT

L'analyse quantitative permet, enfin, d'observer, de manière imprécise, les réseaux des groupes d'intérêt grâce aux communiqués ayant plusieurs signataires – que ces signataires soient, ou non, collectifs. Ainsi, l'ODSE est un unique signataire indépendamment du fait que l'organisation se compose de plusieurs associations. Les communiqués sont donc considérés comme étant « collectifs » dès lors qu'ils ont au minimum deux signataires.

Cette analyse porte sur quatre-vingt-dix-huit communiqués en France et vingt-huit communiqués aux États-Unis. Environ 400 signataires différents ont été répertoriés en France contre plus de 1600 aux États-Unis. Les trente-deux plus gros signataires ont été retenus pour l'analyse. Ce chiffre correspond au niveau à partir duquel les États-Unis, et dans une moindre mesure la France, connaissent une baisse des cosignatures. Les matrices de cooccurrences ci-dessous mettent en évidence le nombre de communiqués cosignés par deux signataires déterminés.

TABLEAU 22 • Matrice de cooccurrences des 32 plus gros cosignataires sur environ 400 en France

	LDH	MRAP	CIMADE	GISTI	CGT	Droits devant	FSU	LCR	ODSE	FNARS	COMEDE	CFDT	FASTI	Les Verts/EELV	Act Up	CISS	SUD/Solidaires	PCF	UNIOPSS	AIDES	MdM	Ras l'front	FTCR	RESF	Femmes Egalité	ATMF	Autremonde	DAL	PS	SNPM	AC !
MRAP	25	*																													
CIMADE	19	14	*																												
GISTI	20	24	13	*																											
CGT	21	20	13	13	*																										
Droits devant	19	19	13	19	17	*																									
FSU	17	16	14	12	22	17	*																								
LCR	15	22	7	14	17	13	13	*																							
ODSE	1	1	2	1	0	0	0	0	*																						
FNARS	1	1	1	1	1	0	1	1	18	*																					
COMEDE	2	4	12	7	1	1	1	3	2	2	*																				
CFDT	16	14	9	8	17	13	16	11	0	0	0	*																			
FASTI	12	16	10	19	10	12	8	11	1	1	2	6	*																		
Les Verts/EELV	10	17	6	11	13	10	10	18	1	1	3	9	9	*																	
Act Up	4	10	7	12	3	8	5	7	1	1	8	3	6	6	*																
CISS	0	0	0	0	0	0	0	0	16	15	2	0	0	0	1	*															
SUD/Solidaires	20	19	12	14	20	19	18	15	0	1	1	14	8	13	7	0	*														
PCF	11	17	5	10	15	9	12	16	0	1	1	10	7	14	4	0	13	*													
UNIOPSS	0	0	0	0	0	0	0	0	14	15	1	0	0	0	1	14	0	0	*												
AIDES	5	6	8	8	2	3	2	4	1	1	10	1	4	3	11	1	2	1	1	*											
MdM	5	6	7	5	3	0	1	3	3	5	9	1	3	3	6	3	2	2	2	9	*										
Ras l'front	10	16	5	9	11	8	10	13	0	1	1	11	9	10	4	0	11	10	0	1	1	*									
FTCR	7	11	4	11	7	9	5	9	1	1	4	3	9	7	8	0	8	5	0	5	4	5	*								
RESF	12	6	9	5	11	10	10	4	0	1	1	6	2	3	2	0	12	4	0	1	1	1	3	*							
Femmes	10	5	9	4	12	9	11	4	0	1	1	7	3	3	2	0	11	4	0	1	1	2	4	11	*						
ATMF	6	11	3	11	10	9	8	10	0	1	1	6	9	8	4	0	9	8	0	1	1	8	8	3	4	*					
Autremonde	8	4	9	3	10	9	11	2	0	0	0	7	2	2	2	0	10	2	0	0	0	1	2	9	10	2	*				
DAL	5	9	4	8	6	9	6	7	0	1	2	4	6	7	5	0	8	5	0	2	1	5	6	3	2	6	2	*			
PS	9	9	4	2	6	2	6	8	0	1	1	7	2	6	1	0	5	7	0	1	1	7	1	1	1	2	0	2	*		
SNPM	8	9	7	4	4	4	3	6	0	0	0	4	4	4	0	0	3	4	0	1	1	4	0	0	0	1	0	2	4	*	
AC !	3	7	3	5	5	5	4	6	0	0	1	5	4	6	3	0	4	5	0	1	1	6	3	0	0	5	0	4	1	2	*
ADDE	1	0	8	2	0	0	0	0	1	0	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

LECTURE : Le MRAP et la LDH ont signé ensemble vingt-cinq communiqués.
NOTE : Les cases rouges et jaunes mettent en avant les données fortes (strictement au-dessus de 19 pour le rouge, entre 15 et 19 pour le jaune). Les groupes d'intérêt sont listés par ordre décroissant selon le nombre de communiqués qu'ils ont signés au total. Les signataires « locaux » ont été rattachés à leur organisation supérieure. Cela concerne par exemple les branches syndicales (le SNUIPP [Syndicat national unitaire des instituteurs, professeurs des écoles et PEGC] est rattaché à la FSU, l'UGICT [Union générale des ingénieurs, cadres et techniciens CGT] à la CGT, etc.) et les sections locales associatives (LDH du 92 devient « LDH » ou l'ASTI d'Issy-les-Moulineaux devient la « FASTI » par exemple) et partisanes (les Verts de Colombes deviennent ainsi « Les Verts/EELV »).
ACRONYMES : ADDE : Avocats pour la défense des droits des étrangers ; ATMF : Association des Travailleurs Maghrébins en France ; CGT : Confédération Générale du Travail ; CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé ; DAL : Droit au Logement ; EELV : Europe Ecologie Les Verts ; FASTI : Fédération des Associations de Solidarité avec les Travailleurs Immigrés ; FSU : Fédération Syndicale Unitaire ; FTCR : Fédération des Tunisiens pour une Citoyenneté des deux Rives ; LCR : Ligue Communiste Révolutionnaire ; PCF : Parti Communiste Français ; PS : Parti Socialiste ; RESF : Réseau Éducation Sans Frontières ; SNPM : Secrétariat national de la Pastorale des migrants ; SUD : Solidaires, unitaires, démocratiques.

TABLEAU 23 • Matrice de cooccurrences des 32 plus gros cosignataires sur environ 1600 aux États-Unis

	AHA	AAMC	NAPH	CHA	NASTAD	NACH	HIVMA	NACHC	NASW	PPFA	PI	SIECUS	AAP	AAMFT	AASLD	AACP	ACS CAN	ADEA	ADA	ALA	APA	APHA	Easter Seals	FAH	NC for LGBT Health	NCSD	NHMA	RWMPC	SNHPA (340B Health)	SOPHE	TFAH
AAMC	8	*																													
NAPH	8	6	*																												
CHA	7	6	4	*																											
NASTAD	2	5	2	1	*																										
NACH	6	6	7	4	2	*																									
HIVMA	2	4	2	1	6	2	*																								
NACHC	1	3	3	1	4	2	4	*																							
NASW	2	5	2	1	6	2	5	4	*																						
PPFA	2	4	3	1	5	2	5	5	5	*																					
PI	1	4	1	1	6	1	5	3	5	4	*																				
SIECUS	2	5	2	0	6	2	5	3	5	4	5	*																			
AAP	2	4	2	1	5	2	5	4	5	5	4	4	*																		
AAMFT	2	5	2	0	5	2	4	3	5	4	4	5	4	*																	
AASLD	2	4	2	0	5	2	5	3	4	4	4	5	4	4	*																
AACP	2	4	2	1	5	2	5	4	5	5	4	4	5	4	4	*															
ACS CAN	2	5	2	0	5	2	4	3	5	4	4	5	4	5	4	4	*														
ADEA	2	4	2	1	5	2	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	*													
ADA	2	5	2	0	5	2	4	3	5	4	4	5	4	5	4	4	5	4	*												
ALA	2	5	2	0	5	2	4	3	5	4	4	5	4	5	4	4	5	4	5	*											
APA	2	4	2	1	5	2	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	5	4	4	*										
APHA	2	4	2	1	5	2	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	5	4	4	5	*									
Easter Seals	2	4	2	1	5	2	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	5	4	4	5	5	*								
FAH	6	6	4	6	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	*							
NC for LGBT Health	2	4	2	0	5	2	4	2	4	3	4	5	3	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3	0	*						
NCSD	2	4	2	0	5	2	5	3	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	*					
NHMA	2	4	2	1	5	1	4	3	5	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	0	3	3	*				
RWMPC	2	4	2	0	5	2	5	3	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	5	3	*			
SNHPA (340B Health)	2	0	4	0	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	*		
SOPHE	2	5	2	0	5	2	4	3	5	4	4	5	4	5	4	4	5	4	5	5	4	4	4	0	4	4	4	4	0	*	
TFAH	2	5	2	0	5	2	4	3	5	4	4	5	4	5	4	4	5	4	5	5	4	4	4	0	4	4	4	4	0	5	*
ARR	2	4	2	0	4	2	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	3	4	3	4	0	4	4

LECTURE : AHA et AAMC ont signé ensemble huit communiqués.
NOTE : Les cases rouges et jaunes mettent en avant les données fortes (strictement au-dessus de 6 pour le rouge, entre 5 et 6 pour le jaune). Les groupes d'intérêt sont listés par ordre décroissant selon le nombre de communiqués qu'ils ont signés au total.
ACRONYMES : NAPH: National Association of Public Hospitals and Health Systems; NACH: National Association of Children's Hospitals; HIVMA: HIV Medicine Association; NASW: National Association of Social Workers; PPFA: Planned Parenthood Federation of America; PI : Project Inform; SIECUS: Sexuality Information and Education Council of the U.S.; AAP: American Academy of Pediatrics; AAMFT: American Association for Marriage and Family Therapy; AASLD: American Association for the Study of Liver Diseases; AACP: American Association of Colleges of Pharmacy; ACS CAN: American Cancer Society Cancer Action Network; ADEA: American Dental Education Association; ADA : American Diabetes Association; ALA: American Lung Association; APA : American Psychiatric Association; APHA: American Public Health Association; NC for LGBT: Health National Coalition for LGBT Health; NCSD: National Coalition of STD Directors; NHMA: National Hispanic Medical Association; RWMPC: Ryan White Medical Providers Coalition; SNHPA: Safety Net Hospitals for Pharmaceutical Access; SOPHE: Society for Public Health Education; TFAH: Trust for America's Health; ARR: Academy of Radiology Research.

Le premier résultat est la plus grande coproduction de communiqués en France par rapport au cas étasunien. Ce phénomène peut résulter d'une sextuple explication. Premièrement, le degré de publicisation du sujet étant plus fort en France, les groupes d'intérêt s'agrègent plus volontiers pour faire pression sur les sphères décisionnaires. Deuxièmement, le nombre d'acteurs étant plus élevé aux États-Unis qu'en France, les acteurs sont moins aisément identifiables ou, lorsqu'ils le sont, représentent une masse trop conséquente pour produire rapidement ce type de communiqué sur une période équivalente. Troisièmement, l'organisation « parapluie » (*umbrella*) étant plus développée aux États-Unis qu'en France, les groupes d'intérêt étasuniens peuvent ne pas percevoir l'intérêt de s'associer à d'autres groupes d'intérêt sachant qu'ils sont déjà eux-mêmes une agrégation d'organisations. Quatrièmement, les groupes d'intérêt étant plus structurés[404] et anciens[405] aux États-Unis, la coproduction semble être moins évidente pour ces organisations qui ont leurs habitudes et leurs relations. Cinquièmement, en reprenant la dichotomie effectuée par Herbert KITSCHELT (1986)[406], les groupes d'intérêts étant confrontés à une fermeture de l'État dans le cas français, le regroupement de leurs revendications permet d'augmenter la portée de ces requêtes. À l'inverse, pour le cas étasunien, l'ouverture de l'État n'oblige pas nécessairement les groupes d'intérêt à effectuer ce type de rapprochement étant donnée la facilité avec laquelle ils peuvent communiquer avec la sphère décisionnaire[407]. Enfin, sixièmement, la tradition française des coordinations, instaurée dès les années 1980, facilite fortement ce type de groupements. Il vise notamment à s'émanciper des organisations, telles que les syndicats et les partis politiques, considérés comme étant trop bureaucratiques[408].

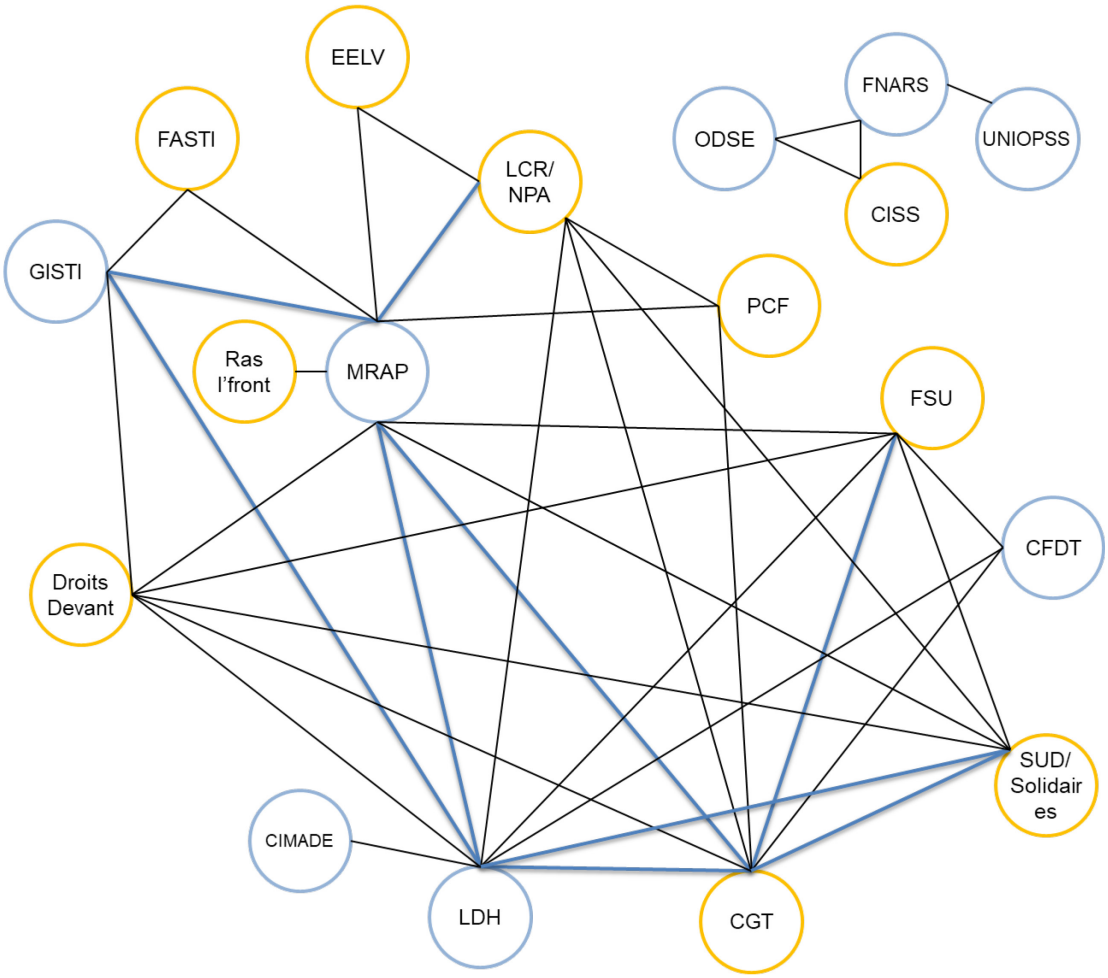
Un second résultat concerne l'absence des syndicats[409] et des partis politiques pour le cas étasunien et une surreprésentation des syndicats (CFDT, CGT, FSU, SUD/Solidaires) en France en comparaison à ce qu'ils représentent dans les communiqués individuels. Le cas français présente également la particularité de mélanger les groupes d'intérêt et les syndicats aux partis politiques (Les Verts/EELV, LCR, PCF et PS) – invitant ainsi à transformer la notion de « publicisation » du débat en « politisation » du débat. Ce lien entre les partis politiques et les groupes d'intérêt va dans le sens des rétroactions négatives : les

groupes d'intérêt français sont visiblement plus à même d'influencer l'administration et les parlementaires en raison des relations qu'ils entretiennent avec ces sphères décisionnelles.

Pourtant, les syndicats étasuniens ont depuis longtemps une position affirmée à l'encontre des étrangers et revendiquent, depuis peu, une plus large immigration[410]. Les partis politiques étasuniens ont également un positionnement ancien à cet égard[411]. Les TABLEAU 19 et TABLEAU 20 indiquent que les syndicats s'intéressent exclusivement à la régularisation pour le cas étasunien, couplé à l'AME pour le cas français. Or, sur les vingt-huit communiqués collectifs étasuniens, un seul (soit 3,6 %) traite de cet instrument, contre soixante-quatre sur quatre-vingt-dix-huit (soit 65,3 %) en France (**annexe 2**). Cela tend à confirmer que les syndicats et, dans une moindre mesure, les partis politiques s'intéressent avant tout à la régularisation des étrangers irréguliers plutôt qu'à leur accès aux soins.

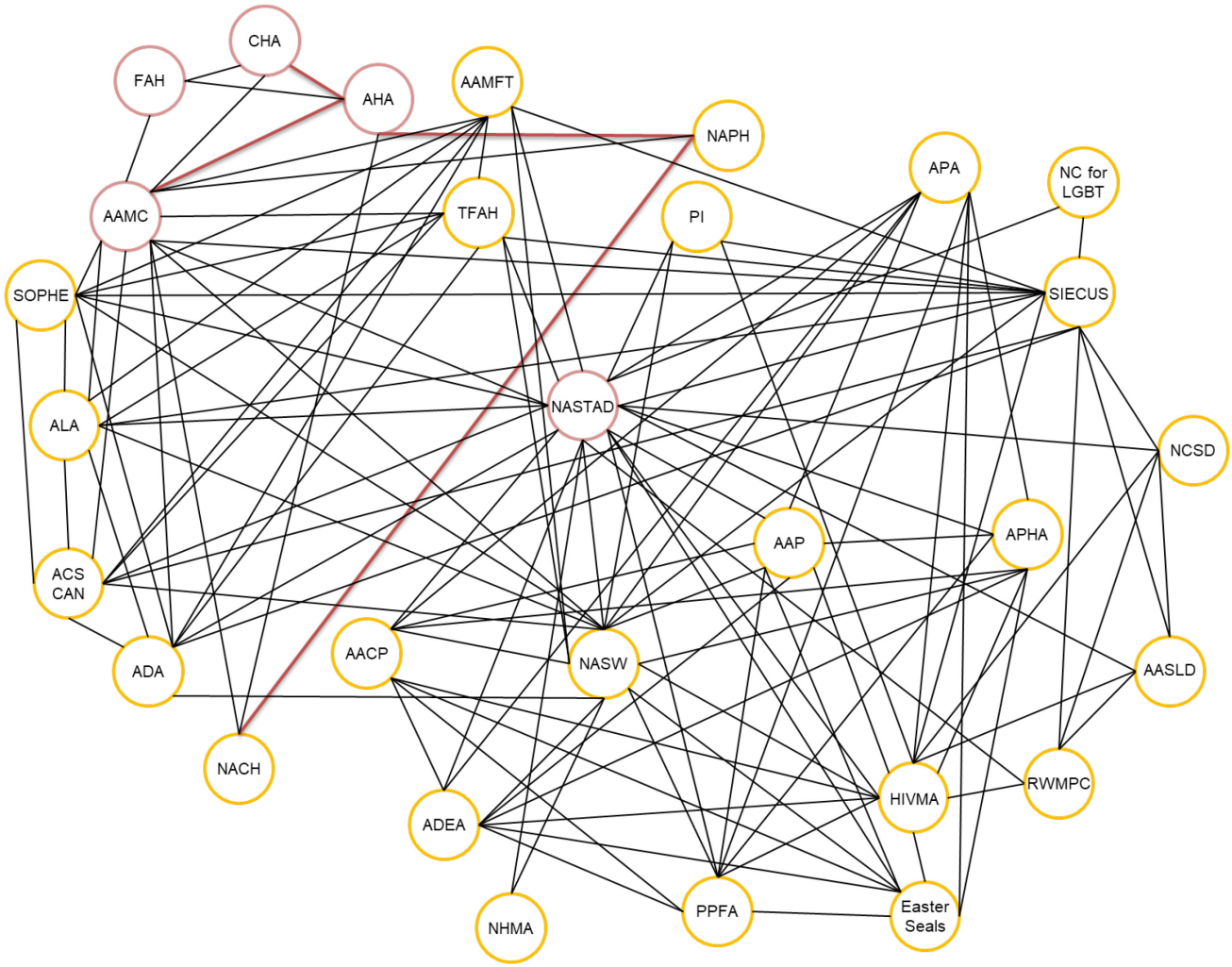
Les résultats des cases rouges et jaunes des matrices peuvent être schématisés de la manière suivante. Les acteurs en orange correspondent aux groupes d'intérêt non vus précédemment et ayant produit pas ou peu de communiqués sur le sujet individuellement. Les lignes épaisses (bleues et rouges) indiquent les relations fortes des cases rouges. Les lignes fines en noir précisent les relations moyennes des cases jaunes. Les cases non colorées des matrices ne sont donc pas représentées sur les deux schémas qui suivent.

FIGURE 40 • Relations fortes et moyennes entre cosignataires en France au sein des communiqués collectifs



NOTE : Les relations fortes et moyennes sont respectivement en traits épais bleu et fin noir. Les groupes d'intérêt en orange sont nouveaux par rapport au TABLEAU 15.

FIGURE 41 • Relations fortes et moyennes entre cosignataires aux États-Unis au sein des communiqués collectifs



NOTE : Les relations fortes et moyennes sont respectivement en traits épais bleu et fin noir. Les groupes d'intérêt en orange sont nouveaux par rapport au TABLEAU 16.

Ces sociogrammes montrent principalement trois éléments. Tout d'abord, des positionnements équivalents n'impliquent pas nécessairement une collaboration. Par exemple, en France, l'ODSE regroupe des associations telles que la CIMADE, le GISTI, la LDH et le MRAP. Ce regroupement sous-entend un positionnement similaire concernant l'accès aux soins des étrangers qui est proprement l'objet de l'ODSE. Pourtant, le schéma indique des relations distinctes entre l'ODSE d'un côté et ces quatre associations de l'autre. En ce sens, la CIMADE, le GISTI, la LDH et le MRAP ne fréquentent pas les cosignataires de l'ODSE et inversement, l'ODSE travaille peu avec les cosignataires de ces quatre associations. Par ailleurs, pour le cas étasunien, l'*AHA* nourrit une relation étroite avec *CHA* et *NAPH* (actuelle *AEH*). Pourtant,

CHA et *NAPH*, deux organisations représentatives des hôpitaux, n'entretiennent aucune relation entre elles sur le schéma. En assimilant ces réseaux aux coalitions de cause, ces différents exemples affaiblissent sensiblement l'hypothèse d'homophilie du modèle des coalitions de cause. Cette hypothèse stipule en effet que des acteurs ayant des croyances intermédiaires similaires agiront de concert afin de défendre leurs croyances. Cette hypothèse a été réfutée par Edella SCHLAGER (1995)[412] et John CALANNI (2014).[413] En ce sens, les seules croyances sont visiblement insuffisantes pour comprendre la dynamique des coalitions de cause.

Deuxièmement, ces réseaux ne sont pas homogènes : ils possèdent des nœuds (LDH et MRAP en France, *NASTAD*, *NASW*, *SIECUS* et *HIVMA* aux États-Unis) autour desquels des acteurs gravitent et collaborent de manière ponctuelle. En rapprochant à nouveau ce maillage des coalitions de cause, ce résultat tend à confirmer l'hypothèse de Jakob Bjerg LARSENA, Karsten VRANGBÆKB et Janine TRAULSEN (2006) selon laquelle les coalitions ont « un noyau dur et des frontières floues » (*a solid cores with fuzzy edges*)[414].

Enfin, concernant le cas français, les syndicats sont davantage mobilisés dans les communiqués collectifs par rapport aux partis politiques. Ils accumulent ainsi sur le schéma dix-huit relations là où les partis politiques n'en possèdent que neuf. Les syndicats entretiennent également des liens plus étroits entre eux face aux partis. En ce sens, le maillage entre la FSU, la CFDT, SUD/Solidaires et la CGT est pratiquement complet. À l'exception de la séparation entre la CFDT et SUD/Solidaires, chacun des quatre syndicats est ainsi en lien avec les trois autres. Cinq des six relations possibles sont donc établies du côté des syndicats (83,3 %) contre deux sur trois (66,6 %) chez les partis politiques (séparation entre le PCF et Les Verts/EELV). Enfin, dans chacune de ces deux catégories, moins l'organisation est radicale et moins elle aura de lien avec le reste du réseau (Les Verts/EELV pour les partis politiques et CFDT pour les syndicats), plaçant ainsi le débat très à gauche.

Les entretiens ne confirment pas un tel maillage. Les rares relations évoquées sont celles établies, de manière récente, au sein de l'ODSE (Act Up, AIDES,

COMEDE, CIMADE, GISTI, MdM et MSF) et de l'UNIOPSS (FNARS, CIMADE, MdM et Secours catholique) en France. Les entretiens étasuniens n'établissent pas de telles liaisons.

L'implication des partis politiques français achève la démonstration d'une plus grande politisation du sujet en France et d'une forte proximité entre les partis politiques et les groupes d'intérêt dans ce pays, appuyant ainsi l'hypothèse des rétroactions négatives françaises. La section suivante conclut ce chapitre.

SECTION 7. CONCLUSION DU CHAPITRE : LA CONTRAINTE IDÉELLE DES GROUPES D'INTÉRÊT IMPACTE SUR LEUR ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

Les groupes d'intérêt semblent ainsi avoir une position privilégiée vis-à-vis du sous-système. Pourtant, si ces groupes parviennent à lier les thématiques d'immigration et de santé en France, tel n'est pas le cas aux États-Unis. Le non-croisement étasunien s'explique, en partie, par une difficulté à concilier deux thématiques déjà indépendamment controversées. Cette controverse est cependant insuffisante pour comprendre le seul cas étasunien qui autorise, malgré tout, un accès aux soins des étrangers irréguliers. Elle est également insuffisante pour saisir les différences entre ces deux pays.

La littérature suggère, plus exactement, une soumission, consciente ou inconsciente, des groupes d'intérêt à des schémas de pensée : là où l'universalisme sanitaire semble primer en France, les États-Unis conçoivent leur accès aux soins par « catégories culturelles de mérite » (*cultural categories of worth[iness]*)[415].

L'universalisme est en effet volontiers rattaché au modèle sanitaire français par la littérature[416]. Selon Naomi SCHOR (2001), l'universalité remonte au catholicisme (du grec « *katholikós* » [*καθολικός*] signifiant « universel ») et la France peut légitimement être considérée comme étant la « fille aînée de l'Église »[417] : "*at the beginning French universalism derives from its relationship to the Church; it is, as it were, borrowed from Catholicism (from the Greek* Katholikos*, 'universal'). Referred to since the Middle Ages as 'the elder daughter of the Church', France drew from its privileged relationship to the Church its founding reputation and mission as a disseminator of a universalist creed*."[418] De même, selon Laurent DEGOS et Victor RODWIN (2011) : "*The French health system is organized around the notion that reducing financial barriers to access is a good investment for society*".[419]

Ce modèle universaliste se transforme néanmoins sous l'effet du multiculturalisme étasunien et européen : "*Though France as the capital of*

universalism is a notion in deep peril, threatened by the emergence of the United States as a rival universalist power on the one hand, and the formation of a new Europe on the other, universalism remains the object of an intense struggle in what we might call the French culture wars: wars that oppose the upholders of the Republic and the advocates of a French multiculturalism and democracy."[420]

À l'inverse, les États-Unis perçoivent les bénéficiaires de l'État providence au travers d'une focale catégorielle. S'appuyant sur une littérature mettant l'accent sur l'éthique au travail[421], Brian STEENSLAND (2006) montre ainsi que le mérite d'une catégorie s'exprime avant tout par l'incapacité à travailler pour ses membres : "*The 'deserving' poor were those people not expected to work because of their age, gender, family status, or physical limitations, and they were therefore deemed as meriting government support. The 'undeserving' poor, on the other hand, were expected to work and consequently warranted only limited, haphazard government assistance*."[422]

Ainsi, si le modèle universel français permet plus aisément d'inclure les étrangers dans le système sanitaire, le caractère méritocratique des catégories providentielles étasuniennes exclut a priori les clandestins. Il serait donc attendu que cette population travaille, d'autant plus si elle est en situation irrégulière. Les notions d'autosuffisance (*self-sufficient*) et d'autonomie (*self-reliance*) issues de l'état de l'art rappellent, en ce sens, le « contrat » passé entre le clandestin et la société d'accueil.[423]

Enfin, une revue de la littérature de François-Xavier MERRIEN, Raphaël PARCHET et Antoine KERNEN (2005) sur les formes d'État-providence dans le monde va dans le même sens en concluant sur l'existence d'un « paradigme de la citoyenneté universaliste en France » et d'un « paradigme de la citoyenneté divisée aux États-Unis ». Ainsi, « aux États-Unis, le concept de '*social exclusion*' renvoie aujourd'hui à une caractérisation en termes 'd'*underclass*' c'est-à-dire avant tout à des individus, à des groupes caractérisés par des comportements déviants, marginaux, illicites. Dans cette optique, la politique consiste moins à lutter contre les exclusions qu'à obliger les exclus à réintégrer la société du travail. En France, où est né le terme 'exclusion', l'on s'intéresse avant tout à des

processus. Les exclus ne sont pas des coupables, ce sont des victimes. L'ensemble donne naissance à la problématique de la fracture sociale : thème éminemment français qui présuppose une vision unitaire de la Nation, unité du corps politique, culturel et social sans cesse menacée par les grandes crises sociales ».[424] L'effacement français de la culpabilité étasunienne sera observé dans le reste de la thèse.

Les groupes d'intérêt étant contraints par ces schémas de pensée, leur capacité à publiciser, voire à politiser un tel sujet est donc facilitée en France[425] mais entravée aux États-Unis. L'astreinte idéelle impacte ainsi sur l'organisation institutionnelle de ces groupes. Le croisement des thématiques d'immigration et de santé rend ainsi possible, en France, une relation privilégiée entre les partis politiques, les syndicats et les autres groupes d'intérêt alors que ces partis politiques et ces syndicats s'intéressent prioritairement à la régularisation des étrangers et que ces autres groupes défendent en majorité leur accès aux soins. À l'inverse, aux États-Unis, le non-croisement des thématiques d'immigration et de santé est doublement visible : d'une part, pris individuellement, les groupes d'intérêt mélangent peu ces deux thématiques et, d'autre part, pris collectivement, ces groupes s'associent peu entre eux lorsqu'ils sont spécialisés sur des thématiques différentes.

Les deux chapitres suivants démontrent que cette soumission idéelle impacte également sur les revendications de ces groupes d'intérêt. Ces revendications sont précisées dans le chapitre suivant pour les instruments sanitaires.

CHAPITRE 2. LES GROUPES D'INTÉRÊT FACE AUX INSTRUMENTS SANITAIRES

Ce deuxième chapitre montre, par une analyse qualitative, que l'opposition aux instruments sanitaires n'existe qu'aux États-Unis. En effet, aucun groupe d'intérêt français ne s'oppose aux instruments sanitaires. De même, certains groupes sont plus revendicatifs que d'autres car tous ne sont pas capables d'user d'une argumentation minutieuse et appuyée. Cette rhétorique suggère que ces groupes souhaitent verrouiller les instruments en place mais veulent également en créer des nouveaux ou accroître la portée des instruments existants en augmentant leur budget ou le nombre de leurs bénéficiaires.

Ne sont traités ici que les instruments sanitaires, incluant, en France, la régularisation pour soins. En ce sens, la régularisation massive des sans-papiers en France et aux États-Unis fera l'objet du chapitre suivant.

Le chapitre précédent établissait l'existence d'une grappe de trois instruments en France et quatre grappes de huit instruments aux États-Unis (FIGURE 34 et FIGURE 35). Les schémas ci-dessous résument ces superpositions pour chacun des pays.

FIGURE 42 • Grappes des groupes d'intérêt en France

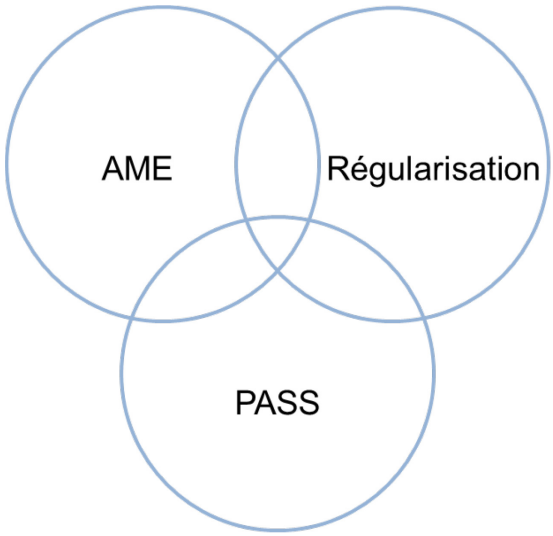
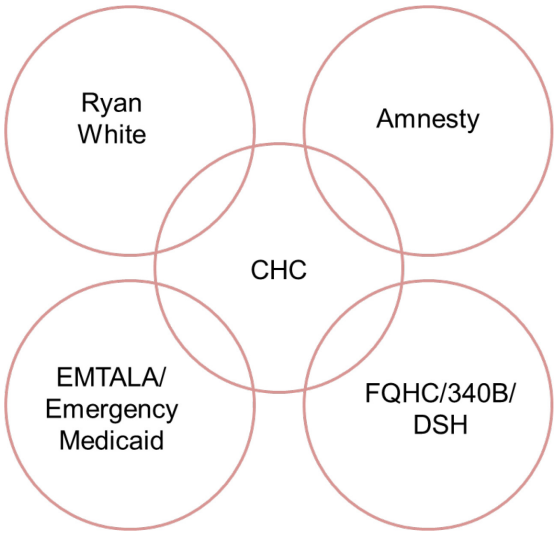


FIGURE 43 • Grappes des groupes d'intérêt aux États-Unis



Parallèlement, d'après le TABLEAU 7 relatif aux occurrences, deux instruments attirent particulièrement l'attention des groupes d'intérêt en France en proportion équivalente : l'AME et la régularisation. Aux États-Unis, le TABLEAU 8 montre qu'un instrument se démarque tout particulièrement : le programme *340B* visant à réduire le coût des médicaments des *FQHC*, des hôpitaux *DSH* et des cliniques *Ryan White*. Trois autres instruments arrivent ensuite en tête : *DSH*, les *CHC* et la régularisation.

Seront donc traités du point de vue sanitaire les deux grappes suivantes : l'AME, la régularisation pour soins et les PASS en France (**section 1**), et les *CHC*, les *FQHC*, *340B* et *DSH* aux États-Unis (**section 2**). Une dernière section conclura ce chapitre (**section 3**).

SECTION 1. EN FRANCE : L'AME, LA RÉGULARISATION POUR SOINS ET LES PASS

Un panorama global des communiqués est tout d'abord effectué en fonction des types de revendication (**sous-section 1**). Les revendications législatives (**sous-section 2**) et les revendications relatives à la mise en œuvre des textes législatifs sont ensuite traitées (**sous-section 3**).

SOUS-SECTION 1. Panorama des communiqués en France

Les positionnements des communiqués ont été divisés en cinq catégories. La première correspond aux revendications concernant une modification législative, incluant les positionnements à l'encontre des amendements parlementaires et des décrets. La seconde catégorie concerne la mise en œuvre et l'évaluation de cette mise en œuvre des textes législatifs, comportant entre autres les remarques à l'encontre des circulaires administratives et des lettres-réseau de la CNAM. La troisième englobe les documents à caractère informatif permettant de mieux maîtriser la mise en œuvre de ces lignes juridiques. Une quatrième catégorie regroupe les communiqués ne traitant que de la régularisation massive des sans-papiers sans rattacher cette régularisation à l'existence d'une éventuelle pathologie. Ces sources écrites seront donc traitées ultérieurement. Elles peuvent elles-mêmes être divisées selon ces trois premières catégories (modification législative, mise en œuvre et information juridique). Enfin, une cinquième catégorie « autre » regroupe deux sources écrites parmi les plus anciennes visant à sensibiliser sur l'état de santé des étrangers en France.

Ces cinq catégories sont des idéaux types[426] car certains communiqués peuvent, parfois, se confondre dans plusieurs d'entre elles. Par exemple, un communiqué traitant majoritairement de revendications législatives et minoritairement d'application du droit sera placé dans la catégorie « modification législative ». En pratique, cette configuration est rare : les communiqués traitent globalement d'une seule de ces catégories afin de rendre leur message rapidement compréhensible.

Le tableau suivant expose la répartition de ces communiqués en respect des catégories précitées. Cette répartition a été effectuée de manière qualitative et non plus seulement en respect des occurrences. La présence ou non d'une occurrence se réfère aux mots-clés cités dans le TABLEAU 5 pour l'AME, la régularisation et les PASS uniquement.

TABLEAU 24 • Répartition des communiqués des groupes d'intérêt selon leurs occurrences et leur objet en France

Communiqués	Avec occurrence	Sans occurrence	Modification législative	Mise en œuvre et évaluation	Information juridique	Régularisation massive	Autre
Individuels	329	77	146	193	40	26	2
Collectifs	96	11	50	11	8	37	0
Inutilisés	53	110					

Un premier résultat permet de lier la précision des revendications avec les occurrences détectées. En ce sens, 81 % des communiqués individuels et 89,7 % des communiqués collectifs utilisés possèdent au moins une occurrence. De même, 67,5 % des communiqués inutilisés n'ont aucune de ces occurrences. La présence d'occurrence semble donc confirmer l'existence d'un positionnement.

Deuxièmement, les communiqués collectifs sont peu intéressés par la mise en œuvre et son évaluation ainsi que par l'information juridique. Les groupes d'intérêt français s'agrègent donc avant tout pour modifier la loi.

Troisièmement, les communiqués individuels sont tout aussi intéressés par la modification législative que par la mise en œuvre et son évaluation. La délivrance de l'information juridique fait donc moins l'objet d'attention des groupes d'intérêt.

Le tableau ci-dessous détaille la répartition des groupes d'intérêt selon l'objet de leurs communiqués individuels. Les données en gras sont les plus élevées.

TABLEAU 25 • Répartition des communiqués individuels des groupes d'intérêt par l'objet de leur revendication en France

	Modification législative	Mise en œuvre et évaluation	Information juridique
Act Up	**34**	**18**	2
ADMEF/URMED/ODSE	**26**	**59**	4
AIDES	4	9	
ALERTE	4		
ARCAT			1
ATD Quart Monde		1	1
CFDT	1		1
CIMADE	1	1	
CISS	1	2	1
CNOM	1	2	
Collectif PASS		4	
COMEDE	6	**44**	**21**
COMEGAS	2		
FNARS	7		1
GISTI	**9**	5	3
LDH	1		
MdM	**11**	**24**	2
Médecins	1		
MG France	1		
Migrants contre le sida	4	3	
MRAP	6	5	
MSF	5	1	
Mutualité française	1		
Plein Droit	6	5	3
SAMU Social	1		
SFLS	1		
SMG	**8**		
SMISP		5	
TRT-5	2	3	
UNIOPSS	2	2	

ACRONYMES : ADMEF : Action pour les droits des malades étrangers en France ; URMED : Urgence malades étrangers en danger ; MG France : Fédération française des médecins généralistes ; SFLS : Société Française de Lutte contre le Sida ; SMISP : Syndicat des Médecins Inspecteurs de Santé Publique.

Les groupes d'intérêt les plus revendicatifs vis-à-vis d'une modification législative sont donc Act Up (34), l'ODSE (26), MdM (11), le GISTI (9) et le SMG (8). Ceux concernés par la mise en œuvre et son évaluation sont l'ODSE (59), le COMEDE (44), MdM (24) et Act Up (18). Enfin, le plus gros pourvoyeur d'informations juridiques est le COMEDE (21). Les acteurs les plus communicatifs sont donc l'ODSE (85 au total), le COMEDE (65), Act Up (52) et MdM (35).

Ces sept associations sont ouvertement en faveur de l'accès aux soins des étrangers tel qu'il le sera montré par la suite. Aucun groupe d'intérêt n'est donc opposé aux instruments en place dans l'échantillon. La sous-section suivante synthétise les revendications relatives aux textes législatifs.

SOUS-SECTION 2. Les revendications relatives aux modifications législatives

Cette section revient sur les principales revendications des groupes d'intérêt depuis les années 1970 et relatives à une modification législative pour l'AME (**1**), la régularisation pour soins (**2**) et les PASS (**3**).

1. Les revendications législatives à l'égard de l'AME

Dès 1974, le GISTI[427] exige l'immatriculation à la Sécurité sociale des travailleurs immigrés dès leur entrée en France. L'association souhaite, en ce sens, supprimer l'article L. 161 du Code de la Sécurité Sociale restreignant les possibilités de remboursement des soins pour les Français et les étrangers. Cet article sollicite également, pour les employeurs d'étrangers, de rembourser les prestations de Sécurité sociale dont ont bénéficié leurs salariés étrangers n'ayant pas passé de visite médicale auprès de l'Office national d'immigration[428] avant la réalisation du risque maladie. En respect de cet article, la Sécurité sociale est donc tenue de vérifier la légalité du contrat de travail de l'étranger pour se faire rembourser auprès de l'employeur. Précédemment, entre 1945[429] et 1967[430], date de création de cet article juridique, l'immatriculation est pratiquement automatique pour le travailleur étranger et sa famille, même en cas d'irrégularité du séjour.

Dans les années 1990, le MRAP[431] et la revue *Plein Droit*[432] dans son éditorial dénoncent la limitation du bénéfice de la Sécurité sociale aux seules personnes en situation régulière.[433] Le COMEDE regrette des cas de refus de soins à l'hôpital envers les étrangers et encourage la fusion entre la Sécurité sociale et l'aide médicale[434]. Le MRAP condamne, de même, l'exigence d'une résidence de trois ans pour le bénéfice de l'aide médicale à domicile[435].

En 1999, les groupes d'intérêt se mobilisent afin d'éviter une division entre AME et CMU. Le plus gros acteur est un « collectif pour une couverture maladie véritablement universelle »[436] composé d'une vingtaine d'organisations et constitué à cet effet. Quatre principales craintes d'une telle séparation concernent le fichage probable des étrangers irréguliers pouvant réduire le nombre des demandes d'attribution[437], la réduction du remboursement des soins aux seules personnes malades excluant ainsi le volet préventif, l'exigence d'une domiciliation difficile à obtenir en pratique et l'obligation alimentaire de la famille pouvant décourager ces demandes d'attribution[438].

Les revendications des années 2000 sont relativement répétitives. L'une des plus importantes en termes de nombre de communiqués et de durée est celle visant à fusionner AME et CMU puis AME et PUMA.[439] Deux autres revendications essentielles relatives à l'AME s'offusquent également du paiement du ticket modérateur et du forfait hospitalier par ses bénéficiaires[440] et condamnent les différentes réductions du panier de soins de cette prestation.[441] En 2010, quelques associations[442] réclament ainsi la publication d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) dissuadant en effet de mettre en place un ticket modérateur pour le bénéfice de l'AME[443]. Les autres communiqués exigent par ailleurs le rétablissement de l'admission immédiate à l'AME et regrettent en ce sens la contrainte liée à une résidence ininterrompue de trois mois. Ils souhaitent également restaurer le caractère déclaratif de la demande et objectent la lourdeur administrative de la procédure. Les groupes d'intérêt invitent pareillement les autorités à délivrer une carte permettant la télétransmission des fiches de soins afin de limiter les refus des professionnels de santé. L'agrément préalable des CPAM (caisses primaires d'assurance-maladie) pour le remboursement des soins coûteux à l'hôpital est de même contesté.[444] Enfin, lors de la création de la PUMA en 2016, les groupes d'intérêt blâment l'augmentation des documents administratifs permettant de bénéficier de l'AME, notamment les « convocations en préfecture » et les « attestations de demande de titre de séjour » car ceux-ci permettaient, au préalable, de jouir de la CMU.[445]

2. Les revendications législatives à l'égard de la régularisation pour soins

En 1994, l'ADMEF[446] fait circuler en juin une pétition[447] réclamant l'inexpulsabilité des étrangers malades, la délivrance d'un titre de séjour avec autorisation de travail (autorisation provisoire de séjour [APS], titre de séjour ou, de préférence, carte de résidence[448]) et l'accès aux soins et aux droits sociaux des étrangers malades. Le collectif exige également la constitution d'un « organe médical indépendant chargé de statuer sur la nature de la pathologie ». Il assoit alors ses propositions sur le rapport du groupe de réflexion sur le sida réuni à la direction générale de la santé en mai 1994[449]. Ce rapport dénonce effectivement des attributions et des renouvellements d'APS inégaux sur le territoire, le temps court de la durée de ces APS, souvent inférieure ou égale à trois mois – empêchant ainsi le bénéfice de l'assurance-maladie[450] – et l'absence répétée d'autorisation de travail associée à ce document. L'ADMEF organise quelques mois après une manifestation de plusieurs centaines[451] de personnes le 20 novembre 1994 à Paris afin de dénoncer les expulsions d'étrangers malades. Ce collectif regrette également les « refus de soins », les « violations du secret médical » et les « signalements aux services de police » de la part des intervenants sanitaires[452]. En 1995, l'argumentaire de l'URMED[453], successeur de l'ADMEF se précise. Lors de sa contribution au rapport de la Commission consultative des droits de l'homme (CNCDH), le MRAP, membre du collectif, expose la situation de vingt-trois étrangers malades suivis entre juin 1994 et septembre 1995 par l'association. Le MRAP insiste alors sur les affections de longue durée telles que le sida ou la tuberculose. Il exige à nouveau l'inexpulsabilité et la régularisation de ces personnes et dénonce la délivrance d'APS inférieures à trois mois et n'autorisant pas à travailler.[454]

Le mouvement s'intensifie en 1996 lors des grèves de la faim dont les plus médiatisées furent celles de deux églises à Paris : Saint-Ambroise et Saint-Bernard-de-la-Chapelle (dite « Saint-Bernard »). Ces grèves, principalement effectuées par des étrangers irréguliers, sont alors soutenues par un mouvement interassociatif et intersyndical exigeant massivement leur régularisation. Le critère de l'état de santé s'institutionnalise alors au sein de ces collectifs qui

dépassent largement le cadre de l'URMED. Par exemple, un « collège des médiateurs », initié par la directrice du théâtre de la Cartoucherie, Ariane MNOUCHKINE et regroupant vingt-six personnalités[455], rédige plusieurs communiqués publics dans lesquels il propose la régularisation des personnes « dont le retour interromprait le traitement médical d'une maladie physique ou mentale grave »[456]. Ce critère est repris mot pour mot en juin par le comité des sans-papiers des Hauts-de-Seine soutenu par une trentaine d'organisations[457], ainsi qu'en août lors d'un appel à manifestation à Marseille signé par une quarantaine d'organisations[458]. Le droit aux soins des étrangers est rappelé en juin par un autre collectif[459] souhaitant abroger la loi Pasqua. Il est à nouveau demandé en septembre au sein d'un communiqué souhaitant la régularisation des « étrangers atteints d'une pathologie exigeant la continuité des soins médicaux » et signé par dix associations[460], dont huit d'entre elles rappelleront ce souhait en novembre[461]. Enfin, une lettre signée par une vingtaine d'organisations[462] est remise au rapporteur de la Commission des Lois, Alain MARSAUD et requiert la régularisation des « malades atteints de pathologies graves » tout en réclamant l'accès « aux soins et à la protection sociale » de ces personnes « conformément à l'article 3 de la convention européenne des droits de l'homme (CEDH) et aux articles 22 et 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme »[463].

L'année suivante, le MRAP applaudit la consécration législative de l'inexpulsabilité des étrangers malades[464] tout en regrettant l'absence d'une régularisation automatique pour cette catégorie de population[465]. Il remet ainsi un document à différents ministères requérant la régularisation des personnes atteintes de « pathologies graves » en respect de l'article 3 de la CEDH[466]. Une revendication similaire, signée par six organisations, est envoyée à différents ministères et au Conseil d'État[467].

En 1999, Migrants contre le sida[468] revendique une carte de dix ans pour les étrangers atteints d'une pathologie grave et déplore la fin de la mobilisation allant en ce sens suite à cette consécration législative.[469]

Les revendications des années 2000 sont, enfin, globalement répétitives. Le critère d'effectivité est sans nul doute celui qui a fait couler le plus d'encre sur cette période.[470] Cette exigence implique de vérifier si, avant son renvoi au pays d'origine, l'intéressé aura effectivement accès à des structures sanitaires de qualité d'un point de vue financier et géographique. L'instauration des commissions médicales régionales pouvant être saisies par le préfet afin de réévaluer les avis des MISP/MARS (médecin inspecteur de santé publique puis médecin de l'agence régionale de santé) est également contestée[471]. Dans cette même logique, les organisations déplorent la rédaction des « circonstances humanitaires exceptionnelles » qui permettent au préfet, selon elles, de se substituer à cette appréciation médicale et encouragent par ailleurs l'étranger à révéler sa situation sanitaire en dépit du secret médical. Les groupes d'intérêt insistent à nouveau sur l'importance d'une autorisation de travail pour les personnes nouvellement régularisées. Ils réprouvent la volonté des autorités de restreindre cette régularisation aux urgences sanitaires ou de la soumettre à des quotas.[472] Dans une moindre mesure, ces acteurs souhaitent remplacer le médecin-chef de la préfecture de police de Paris par un médecin de l'ARS[473] et permettre la rédaction du premier rapport médical par l'ensemble des médecins et non plus seulement les médecins agréés et les praticiens hospitaliers.[474] Différentes revendications entourant la durée du titre de séjour sont exprimées : carte pluriannuelle, carte de résident de dix ans, reconduction automatique du titre quel que soit le motif du séjour, etc.[475] Certains groupes d'intérêt souhaitent également étendre cette procédure aux ressortissants de l'Union européenne.[476] Ils veulent par ailleurs faciliter les recours à l'encontre d'une décision préfectorale négative en dépit d'un rapport médical positif.[477] Enfin, de manière plus récente, ces organisations s'inquiètent du transfert de la procédure de l'ARS, placée sous l'autorité du ministère de la Santé, à l'OFII, placé sous tutelle du ministère de l'Intérieur.[478]

Certaines organisations, dont notamment Act Up, lient ces deux volets que son l'AME et la régularisation pour soins.[479]

3. Les revendications législatives à l'égard des PASS

Enfin, concernant les PASS, des groupes d'intérêt souhaitent contraindre légalement leur plus grande répartition sur le territoire et notamment dans chaque hôpital public.[480] La section suivante traite de la mise en œuvre des textes législatifs.

SOUS-SECTION 3. Les revendications relatives à la mise en œuvre des textes législatifs et à l'évaluation de cette mise en œuvre

Cette section reprend également les principales réclamations des groupes d'intérêt depuis les années 1970 relatives à la mise en œuvre des textes législatifs et à son évaluation. N'est traitée ici que l'application des instruments étudiés. Les autres difficultés citées par les organisations, telles que la barrière linguistique ou la méconnaissance des droits et des structures de la part des étrangers par exemple, ne sont donc pas abordées. Comme pour la section précédente, les revendications concernent l'AME (**1**), la régularisation pour soins (**2**) et les PASS (**3**).

1. Les revendications sur la mise en œuvre de l'AME

Suite au constat de la faible prise en charge publique des étrangers irréguliers malades, la CIMADE, Amnesty International et le Groupe Accueil Solidarité fondent, en 1979, le COMEDE. Celui-ci a alors pour mission d'accompagner de manière sanitaire et sociale ces populations[481]. Dès les années 1980, les organisations regrettent la complexité juridique auquel doit faire face l'étranger malade d'un point de vue administratif et sanitaire[482]. Le GISTI déplore notamment les rares délivrances d'aide médicale par les communes[483]. Une circulaire du 20 novembre 1986 du Bureau d'aide sociale de Paris invitant ses services à n'accorder le bénéfice de l'aide médicale qu'aux étrangers réguliers fait également l'objet de remontrances, au même titre que les nombreux refus d'immatriculation à la Sécurité sociale des travailleurs sans-papiers et de leurs ayant-droits[484]. En revanche, une circulaire du 8 janvier 1988[485] rappelant que la

condition de régularité n'est pas exigée pour l'aide médicale et l'accès en urgence dans les hôpitaux est valorisée[486].

La décennie suivante, les organisations dénoncent à nouveau les pratiques consistant à exiger un titre de séjour pour l'aide médicale hospitalière et l'aide médicale à domicile[487]. Elles regrettent parallèlement les refus de soins à l'hôpital[488], les délations de la part des services sanitaires et les violations du secret médical par les autorités préfectorales[489]. MdM avoue ainsi ne jamais effectuer de demande d'aide médicale de sa propre initiative, c'est-à-dire sans l'accord des étrangers irréguliers, en raison des risques d'expulsion[490]. Le CNOM rappelle, de son côté, les devoirs déontologiques à l'égard des médecins et suggère d'ajuster la formation médicale à la prise en charge des populations précaires[491]. La complexité des démarches administratives pour l'AME est à nouveau pointée du doigt[492].

En 2002, l'ODSE dénonce la distinction entre l'AME « soins de ville », soumise à une condition de résidence de trois ans, et l'AME « hospitalière » sans condition d'ancienneté, mais ayant un taux de remboursement moindre que l'AME « soins de ville ». En ce sens, l'organisation réclame la généralisation par la CNAM de l'AME « soins de ville » en omettant sa condition d'ancienneté, suivant ainsi les exemples des CPAM de Paris et de Seine-Saint-Denis.[493] Avant l'exigence d'une résidence de trois mois ininterrompus pour ces deux AME, les associations font également état des difficultés à obtenir une admission immédiate à l'AME « hospitalière ».[494]

L'une des principales revendications suite à l'instauration des trois mois relève des refus de soins de la part des médecins et des pharmaciens ainsi que de la non-généralisation du tiers payant aux patients bénéficiant de l'AME[495]. Les organisations s'étonnent ainsi que ce tiers payant ne soit même pas pratiqué par l'ensemble des médecins agréés et des praticiens hospitaliers compétents pour rédiger un certificat médical dans le cadre de la régularisation pour raison médicale[496]. L'absence de guichets uniques dans certaines CPAM est également pointée du doigt, notamment lorsque les guichets « AME » sont éloignés géographiquement des guichets principaux.[497] De même, les refus de

domiciliation[498] et les refus de prendre en compte certaines domiciliations de la part des CPAM[499] sont mis en avant en raison des conséquences sanitaires qu'entraînent les retards et les abandons de soins.[500] Les groupes d'intérêt condamnent en ce sens l'hétérogénéité et la pléthore des documents requis par les CPAM, souvent non prévus par la loi et difficiles à obtenir. Sont ainsi signalés un certificat affirmant que la personne n'est pas venue en France pour se soigner[501], une attestation préfectorale de séjour irrégulier[502] et un passeport original.[503]

Les groupes d'intérêt regrettent également les retards de paiement de l'Etat envers la CNAM[504] et de la CNAM envers les pharmaciens et les médecins.[505] Ils contestent par ailleurs les refus d'AME aux ressortissants européens.[506] De même, les refus d'enregistrement des dossiers, les pertes des dossiers et les temps d'obtention des rendez-vous en CPAM nécessitent d'être accompagné. Les organisations s'élèvent aussi contre les admissions à l'AME pour des durées inférieures à un an. Elles regrettent la non-affiliation des personnes pouvant pourtant y prétendre ainsi que la baisse ponctuelle du nombre des bénéficiaires. Elles s'opposent vivement à des dénonciations par les CPAM auprès des préfectures lors des demandes d'AME.[507] Dans une moindre mesure, elles souhaitent que les bénéficiaires de l'AME puissent participer aux recherches cliniques afin de mieux comprendre les conséquences qu'a sur elles un accès tardif aux soins.[508] Elles dénoncent, de même, les arguments déployés au Parlement sur la fraude, les trafics médicamenteux et l'appel d'air engendrés par cette prestation[509].

Enfin, en termes de textes infralégislatifs, un projet de circulaire[510] est combattu car il interdit l'enregistrement des demandes d'AME à l'hôpital, il précise que l'admission immédiate doit avoir un caractère exceptionnel et il définit largement les ressources du demandeur en évaluant les revenus perçus à l'étranger ou le montant d'un hébergement gratuit par exemple. De même, une lettre-réseau de la CNAM[511] est contestée car elle affirme que les déclarations sur l'honneur ne sont plus recevables.[512] Des notes internes à quelques CPAM visant à ne pas traiter les demandes d'AME déposées après une certaine date sont également

fortement controversées.[513] Un projet de circulaire visant à créer un fichier national des demandes d'AME et des décisions prises est enfin freiné.[514]

La plupart des communiqués mélangent ces revendications.[515]

2. Les revendications sur la mise en œuvre de la régularisation pour soins

Dès les années 1980, le GISTI condamne les APS délivrées pour raison de santé pour trois raisons : elles sont discrétionnaires, facilitent l'expulsion en raison de leur courte durée et ne permettent pas de travailler[516]. La décennie suivante, les organisations regrettent les expulsions d'étrangers malades sans pour autant exiger l'instauration d'un titre de séjour.[517] Les APS sont à nouveau contestées car elles sont inégalement attribuées sur le territoire, le sont uniquement en cas de danger immédiat pour les malades, excluant de facto les séropositifs, n'autorisent pas à travailler et ne permettent pas de quitter le territoire[518]. Act Up déplore ainsi ces expulsions ainsi que la multiplication des APS en dépit des réformes législatives prévoyant, désormais, la délivrance d'un titre de séjour d'un an[519].

Dans les années 2000, la volonté la plus ferme est assurément l'arrêt des expulsions d'étrangers malades notamment séropositifs.[520] Les groupes d'intérêt s'inquiètent, en ce sens, d'une circulaire de 2006[521] précisant les espaces possibles d'interpellation des étrangers irréguliers à l'hôpital par la police[522]. Ils se réjouissent, à cette occasion, de deux décisions du Conseil d'État[523] rétablissant le critère d'effectivité et rendant caduques les « fiches pays » tendant à ignorer la situation personnelle de l'étranger. [524]. Trois autres contestations sont importantes. D'une part, ces organisations regrettent les trop nombreuses délivrances d'APS qui, de surcroît, n'autorisent généralement pas à travailler.[525] D'autre part, elles constatent une diminution des taux d'accord des cartes de séjour en raison d'un nombre grandissant des refus des MISP/MARS soumis aux pressions ministérielles et aux « fiches-pays ».[526] Enfin, elles condamnent l'irrespect des décisions positives des MISP/MARS par les préfectures.[527]

Les autres revendications regrettent notamment la complexité administrative de cette procédure, les dépassements d'honoraires exigés pour la rédaction d'un avis médical, les conditions d'accueil en préfecture (plusieurs heures d'attente, absence de toilettes et absence de confidentialité médicale)[528], les refus d'enregistrement des dossiers en préfecture, la non-délivrance des récépissés suite au dépôt des dossiers, les refus de prise en compte de certaines domiciliations, l'exigence de pièces supplémentaires non prévues par la loi, le paiement de la taxe de chancellerie[529] et l'irrespect des délais d'instruction voire les refus d'instruction des dossiers.

Trois irrégularités sont également pointées du doigt. Des confiscations de passeport par des préfectures sont ainsi recensées[530]. De même, des quotas préfectoraux sont dénoncés car ils limitent le nombre des dossiers enregistrés par jour ou restreignent les jours de la semaine où ces dossiers peuvent être enregistrés. Enfin, certains avis des MISP sont injustement mis en cause dans une affaire d'« aide au séjour irrégulier en bande organisée »[531].

Concernant le principe du contradictoire, les groupes d'intérêt regrettent la non-délivrance de l'avis des MISP/MARS ainsi que la non-notification des refus de délivrance des titres de séjour. Ils déplorent également l'hétérogénéité des taux de réponse sur le territoire ainsi que l'impossibilité d'obtenir un titre de séjour dans le cadre d'une hépatite B chronique.[532] Globalement, les organisations constatent une frustration généralisée des praticiens militants qui, paradoxalement, se félicitent d'un état de santé dégradé des étrangers.[533]

Les groupes d'intérêt proposent ainsi l'obligation d'enjoindre un avis médical à une mesure d'expulsion[534] et d'étendre ces titres aux Européens de manière réglementaire.[535] Plus récemment, les communiqués proposent de soumettre les avis médicaux des médecins de l'OFII au contrôle du ministère de la Santé.[536] De nombreux communiqués fusionnent quelques-unes de ces volontés.[537]

Enfin, concernant les textes infralégislatifs, les groupes d'intérêt contestent une circulaire[538] demandant aux préfectures de régulariser l'ensemble des séropositifs ressortissants d'un pays en développement. Les organisations

regrettent en effet que cette circulaire mette à mal le secret médical sans préciser les modalités d'application de la loi[539] rédigée pourtant la veille[540]. Une autre circulaire[541] est controversée car elle restreint l'application de cette régularisation à une liste limitative des maladies graves et des pays dépourvus d'infrastructures sanitaires.[542] Un texte similaire[543] est fortement décrié en raison des quotas qu'il établit pour des reconduites à la frontière[544]. Un projet de circulaire, révélé par *Les Échos*[545], vise également à supprimer le critère d'effectivité[546]. Enfin, une instruction[547] tente de restreindre l'interprétation du « risque de conséquences d'une exceptionnelle gravité » à court ou moyen terme, excluant par là même les maladies chroniques[548].

3. Les revendications sur la mise en œuvre des PASS

Au sujet des PASS, certains communiqués soulignent leurs bienfaits.[549] La plupart regrettent cependant leur manque de moyens financiers aboutissant à une triple hétérogénéité en termes de fonctionnement, de répartition géographique et de niveaux de financement.[550] Ces insuffisances financières induisent aussi, parfois, un tri des patients[551] et des refus de soins.[552]

Certaines des revendications propres à ces trois instruments sont parfois traitées dans un seul et même communiqué.[553]

Les groupes d'intérêt étasuniens diffèrent de leurs homologues français. En ce sens, si la participation à l'écriture des lois les intéresse peu d'après les communiqués, l'évaluation de la mise en œuvre de ces lois ainsi que la rédaction des textes infralégislatifs les concernent davantage.

SECTION 2. AUX ÉTATS-UNIS : LES *CHC*, LES *FQHC*, *340B* ET *DSH*

Comme pour le cas français, un panorama global des communiqués est donné (**sous-section 1**) préalablement aux revendications législatives (**sous-section 2**) et aux revendications relatives à la mise en œuvre des textes législatifs (**sous-section 3**).

SOUS-SECTION 1. Panorama des communiqués aux États-Unis

La présence, ou non, d'occurrences se rapporte à une grappe entière. Par exemple, l'absence d'occurrence pour la grappe « *340B*, *FQHC*, *DSH* » implique qu'aucun des trois instruments n'est présent dans un fichier. Seuls les communiqués « inutilisés » sont comparés à l'ensemble des instruments (*340B*, *FQHC*, *DSH*, *EMTALA*, *Emergency Medicaid*, *Ryan White* et *régularisation*).

Une nouveauté met en avant l'existence de soixante-seize communiqués discutant de l'intérêt d'étendre, ou non, le bénéfice des couvertures de santé publiques ou privées aux étrangers irréguliers. Ce débat est cependant insuffisant pour être traité sur le fond. La répartition des communiqués est donnée ci-dessous.

TABLEAU 26 • Répartition des communiqués des groupes d'intérêt étasuniens par grappe

Communiqués	340B, FQHC, DSH		EMTALA, Emergency Medicaid		Ryan White		Régularisation massive		Inutilisés		Couverture de santé
	Avec occurrence	Sans occurrence	Avec occurrence	Sans occurrence	Avec occurrence	Sans occurrence	Avec occurrence	Sans occurrence	Avec au moins l'une des occurrences	Sans aucune des occurrences	
Individuels	388	8	29	6	47	3	117	52	40	85	74
Collectifs	13	0	4	2	0	0	1	1	6	3	2

NOTE : Les occurrences se réfèrent aux instruments correspondants. Seule la catégorie « Inutilisés » regroupe l'ensemble des occurrences (340B, FQHC, DSH, EMTALA, Emergency Medicaid, Ryan White et régularisation).

Comme pour le cas français, ces communiqués ont été répartis selon leur objet pour les quatre grappes les plus conséquentes. Les revendications législatives concernent des amendements, des propositions de loi[554] et certains textes en vigueur. La mise en œuvre et l'évaluation de cette mise en œuvre s'intéressent à l'application des textes législatifs ainsi qu'aux « commentaires publics » (*public comment*) proposés par les groupes d'intérêts aux agences fédérales. En effet, les agences fédérales en charge d'appliquer ces textes législatifs ont pour obligation, lorsque le Congrès l'exige, de recueillir l'opinion des organisations privées lors de la rédaction des régulations (*regulations*). Ces « régulations », à mi-chemin entre les règlements et les circulaires français, sont volontairement placées dans la catégorie « mise en œuvre et évaluation » afin de mieux les démarquer des revendications législatives. Enfin, l'information juridique concerne les renseignements sur les textes en vigueur. La répartition entre ces trois objets est précisée ci-dessous pour la grappe relative au *340B*, aux *CHC*/*FQHC* et au *DSH*.

TABLEAU 27 • Nombre de communiqués des groupes d'intérêt selon leur objet aux États-Unis

	CHC, 340B, FQHC, DSH		
	Modification législative	**Mise en œuvre et évaluation**	**Information juridique**
Individuels	59	329	6
Collectifs	8	7	0

Trois constats peuvent être faits. Premièrement, la présence d'occurrences confirme à nouveau l'existence de positionnements et donc d'une grappe. En effet, 89,4 % (81 % en France) des communiqués individuels et 85,7 % (89,7 % en France) des communiqués collectifs au sein des quatre grappes ont au minimum l'une de ces occurrences. Inversement, 65,7 % (67,5 % en France) des communiqués inutilisés ne possèdent aucune de ces occurrences.

Deuxièmement, les groupes d'intérêt sont largement intéressés par la mise en œuvre de la législation plutôt que par sa rédaction. Ce résultat s'explique avant tout par une grande proportion des commentaires publics.

Enfin, l'information juridique intéresse très peu les groupes d'intérêt étasuniens comparé à leurs homologues français.

Les groupes d'intérêt intéressés par ce débat sont listés ci-dessous concernant les communiqués individuels pour cette même grappe.

TABLEAU 28 • Répartition des communiqués des groupes d'intérêt selon leur objet aux États-Unis

	Modification législative	Mise en œuvre et évaluation	Information juridique
340B Health	**43**	**213**	**3**
340B Coalition		6	
AAMC		7	
AEH	2	2	
AHA	3	**18**	
AIR 340B	1	7	
ASHP		1	
Avalere		1	
Besler Consulting		1	
BIO		4	
BRG		5	
CAP		1	
Carolinas Health System		1	
CHA	6	4	
Chamber of Commerce		1	
Commonwealth fund		9	
Duke University		1	
HHCAWG		1	
KFF		1	1
Medical Industry Leadership Institute		1	
NACHC	1	**14**	1
NAFC	1	1	1
NAMD		4	
NAPH	1	2	
NCSL		4	
NGA	1		
NHCHC		3	
NHeLP		2	
Pacific Research Institute		1	
PhRMA		1	
Providence Health & Services		1	
RAND Corporation		1	
Saint Thomas Hospital		1	
Temple University		1	
Trinity Health		1	
UNC Health Care		1	
Urban Institute		5	
ZS		1	

Le débat est donc très largement dominé par *340B Health* (259 communiqués) et, dans une moindre mesure, par *AHA* (21) et *NACHC* (16).

SOUS-SECTION 2. Les revendications législatives pour les *CHC*, les *FQHC*, *340B* et *DSH*

Les communiqués concernent les *CHC* et les *FQHC* (**1**), *DSH* (**2**) et *340B* (**3**).

1. Les revendications législatives à l'égard des *CHC* et des *FQHC*

Dans les années 1990, *CHA* évalue la rédaction législative des *FQHC* créés quatre ans plus tôt[555]. Malgré les bonnes intentions du programme à l'égard des plus vulnérables, le communiqué regrette la complexité de ses critères et les contorsions juridiques qui seront nécessaires pour en bénéficier[556]. *NACHC* défend parallèlement l'extension du programme à d'autres entités[557].

La décennie suivante, *CHA* se félicite d'un amendement étendant la définition des *FQHC look-alikes*[558] et *NAFC* souhaite étendre le bénéfice des subventions des *FQHC* aux *free clinics*[559].

En dépit d'un nombre d'occurrences relativement élevé (troisième position après *340B* et *DSH*), les *CHC*/*FQHC* font donc l'objet de très peu de revendications par les groupes d'intérêt.

2. Les revendications législatives à l'égard de *DSH*

Le programme « *DSH* » fait également l'objet de peu de requêtes. Utilisé pour compenser les impayés des hôpitaux au niveau fédéral (*Medicare DSH*) et au niveau des États (*Medicaid DSH*)[560], un collectif d'hôpitaux invite les parlementaires[561], en 2003, à raugmenter le budget de *Medicaid DSH* suite aux coupes budgétaires de l'année précédente[562]. Les groupes d'intérêt se mobilisent les années suivantes pour mettre en avant les méfaits qu'engendrerait une baisse du budget global de *DSH*[563] notamment dans les États n'ayant pas étendu *Medicaid* suite à la réforme de l'*Affordable Care Act* qui vise, justement, à progressivement faire disparaître ces fonds en raison de l'extension de *Medicaid*[564].

3. Les revendications législatives à l'égard de *340B*

Tel que suggéré par les occurrences, *340B* est bien le principal centre d'intérêt des institutions en raison, notamment, d'une surreprésentation de l'association *340B Health*[565]. La revendication fondamentale des groupes d'intérêt concerne leur volonté d'élargir ce programme à d'autres entités bénéficiaires et à de nouveaux traitements, dont les traitements ambulatoires, tout en accroissant, parallèlement, le taux de réduction des prix pharmaceutiques. Corollairement, la réduction de *340B* sur ces trois pans est fortement décriée.[566] Dès 2009, ces organisations font également part de leur inquiétude à l'égard du lobbying exercé par les compagnies pharmaceutiques sur les parlementaires.[567] Elles regrettent également le manque de transparence et de contrôle législatif et juridique[568] sur la détermination de ce taux de réduction[569] et souhaitent faciliter les procédures contractuelles entre firmes pharmaceutiques et entités bénéficiaires[570]. Parallèlement, l'association *340B Health* rend hommage aux principaux défenseurs du programme que sont les sénateurs Ted KENNEDY et Tom HARKIN et les représentants Jo Ann EMERSON et Henry WAXMAN.[571]

Du côté des opposants, les firmes pharmaceutiques déploient de manière plus récente leur argumentaire. Selon elles, les hôpitaux, représentant environ 80 % des dépenses du programme, ne démontrent pas qu'ils dirigent en pratique leurs financements *340B* vers les plus pauvres et les personnes dépourvues de couverture maladie. Pourtant, les autres entités bénéficiaires, telles que les *FQHC* et les cliniques *Ryan White*, semblent répondre à cet impératif. Il est donc essentiel, d'après ces firmes, d'augmenter les audits dans les hôpitaux et de mieux clarifier la notion de « patient » bénéficiaire[572].

Contrairement au cas français où de nombreux communiqués présentaient leurs revendications sur plusieurs instruments à la fois, seuls deux communiqués issus d'une seule organisation catholique – *CHA* – visent à accroître simultanément les recettes de *DSH* et de *340B* ainsi que les catégories d'entités bénéficiaires.[573]

340B Health accorde donc peu d'intérêt aux *CHC*/*FQHC* et à *DSH*. Inversement, les organisations s'intéressant à ces trois derniers programmes se penchent peu

sur les problématiques de *340B*. En ce sens, si les revendications législatives sont moins développées qu'en France, elles sont également moins harmonisées – chacun des groupes d'intérêt défendant essentiellement son pré carré. Cette « territorialisation » des revendications renvoie au moindre degré de publicisation du sujet aux États-Unis : comment, autrement, justifier d'empiéter sur la plate-bande de l'autre ?

Par ailleurs, les groupes d'intérêt étasuniens sont surtout intéressés par la rédaction des textes infralégislatifs ainsi que par l'évaluation de leur mise en œuvre.

SOUS-SECTION 3. Textes infralégislatifs et mise en œuvre pour les *CHC*, les *FQHC*, *340B* et *DSH*

Les communiqués sont relatifs aux *CHC* et aux *FQHC* (**1**), à *DSH* (**2**) et à *340B* (**3**).

1. Les revendications sur la mise en œuvre des *CHC* et des *FQHC*

Dans les années 2000, *NACHC* rappelle l'intérêt de financer de tels programmes de par les soins qu'ils donnent à une population vulnérable, c'est-à-dire pauvre ou dépourvue d'assurance-maladie.[574] Les communiqués mettent également l'accent sur la bonne qualité des soins dispensés dans ces centres ainsi que sur leurs effets bénéfiques en termes de santé publique et de dépenses publiques[575], notamment en vidant les urgences hospitalières.[576] On leur reconnaît également une capacité à stimuler l'économie des zones où ils s'implantent.[577] Une étude montre également que leurs patients sont globalement satisfaits en dépit de longs temps d'attente et de nombreuses rotations du personnel tendant à dépersonnaliser les soins[578]. D'autres publications reconnaissent, cependant, qu'ils peinent à offrir des soins de santé spécialisés[579] et proposent de reformuler les critères des *FQHC* afin de les tourner vers un modèle orienté vers le patient[580] et moins gourmand en *Medicaid*.[581] D'autres écrits souhaitent, enfin, renforcer les liens entre les *FQHC,* les centres de santé privés et les hôpitaux.[582]

2. Les revendications sur la mise en œuvre de *DSH*

Les années 1990 sont l'occasion, pour le gouvernement fédéral, d'accuser les États d'abuser de *DSH* sur sa partie *Medicaid*. Plus précisément, les États augmenteraient artificiellement leurs besoins en remboursements « *Medicaid DSH* » afin de réduire leurs propres dépenses « *Medicaid* » – ces dernières, imputées aux États fédérés, étant effectivement en ralentissement sur l'ensemble du pays[583]. En effet, *Medicaid DSH* est financé aux échelons fédéraux et étatiques de manière relativement équivalente. Or, le calcul du montant fédéral dépend de celui de l'État fédéré. Ainsi, les États peuvent gonfler le niveau de leurs dépenses par un système de vases communicants, en augmentant les taxes d'un côté puis en les redistribuant de l'autre. Ces redistributions permettent ainsi d'augmenter officiellement le montant des dépenses de l'État. Le surplus ainsi obtenu permet à l'État d'investir dans les soins primaires et, de là, de diminuer les soins urgents et coûteux remboursés par *Medicaid*. Il permet également d'augmenter le remboursement des impayés aux hôpitaux[584]. Pour se défendre, ces États préviennent que ce programme est vital pour la survie de leurs hôpitaux et la santé des plus vulnérables. Reprenant l'argumentaire des États fédérés, l'*Urban Institute*[585] et le *Commonwealth Fund*[586] mesurent le déclin financier du programme suite au *Balanced Budget Act*[587] et insistent sur les conséquences négatives d'une telle baisse à l'encontre des hôpitaux et des populations les plus nécessiteuses.

Concernant *Medicaid DSH* à nouveau, les communiqués soulignent à nouveau, dans les années 2000, les bienfaits du programme pour les personnes vulnérables[588] ainsi qu'en termes de santé publique.[589] Ils s'opposent, en ce sens, à ses restrictions budgétaires et au resserrement de la définition des soins pouvant être remboursés[590], notamment dans les États n'ayant pas encore étendu *Medicaid* suite à la réforme de l'*Affordable Care Act*.[591] Certains souhaitent, en ce sens, mettre fin aux multiples évaluations du programme[592] et proposent quelques stratégies afin de limiter les effets des restrictions budgétaires à venir.[593]

3. Les revendications sur la mise en œuvre de *340B*

Néanmoins, les projecteurs sont surtout, et de nouveau, tournés vers *340B* qui a cette fois la particularité d'aiguiser l'intérêt d'un plus grand nombre d'organisations à la fois favorables et hostiles à son encontre.

Selon les organisations favorables à *340B*, un tel programme doit être préservé car il parvient, lui aussi, à améliorer l'état de santé des plus vulnérables[594] essentiellement présents dans les hôpitaux *DSH*.[595] Il est également utile en termes de santé et de dépenses publiques.[596] Ces organisations témoignent ainsi de leur inquiétude face aux attaques de « Big Pharma » cherchant à le restreindre.[597] Elles considèrent ainsi que *340B* n'est rien face au sous-financement des hôpitaux par *Medicaid* et qu'il ne représente qu'une faible part du marché pharmaceutique du pays[598].

Cette coalition « favorable » défend ainsi, de manière réglementaire, un allongement de la liste des traitements et des entités couvertes par ce programme et s'oppose, corollairement, aux volontés visant à restreindre cet inventaire.[599]

Une autre revendication essentielle touche aux surfacturations effectuées par des compagnies pharmaceutiques soumises pourtant, contractuellement, à ce dispositif.[600] En dépit des multiples délations effectuées par ces organisations, celles-ci dénoncent l'inaction des autorités publiques.[601] Les entités bénéficiaires – composées très majoritairement d'hôpitaux *DSH* – souhaitent ainsi instaurer un triple contrôle : transparence des négociations lors de la fixation des prix, audits pour l'application de ces prix et processus de résolution des conflits équitable.[602] Sur ce premier point, le calcul du rabais appliqué aux médicaments est effectivement la propriété exclusive des firmes pharmaceutiques et souffre d'opacité[603]. Les entités bénéficiaires exigent notamment une publication des prix soumis à *340B*[604] ainsi que des garde-fous minimisant le pouvoir de négociation de ces géants pharmaceutiques.[605] Concernant le deuxième point, les entités bénéficiaires dénoncent vivement l'existence d'environ deux cent cinquante audits publics réalisés sur elles entre 1992 et 2015 et n'entraînant, finalement,

aucun retrait du programme. À l'inverse, sur la même période, les entreprises pharmaceutiques n'ont fait l'objet que d'un seul audit[606]. Ces entités regrettent également la possibilité donnée aux entreprises pharmaceutiques d'exercer sur ces entités leur propre audit alors que l'inverse est impossible[607]. Enfin, sur ce troisième point, ces entités condamnent fermement un arrêt de la Cour Suprême[608] leur interdisant d'attaquer en justice ces compagnies pharmaceutiques en cas de surfacturation. Ces entités sont ainsi soumises à la voie administrative[609] considérée comme étant inefficace.[610]

Un autre enjeu s'adresse à la définition du « patient » pouvant bénéficier des traitements bon marché. En ce sens, si les entités bénéficiaires ont longtemps défendu une définition du patient qui soit suffisamment large et précise[611], les attaques récentes des compagnies pharmaceutiques vis-à-vis de cette définition les contraignent désormais à détourner le débat. Selon elles, les premiers rédacteurs de *340B* ont ainsi toujours souhaité diriger ce dispositif sur des structures sanitaires et non sur des patients.[612]

D'autres revendications contestent une résolution visant à soumettre le programme à un processus d'autorisation annuelle, à supprimer l'inscription automatique à ce programme des entreprises pharmaceutiques souhaitant assujettir leurs traitements à *Medicaid* et, enfin, à éliminer les pénalités encourues par ces mêmes firmes souhaitant se retirer de *340B*[613]. Elles invitent également les autorités publiques à alléger les lourdeurs administratives de ce dispositif.[614]

Les groupes d'intérêt regrettent par ailleurs les refus de souscription au programme des compagnies pharmaceutiques[615]. Ils accusent parallèlement ces firmes de gonfler artificiellement le prix des médicaments princeps au vu de la baisse des prix des génériques.[616] Ils encouragent également les potentielles entités bénéficiaires à participer au programme.[617] Sur ce point, plus précisément, les entités bénéficiaires font état de violations de l'*Anti-Kickback Statute*[618]. Cette sanction pénale interdit les pots-de-vin (*kickback*) versés par des entreprises pharmaceutiques à des organismes potentiellement bénéficiaires

de *340B*. L'objectif est ainsi d'éviter que ces organismes ne souscrivent à ce programme[619].

Un conflit d'intérêts est également soulevé entre des publications scientifiques et ces entreprises pharmaceutiques. Ces articles affirment les trois postulats suivants. D'une part, *340B* augmente le prix des médicaments au sein des structures de soins non soumises au programme en raison des distorsions qu'il créé sur le marché. D'autre part, il bénéficie essentiellement aux hôpitaux et non aux populations les plus vulnérables. Enfin, son augmentation est inquiétante au vu de la diminution du nombre des personnes dépourvues d'assurance-maladie.[620]

Une particularité vis-à-vis du cas français concerne, enfin, les critiques adressées au programme par cette coalition pourtant « favorable ». Les groupes d'intérêt souhaitent ainsi retirer certaines entités de *340B* en raison de la mauvaise utilisation qu'elles font du dispositif, telles que des reventes illégales des médicaments sur le marché.[621] Ils soulèvent également la possibilité que ce programme soit à l'origine des difficultés d'approvisionnement en traitements sur l'ensemble du marché.[622] Cette coalition est également divisée sur les moyens mis en place pour lutter contre les doubles rabais irréguliers auxquels doivent parfois se soustraire les compagnies pharmaceutiques auprès des entités bénéficiaires (premier rabais) puis des États fédérés (second rabais).[623] Enfin, si une attention importante est portée à l'application du programme dans les États[624], les organisations mettent en avant un relatif gaspillage de *340B* par ces entités fédérées qui peinent à optimiser l'utilisation du dispositif. [625]

La coalition hostile à *340B* est, pour sa part, plus restreinte. Elle se compose essentiellement et logiquement de compagnies pharmaceutiques. La plupart des arguments exposés par ces groupes d'intérêt ont été abordés dans le cadre des publications soupçonnées de conflit d'intérêts : accumulation des profits par les hôpitaux au détriment des populations vulnérables[626], augmentation des prix des médicaments dans les structures non couvertes par *340B* en raison d'une concurrence déloyale[627] et accroissement démesuré du programme dans des zones où réside une faible part d'habitants dépourvus d'assurance-maladie.[628] Le

sénateur Charles GRASSLEY regrette vivement ces trois constats.[629] Les organisations s'inquiètent également de la qualité des soins car, selon elles, les entités bénéficiaires semblent sélectionner leurs traitements pour obtenir une maximisation des profits découlant de *340B*. Elles regrettent également l'hétérogénéité d'application du dispositif sur le territoire obligeant parfois les compagnies à se soumettre à un double rabais irrégulier.[630] Cette coalition propose ainsi d'aligner les critères de *340B* sur ceux de *DSH* afin de cibler essentiellement les populations les plus vulnérables.[631] Elle suggère également de ne pas étendre le bénéfice de *340B* aux soins non ambulatoires (*inpatient*) afin de limiter l'accumulation des profits hospitaliers.[632] Les firmes pharmaceutiques tentent par ailleurs d'amoindrir les pénalités encourues en cas de surfacturation[633] et en appellent à la « confiance » des entités bénéficiaires en raison de la « bonne foi » de ces firmes vis-à-vis des prix qu'elles assignent aux médicaments. Un contrôle administratif excessif vis-à-vis de ces prix semble donc inopportun[634].

Si quelques rapprochements sont effectués entre *DSH* et *340B* car *340B* bénéficie en grande majorité aux hôpitaux « *DSH* », en réalité peu de communiqués fusionnent leurs revendications sur plusieurs instruments simultanément. Seules deux publications mettent ainsi l'accent sur les bienfaits de *DSH* et des *FQHC*[635], notamment pour les étrangers[636] et un seul écrit reconnaît les bienfaits de *340B* pour les *FQHC*.[637]

À la différence du cas français, peu de communiqués portent ainsi sur différents instruments à la fois. De même, peu de revendications agrègent un grand nombre de requêtes contrairement aux groupes d'intérêt français qui utilisent volontiers des « paquets » d'exigences relativement similaires et répétitifs annuellement.

SECTION 3. CONCLUSION DU CHAPITRE : UNE OPPOSITION DES GROUPES D'INTÉRÊT AUX ÉTATS-UNIS SEULEMENT

Le répertoire d'action collective[638] des groupes d'intérêt montre un niveau d'expertise vis-à-vis des niveaux législatifs et infralégislatifs ainsi qu'au sujet de l'application de ces textes. Cette expertise suppose « deux temps de l'action contestataire » selon Lilian MATHIEU (2004) : « la maîtrise de compétences spéciales, à même de diagnostiquer ce qui 'ne va pas' » et « des voies de réparation ou de réforme »[639]. La notion d'expertise est donc ici employée au sens large : elle est un savoir instrumental réutilisé, ou non, par les sphères décisionnaires (pouvoirs administratif et législatif ici). Cette large définition rejoint ainsi celle de Peter HAAS (1992) concernant les communautés épistémiques : "*An epistemic community is a network of professionals with recognized expertise and competence in a particular domain and an authoritative claim to policy-relevant knowledge within that domain or issue-area*".[640]

Dans les deux pays, ces niveaux d'expertise tombent sur un nombre restreint d'acteurs (ODSE, COMEDE, Act Up et MdM en France, *340B Health* aux États-Unis), confirmant par là même l'important coût d'entrée, tant du point de vue des connaissances juridiques que des moyens nécessaires pour évaluer les instruments en place.

Dans les deux pays également, les groupes d'intérêt ne semblent pas seulement verrouiller les instruments en vigueur. Ils sont également une force de proposition permettant d'aboutir à la régularisation pour soins à la fin des années 1990 en France ainsi qu'à l'augmentation des types d'entités bénéficiaires de *340B* dans les années 2000 aux États-Unis.

Ces pays se différencient cependant sur deux points. D'une part, seuls les groupes d'intérêt français établissent un pont entre les différents instruments – confirmant ainsi le fort degré de politisation du sujet en comparaison au cas étasunien. Ce phénomène confirme l'impact des pensées « universelle » et « catégorielle » sur les revendications des groupes d'intérêt.

D’autre part, les groupes d’intérêt étasuniens sont confrontés depuis peu à une forte opposition des firmes pharmaceutiques. Concernant le prix des médicaments, une telle opposition ne peut exister en France où le prix des médicaments est fixé publiquement s’ils sont remboursés par une couverture maladie. L’existence d’une opposition spécifiquement étasunienne est valable pour le chapitre suivant : il n’existe pas de groupes d’intérêt français refusant la régularisation des étrangers sans-papiers.

CHAPITRE 3. LES GROUPES D'INTÉRÊT FACE À LA RÉGULARISATION

Ce troisième chapitre démontre, également, que l'opposition des groupes d'intérêt à la régularisation des étrangers n'existe qu'aux États-Unis – les groupes d'intérêt français étant unanimement en sa faveur. L'analyse discursive révèle ainsi un niveau de tolérance à l'égard de l'infraction propre à chacun des pays : s'il est fort en France, il reste très limité aux États-Unis.

Le vocable utilisé pour désigner les étrangers en situation irrégulière montre, par exemple, un rapport différencié à l'égard de l'infraction. En France, si le « sans-papiers » est davantage présenté comme étant une victime de sa situation administrative, le « clandestin » est plus volontiers responsable de cette situation. En revanche, aborder la question de l'étranger en « situation irrégulière » tend à neutraliser le regard de l'analyste[641]. Trois équivalents se retrouvent aux États-Unis avec les notions d'« *undocumented* » (équivalent de sans-papiers), d'« *illegal* » (clandestin) et d'« *unauthorized* » (situation irrégulière)[642]. Les entretiens confirment une telle utilisation lexicale en France[643].

Ces trois expressions étasuniennes peuvent être complétées par le nom désignant la régularisation des étrangers en anglais. En ce sens, le terme « *amnesty* » est souvent péjoratif contrairement à la notion de « *legalization* » qui est employée de manière plus positive ou neutre[644].

Un bref panorama des sources écrites sur ces huit notions permettra tout d'abord de mieux situer les communiqués des groupes d'intérêt (**section 1**). Le combat de ces groupes d'intérêt sur la régularisation massive des étrangers en France (**section 2**) et aux États-Unis (**section 3**) mesurera, plus en détail, ces différences nationales. Une conclusion parachèvera enfin ce chapitre (**section 4**) et cette partie (**section 5**).

SECTION 1. UN RAPPORT DIFFÉRENCIÉ À L'INFRACTION

Ce panorama est effectué pour l'ensemble des sources écrites (**sous-section 1**) ainsi que pour les groupes d'intérêt (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. Vocable utilisé dans l'ensemble des sources écrites

Le vocable utilisé dans l'ensemble des sources écrites diffère dans chacun des pays. En ce sens, si la notion de « sans-papiers » domine dans deux des quatre types de sources en France, celle d'« *illegal* » l'est dans trois des quatre catégories de sources. Ce contraste témoigne d'un rapport à l'étranger irrégulier et, de là, à l'infraction plus tolérant en France qu'aux États-Unis. Ces résultats sont présentés ci-dessous. Les nombres en gras sont les plus importants.

TABLEAU 29 • Documents français dans lesquels sont présents les trois vocables migratoires

Vocable français	Administration	Législatif	Groupes d'intérêts	Articles de presse
Clandestins	29	**627**	91	1277
Sans-papiers	37	254	**286**	**3759**
Situation irrégulière	**80**	532	221	1797

NOTE : les mots-clés utilisés sont ceux du TABLEAU 5.

TABLEAU 30 • Documents étasuniens dans lesquels sont présents les trois vocables migratoires nuancés par deux vocables propres à la régularisation

Vocable étasunien	Administration	Législatif	Groupes d'intérêts	Articles de presse
Illegal	**29**	**1700**	207	**7794**
Unauthorized	11	721	256	512
Undocumented	28	440	**273**	4132
Amnesty	13	260	80	5774
Legalization	14	567	117	2992
Illegal / (Illegal+Undocumented)	0,51	0,79	0,43	0,65
Amnesty / (Amnesty+Legalization)	0,48	0,31	0,41	0,66

NOTE : les mots-clés utilisés sont ceux du TABLEAU 5.

Aux États-Unis, les notions d'« *amnesty* » et de « *legalization* » suivent parfaitement, dans trois cas sur quatre, la proportion entre « *illegal* » et « *undocumented* ». Plus précisément, les sources écrites de l'administration, des groupes d'intérêt et de la presse connaissent une répartition équivalente entre les binômes « *illegal*/*undocumented* » et « *amnesty*/*legalization* ». Cette distribution confirme a priori le lien entre ce vocable et le niveau d'indulgence vis-à-vis de la transgression des normes.

La seule exception concernant ces proportions équivalentes touche aux sources législatives étasuniennes. Une analyse qualitative succincte suggère pourtant que les termes d'« *amnesty* » et de « *legalization* » s'inscrivent globalement dans le contexte de la thèse. Par exemple, le terme d'« *amnesty* » ne renvoie pas à la situation des personnes condamnées pénalement et celui de « *legalization* » ne concerne généralement pas d'autres types de régularisations administratives. Les sources législatives étant en moyenne plus anciennes que les autres sources, cette exception provient d'une utilisation plus récente du terme d'« *undocumented* » d'après les schémas ci-dessous.

Les graphes ci-dessous présentent en effet le nombre de fichiers dans lesquels apparaît au moins une des huit occurrences susmentionnées. Ils montrent ainsi que l'emploi des termes « clandestin(s) » en France et « *illegal* » aux États-Unis est plus ancienne dans les sources écrites de l'administration, du pouvoir législatif et des groupes d'intérêt par rapport à leurs homologues « sans-papiers » et « *undocumented* ». Seuls les articles de presse ne possèdent pas un tel écart. Une seconde exception concerne les termes d'« *amnesty* » et de « *legalization* » qui ne montrent pas d'écart temporel pour l'ensemble des sources.

Les sources législatives ont pour année celle de la loi auxquels ils se réfèrent. En réalité, des rapports, des débats et des *hearings* parlementaires peuvent avoir été effectués à une année antérieure à cette loi. Par exemple, tel qu'il le sera montré au chapitre 5, le pic étasunien de 1986 concernant une régularisation massive s'éclate en réalité sur la période 1981-1986 (FIGURE 67). Pire encore, certains fichiers étasuniens se composent eux-mêmes de plusieurs sources de dates différentes. Cette correspondance entre l'année de la loi et celle de la source a donc été utilisée par gain de temps en raison des milliers de sources qu'il aurait fallu traiter.

FIGURE 44 • Fichiers dans lesquels apparaît au minimum l'une des occurrences migratoires françaises

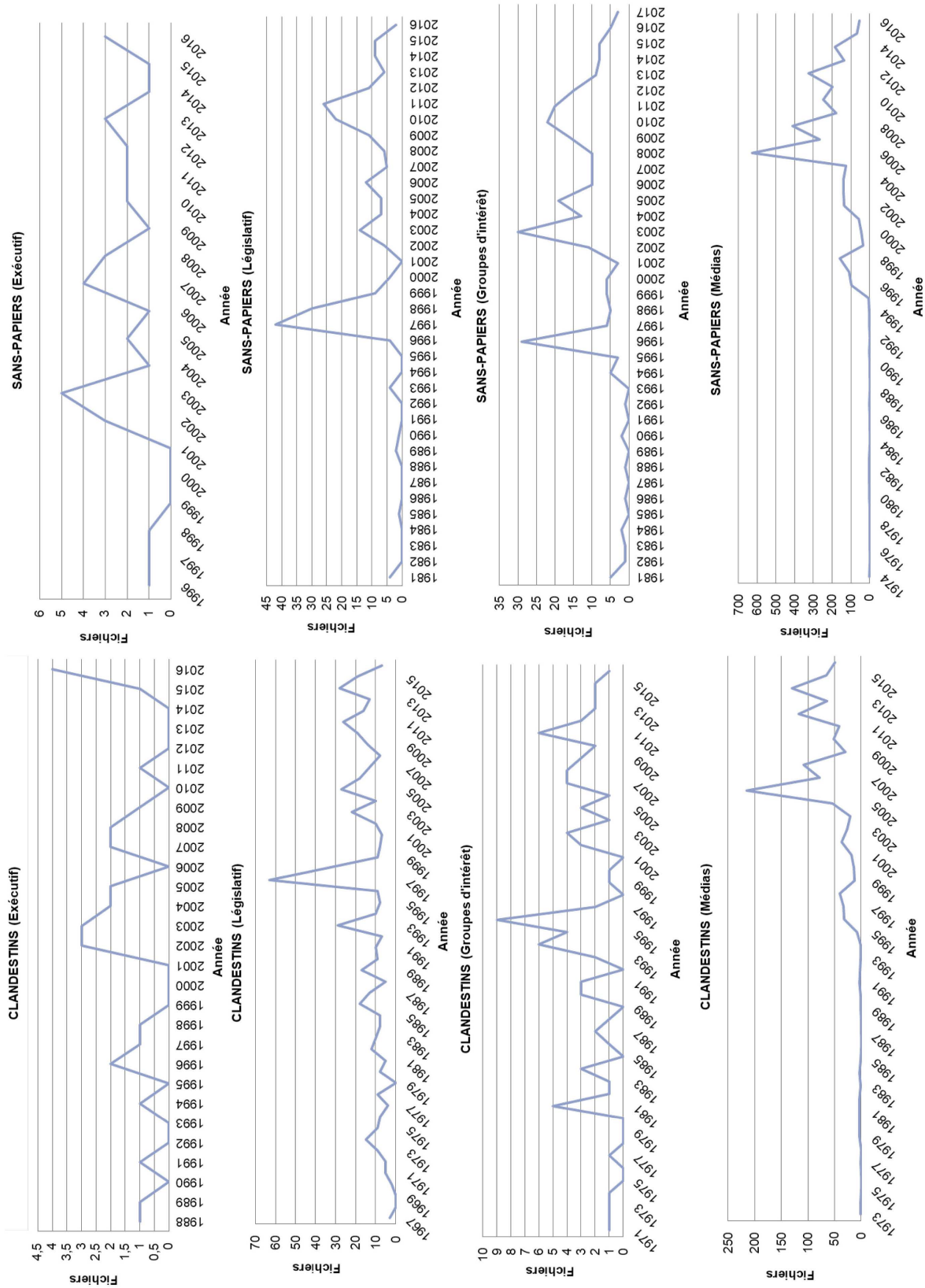


FIGURE 45 • Fichiers dans lesquels apparaît au minimum l'une des occurrences migratoires étasuniennes

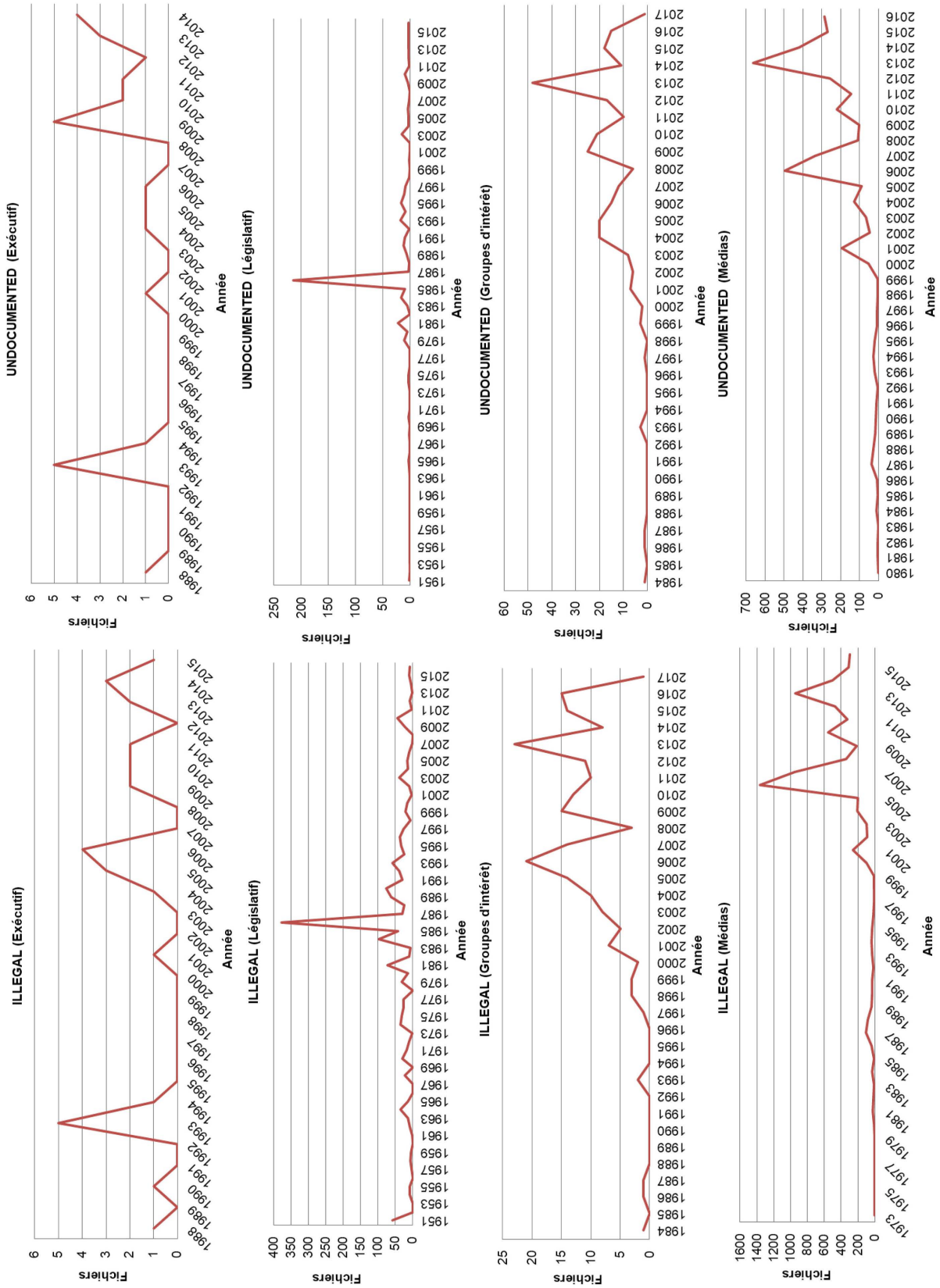
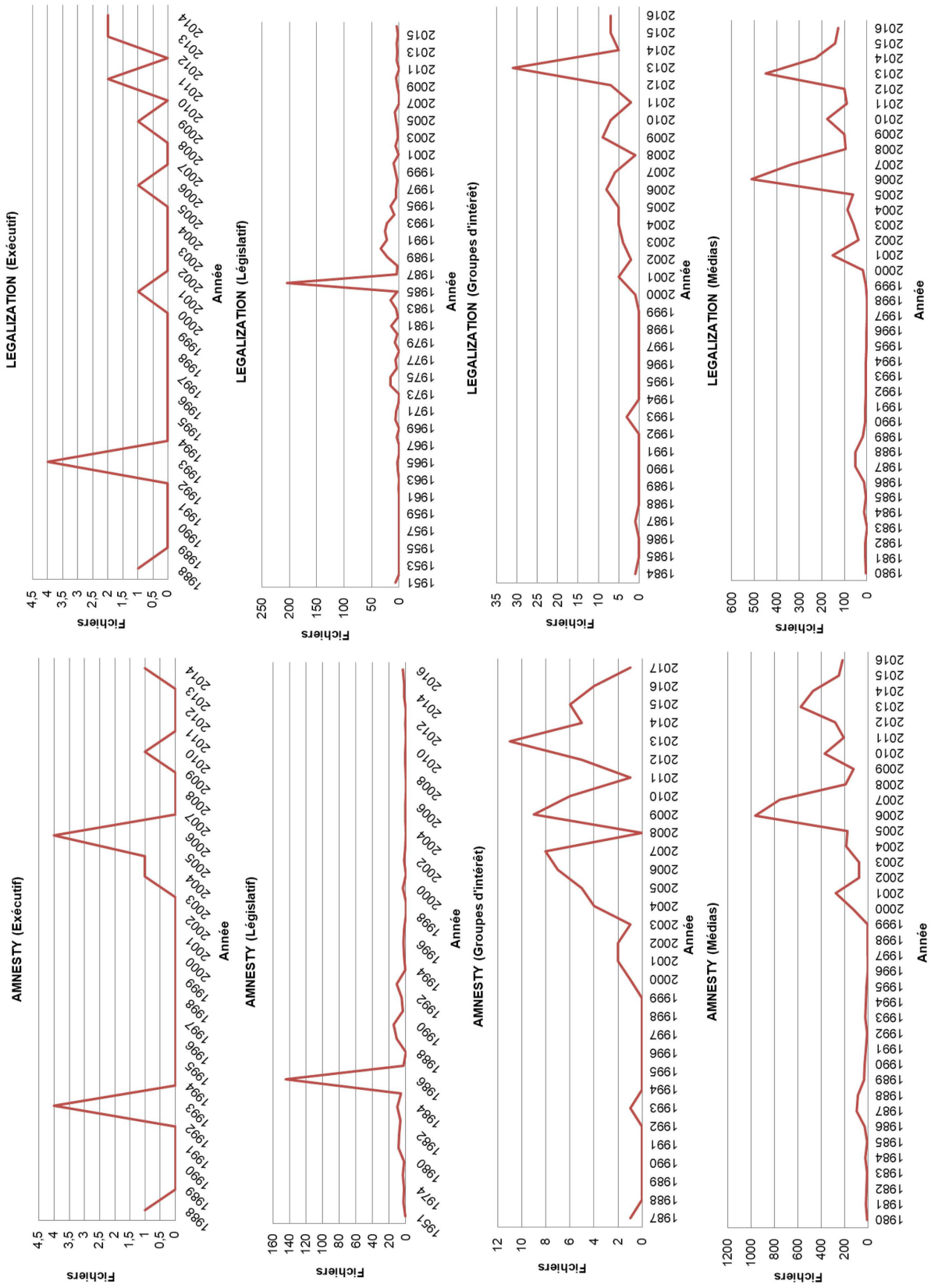


FIGURE 46 • Fichiers dans lesquels apparaît au minimum l'une des occurrences étasuniennes sur la régularisation



SOUS-SECTION 2. Vocable utilisé chez les groupes d'intérêt

Ce vocable se vérifie aussi en partie du côté des groupes d'intérêt. Les tableaux suivants indiquent ainsi le nombre des fichiers dans lesquels sont présentes ces différentes expressions. Les groupes écrits en vert et rouge indiquent respectivement les « pro-immigration » et les « anti-immigration » identifiés au TABLEAU 15 et au TABLEAU 16 (chapitre 1). Les chiffres surlignés en vert et rouge révèlent, d'après ces occurrences, un penchant bienveillant ou hostile à l'égard des étrangers irréguliers. Ce surlignage est établi à la condition qu'il existe au minimum un décalage de trois points entre les binômes « *amnesty*/*legalization* », « *illegal*/*undocumented* » et « clandestin/sans-papiers ».

En mettant de côté le MRAP et *Plein Droit*, le cas français montre un désintérêt certain vis-à-vis du vocable « clandestin » de la part des groupes d'intérêt tel qu'indiqué ci-dessous.

TABLEAU 31 • Vocable utilisé par les groupes d'intérêt français

	CLANDESTIN	SITUATION IRRÉGULIÈRE	SANS-PAPIERS
Act Up	3	10	30
Action française			1
AIDES	1	9	5
ALERTE		2	
ARCAT		1	1
ATD Quart Monde		2	
CFDT		2	2
Cimade		1	1
CISS		4	2
CNOM		1	2
Collectif	8	30	64
Collectif PASS		1	1
COMEDE	17	51	74
COMEGAS		1	
FNARS		2	2
GISTI	4	10	12
LDH			1
MdM	11	25	20
Migrants contre le sida		1	8
MRAP	34	30	24
MSF			2
ODSE	2	16	23
Plein droit	11	16	8
SMG		1	3
SMISP		1	
TRT-5		2	
UNIOPSS		2	

Le MRAP et *Plein Droit*, pourtant largement favorables aux étrangers, font figure d'exception en raison de la date moyenne de leurs communiqués. En effet, si la date moyenne de l'ensemble des communiqués individuels français est de 2005, celles du MRAP (date moyenne de 1987) et de *Plein Droit* (date moyenne de 1996) sont largement inférieures. Cette date plus ancienne explique, nous l'avons vu, le plus large emploi du terme « clandestin ». Les groupes d'intérêt français utilisent ainsi un vocabulaire bienveillant à l'égard des étrangers en situation irrégulière. Ce regard complaisant a été observé pour les instruments sanitaires (chapitre 2) et se vérifiera également pour la régularisation massive. Le vocable des groupes d'intérêt étasuniens est précisé ci-après.

TABLEAU 32 • Vocable utilisé par les groupes d'intérêt étasuniens

	ILLEGAL	UNAUTHORIZED	UNDOCUMENTED
340B Health	15	128	1
AAF		1	1
AAMC			2
AAPS	1		1
ACOG		1	1
ACP	1	1	1
Act Up	1		1
AEH			2
AEI	1	1	1
AFL-CIO	4	4	26
AHA	7		18
AIC	3	3	4
AIR 340B	1		
Alliance for a just society			2
AMA	4	1	3
ANA	1	1	1
BIO		3	
Blue Shield			1
Brookings Institution			1
CAP	5	6	6
Cato Institute	12	6	10
CBPP		2	3
CHA	2	1	14
Chamber of Commerce	6	2	21
CIS	28	8	7
Commonwealth fund	2	2	6
CSII	1	1	1
Duke University			1
FAIR	18	11	10
Families USA			1
Heritage Foundation	21	12	8
IHSP		1	
IIC Platform	1	1	3
IOM	1		1
ITEP		1	1
KFF	5	7	20
MPI	7	11	7
NACHC			1
NAE		1	1
NAFC	1		
NASTAD	1		4
NCSL	5		
NESRI			2
NFAP	1		1
NGA	1	1	1
NHCHC	1		1
NHeLP	1		
NHLA			1
NILC	3		5
NIWAP	1		1
NMAC	1		
NNIRR	1	1	5
NWFCO	1	1	1
PhRMA		1	
PNHP	1	2	2
Presbyterian Church			3
Public policy institute of California	1	1	1
RAND Corporation	2	5	4
SEIU	2	1	2
Small Business Majority	1		
SPLC	6	2	5
Tea Party	1		
UCLA	3	3	3
UnidosUS	4	8	16
Urban Institute	8	5	10
USCCB	6	5	6
Collectif	6	3	10

TABLEAU 33 • Vocable utilisé par les groupes d'intérêt étasuniens pour la régularisation

	AMNESTY	LEGALIZATION
AAF		1
AAPS	1	1
AEI	1	1
AFL-CIO	2	8
AHA		1
AIC	2	3
ANA		1
CAP		5
Cato Institute	7	10
CBPP		1
CHA		4
Chamber of Commerce	3	7
CIS	17	16
CSII	1	1
FAIR	14	8
Heritage Foundation	17	8
ITEP		1
MPI	2	8
NCSL	2	2
NILC		1
NNIRR		5
NWFCO	1	1
PNHP		1
Presbyterian Church		1
Public policy institute of California	1	1
RAND Corporation	1	1
SEIU	1	2
SPLC	1	2
UnidosUS	1	5
Urban Institute	3	3
USCCB	1	6
Collectif	1	1

L'adéquation des binômes « *illegal*/*undocumented* » et « *amnesty*/*legalization* » se vérifie ainsi pour *AFL-CIO*, *CHA*, *Chamber of Commerce*, *NNIRR*, *UniosUS* pour les groupes bienveillants, et *FAIR* et *Heritage Foundation* pour les groupes hostiles. De même, les groupes d'intérêt pro-immigration et anti-immigration se situent logiquement dans leurs catégories respectives (chiffres surlignés en vert et rouge).

Contrairement au cas français où le « clandestin » est grandement délaissé par les groupes d'intérêt (91 « clandestin » contre 286 « sans-papiers »), la notion d'« *illegal* » aux États-Unis est utilisée de manière très légèrement inférieure à celle d'« *undocumented* » (207 « *illegal* » contre 273 « *undocumented* ») (TABLEAU 29 et TABLEAU 30). Cet écart dévoile un positionnement plus

contrasté à l'égard de l'étranger irrégulier comparé au cas français. La section suivante est une analyse qualitative du cas français.

SECTION 2. DES GROUPES D'INTÉRÊT FRANÇAIS FAVORABLES À UNE RÉGULARISATION DES ÉTRANGERS

La répartition des communiqués concernant la régularisation massive des étrangers est la suivante. Les groupes d'intérêt en vert et bleu correspondent respectivement aux organisations « pro-immigration » et « association sanitaire ».

TABLEAU 34 • Répartition des communiqués français sur la régularisation

	Nombre de communiqués
CIMADE	1
COMEDE	1
GISTI	2
LDH	1
MRAP	15
Plein Droit	6
Collectif	37

NOTE : les groupes d'intérêt en vert et bleu correspondent respectivement aux organisations « pro-immigration » et « association sanitaire ».

Le positionnement sur la régularisation des étrangers s'effectue donc avant tout de manière collective tel qu'observé au chapitre 2. Au sein des communiqués individuels, les associations pro-immigration sont ainsi largement dominantes (vingt-cinq communiqués sur vingt-six).

Les groupes d'intérêt français protègent la régularisation des étrangers dès les années 1970. Ainsi, en 1973, le MRAP se mobilise contre la circulaire « Fontanet »[645] exigeant une attestation de logement pour les travailleurs étrangers souhaitant se régulariser et tente, par là même, de retarder son application[646]. En 1981, l'association se félicite des régularisations par le travail allouées par le gouvernement[647] et aide les étrangers à monter leurs dossiers en ce sens[648]. Elle soutient parallèlement les multiples grèves de la faim des sans-papiers dès 1982 visant à régulariser leur situation. Cette même année, celle-ci regrette les refus de régularisation pour 20 000 étrangers en raison des convocations préfectorales perdues faisant parfois suite à des licenciements par des employeurs peu intéressés par la procédure[649]. Toujours dans les années 1980, le MRAP et *Plein Droit* regrettent la facilité avec laquelle il était

possible, avant les années 1970, de régulariser des travailleurs sans-papiers à l'aide de l'ordonnance[650] du 2 novembre 1945[651]. Le MRAP déplore, parallèlement, les difficultés renforcées de la nouvelle législation[652]. *Plein Droit* dénonce par ailleurs une circulaire[653] qui estime que l'irrégularité du séjour d'un étranger constitue en soi un motif d'irrecevabilité de sa demande en préfecture[654].

En 1990, *Plein Droit* regrette à nouveau le ralentissement des régularisations et tente de comprendre, en dépit des risques, les logiques poussant les sans-papiers à poursuivre des grèves de la faim entamées dès 1972[655]. La revue insiste également sur la responsabilité de l'administration dans la création de situations irrégulières ainsi que sur la complaisance des entreprises vis-à-vis de cette main-d'œuvre bon marché[656]. En 1994, le MRAP lance une campagne nationale intitulée « Français si vous saviez… » visant à condamner les conditions d'existence misérables des étrangers irréguliers ainsi que les risques liés à leur expulsion pour de nombreux dossiers. L'accent est désormais mis sur le cas des personnes « ni régularisables, ni expulsables » en conséquence des lois de 1993[657] et dont l'association demande l'abrogation. Le MRAP se félicite du même coup des dossiers pour lesquels elle parvient à obtenir des titres de séjour[658] et en appelle à une régularisation massive[659].

Tel qu'il a été abordé au chapitre 2, l'année 1996 est synonyme d'occupation d'églises et de grèves de la faim nombreuses. Elle est l'occasion, pour les associations, les syndicats et les partis politiques d'exprimer leur solidarité aux sans-papiers. Certains militants français et étrangers en situation régulière participent également à ces grèves en organisant des jeûnes tournants. Cette solidarité s'affirme ainsi au sein des communiqués du MRAP[660] et de nombreux collectifs[661] qui requièrent à nouveau une régularisation massive des sans-papiers et dénoncent l'intervention des forces de l'ordre dans ces églises. La fin des années 1990 est à nouveau l'occasion pour le GISTI[662] et le MRAP[663] d'exiger une régularisation massive. Cette revendication, couplée à celle de l'arrêt des expulsions, se poursuit par quelques collectifs au cours des années 2000 pour des raisons humanistes et professionnelles[664]. Tel que l'affirme ainsi l'un des communiqués en 2012 : les étrangers « *sont des*

travailleurs-euses ou des futurs travailleurs-euses. Ils n'ont vocation, ni à être victimes de la déréglementation sociale, ni à en être les vecteurs. Ils ne prennent le travail de personne. Ils sont partie intégrante du salariat. »[665] L'un des collectifs va même jusqu'à exiger une carte de dix ans pour ces personnes[666]. D'autres communiqués regrettent les difficultés administratives dont sont victimes les clandestins en quête de régularisation[667]. Le GISTI déplore par ailleurs l'évacuation des sans-papiers de la Bourse du travail effectué avec la complicité de la CGT notamment et en appelle à l'unité militante[668]. Au cours des années 2010, enfin, la LDH[669] et la Cimade[670] réitèrent leur volonté de voir évoluer la législation afin de permettre à un plus grand nombre d'étrangers d'être régularisés.

Les communiqués français déploient ainsi une argumentation bienveillante et extrêmement sommaire en comparaison au cas étasunien. Leur proximité avec les sans-papiers se traduit par la pratique des grèves de la faim et le suivi des dossiers. Les groupes d'intérêt français sont donc, avant tout, des organisations de terrain considérant les clandestins comme étant des victimes du système juridique et administratif. À l'inverse, les groupes d'intérêt étasuniens ont une revendication « anti-immigrés » absente du cas français.

SECTION 3. DES GROUPES D'INTÉRÊT ÉTASUNIENS DIVISÉS SUR LA RÉGULARISATION DES ÉTRANGERS

La répartition des communiqués étasuniens relatifs à la régularisation est précisée ci-dessous. Les couleurs suivantes correspondent aux catégories entre parenthèses : marron (think tank), gris (syndicat), vert (pro-immigration), rose (christianisme), vert clair (entreprise), rouge (anti-immigration), noir (États fédérés), bleu (organisation sanitaire) et orange (parti politique).

TABLEAU 35 • Répartition des communiqués étasuniens sur la régularisation

	Nombre de communiqués
AAF	1
AEI	1
AFL-CIO	24
AIC	4
CAP	6
Cato Institute	8
CBPP	2
CHA	5
Chamber of commerce	22
CIS	17
CSII	1
FAIR	13
Heritage Foundation	16
IIC Platform	3
ITEP	1
MPI	3
NAE	2
NCSL	2
NFAP	1
NHCHC	1
NNIRR	6
NWFCO	1
Presbyterian Church	3
Public Policy Institute of California	1
RAND Corporation	3
SEIU	2
SPLC	1
UnidosUS	6
USCCB	8
Urban Institute	3
Collectif	2

ACCRONYMES: IIC Platform: Interfaith Platform on Humane Immigration Reform; NAE: National Association of Evangelicals; NFAP: National Foundation for American Policy.
NOTE : les couleurs suivantes correspondent aux catégories entre parenthèses : marron (think tank), gris (syndicat), vert (pro-immigration), rose (christianisme), vert clair (entreprise), rouge (anti-immigration), noir (États fédérés), bleu (organisation sanitaire) et orange (parti politique).

Si les *think tanks* sont à nouveau prééminents dans le nombre des communiqués (47), la Chambre du commerce (22), les organisations anti-immigration (15 en moyenne) et les syndicats (13 en moyenne) ont la production la plus intense si l'on divise le nombre de ces communiqués par celui des groupes d'intérêt.

Deux coalitions sont à nouveau visibles : l'une est favorable à une régularisation massive (**sous-section 1**), l'autre, moins imposante, s'y oppose (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. Une coalition favorable à une régularisation massive

Le constat établi par cette coalition (**1**) implique un changement dont les bénéfices (**2**) surpassent les risques (**3**). Ce changement doit respecter néanmoins certains principes (**4**).

1. Le constat établi par cette coalition

Cette coalition admet tout d'abord que les étrangers irréguliers vivent dans des conditions déplorables[671] en raison des décès aux frontières et du faible bénéfice du droit du travail dont ils font l'objet. Sur ce second point, *AFL-CIO* condamne la « *Wal-Martization* »[672] de l'économie poussant les employeurs à recruter la main-d'œuvre la moins chère et la plus flexible qui soit. Ce néologisme naît de l'arrestation de centaines d'employés sans-papiers à *Wal-Mart* – l'entreprise ayant auparavant été poursuivie en justice dans plus de trente États fédérés pour violation du droit du travail.

Les organisations regrettent également l'impossibilité pour cette population d'ouvrir un compte en banque, les contraignant par là même à devoir transporter sur eux de grandes sommes d'argent.[673] Or, cette vulnérabilité face aux

agressions physiques est accentuée par les difficultés qu'elle peut rencontrer pour porter plainte. À noter qu'en France, les sans-papiers bénéficient de l'intégralité des protections prévues par le Code du travail et ont l'autorisation d'ouvrir un compte en banque.

De même, les groupes d'intérêt font le constat qu'une expulsion massive serait trop coûteuse pour le pays.[674] Ils affirment que les clandestins contribuent à l'économie de la nation en occupant des postes dont les Étasuniens ne veulent pas et en consommant moins de services publics que d'impôts collectés par eux.[675] Cette plus-value constitue même, pour certains, un critère essentiel.[676]

D'autres organisations insistent sur l'intégration sociale de ces populations dans leur propre quartier ainsi qu'au sein des valeurs étasuniennes définies de la manière suivante : « travailler dur, persévérer, accepter les challenges, respecter l'individualité et montrer de la compassion. »[677] Il est également montré que les clandestins sont moins enclins à l'acte criminel que la moyenne.[678] La situation irrégulière des sans-papiers est enfin expliquée par la complexité administrative du droit et non par la responsabilité individuelle d'après une organisation catholique.[679]

2. Les bénéfices attendus d'une large régularisation

Le principal bénéfice largement mis en avant est d'ordre économique. Il est attendu qu'une régularisation améliore la croissance du pays[680] ainsi que le budget de la Sécurité sociale[681] grâce aux impôts nouvellement collectés.[682] Ce booste économique ainsi que l'augmentation des salaires de cette population fraîchement régularisée permet ainsi de créer de nouveaux emplois grâce à l'augmentation de la consommation.[683] Ces légalisations doivent également augmenter le nombre des personnes syndiquées, entraînant ainsi une plus grande capacité de négociation des syndicats à l'encontre des employeurs au sujet, notamment, des niveaux de salaire.[684] L'augmentation de la consommation induite par cet accroissement des salaires contribue également à créer de nouveaux emplois et, de là, à réduire le chômage. Le mérite d'une régularisation porte ainsi prioritairement sur les travailleurs sans-papiers.[685] Une seule étude

estime qu'au pire, une large régularisation ne modifie que très faiblement l'économie du pays et ses dépenses publiques.[686]

Une seconde catégorie de bénéfices mise en avant est le respect aux textes saints.[687] L'Évangile de Matthieu[688] est ainsi cité et il est rappelé que la Bible évoque quatre-vingt-douze fois le mot « immigré » (« *ger* » en hébreux)[689]. Les organisations chrétiennes, notamment catholiques, sont ainsi nombreuses à évoquer l'unité familiale en réunissant des familles administrativement (*mixed status families*) et parfois physiquement disloquées.[690] Un groupe interreligieux en appelle ainsi aux valeurs suivantes : l'unité familiale, la justice, l'équité, la compassion, l'amour et le traitement humain[691].

Enfin, dans une moindre mesure, une régularisation massive est considérée comme étant bénéfique pour deux raisons. Elle permet d'améliorer les conditions de travail et la santé mentale des étrangers.[692] Elle peut, enfin, recevoir l'aval de l'électorat s'il lui est expliqué qu'elle est réservée aux étrangers ayant, depuis suffisamment longtemps, résidé, travaillé et payé leurs taxes aux États-Unis.

3. Les débats autour des risques d'une large régularisation

Deux débats entourent les risques d'une large régularisation. Le premier a trait à ses effets en termes de réduction de la population irrégulière. En ce sens, là où certains groupes d'intérêt estiment que cet instrument diminue cette population illégale[693] d'après ce qui a été observé pour *IRCA*[694], une autre s'inquiète de l'appel d'air pouvant l'accompagner.[695]

Le second débat porte sur le coût des services publics, notamment sanitaires, suivant une régularisation massive. *Cato institute*, organisation libertarienne, souhaite ainsi restreindre le bénéfice de ces services pour la population nouvellement régularisée[696]. Inversement, d'autres institutions, principalement chrétiennes, voire catholiques, exigent un accès immédiat à ces prestations.[697]

4. Les modalités de mise en œuvre d'une régularisation massive

Un troisième débat concerne les sanctions à l'égard des employeurs des sans-papiers. Si *AFL-CIO* a ouvertement défendu un tel instrument au début des années 2000[698], la majorité des voix s'y opposent des années 1990 jusqu'à aujourd'hui. [699]

AFL-CIO[700] insiste par ailleurs sur son souhait de ne pas voir se reproduire un nouveau « *Bracero program* ». Cet ensemble de lois et d'accords diplomatiques fut utilisé pour la première fois lors de la Seconde Guerre mondiale et termina en 1964. Il eut pour principal objectif de permettre la régularisation de millions de travailleurs temporaires mais fut contesté en raison des violations du droit du travail et de la précarité même du statut juridique des « *braceros* »[701]. Le syndicat est ainsi particulièrement sensible à un arrêt[702] de la Cour suprême pour trois raisons. Cet arrêt estime, tout d'abord, que les employeurs sont non redevables du salaire d'un sans-papiers qui falsifie la régularité de son séjour – même en cas de licenciement illégal. De même, il permet, pour un employeur, de cesser la rémunération d'un clandestin victime, par exemple, d'un accident du travail. Enfin, il autorise les employeurs à dénoncer auprès de l'administration fédérale l'irrégularité du séjour de leurs propres salariés cherchant, par exemple, à se syndiquer[703].

Les groupes d'intérêt s'opposent, enfin, au renforcement des frontières car la plupart des étrangers irréguliers sont venus légalement. De nombreux communiqués croisent ces différentes revendications.[704]

SOUS-SECTION 2. Une coalition hostile à une régularisation massive

Les observations (**1**) établies par cette coalition font état des risques (**2**) que peut avoir une large régularisation. Les autorités publiques sont ainsi invitées à mettre en œuvre un certain nombre d'instruments (**3**).

1. Le constat effectué par cette coalition

L'état des lieux établi par cette coalition utilise également *IRCA* qui, selon les organisations, a abouti à trop de régularisations au vu des programmes similaires effectués dans d'autres pays. Ce dispositif a également souffert de fraudes massives, d'incohérences législatives et de trop peu de sanctions à l'encontre des employeurs.[705] Cette coalition accuse également les clandestins d'être en partie responsables des classes scolaires surchargées, des files d'attente aux urgences hospitalières et du coût élevé des services publics plus généralement.[706] Elle regrette par ailleurs le soutien de gros employeurs à cet instrument – dont notamment Mark ZUCKERBERG, président de Facebook. Elle déplore, de même, le renversement des syndicats qui, par le passé, luttaient pour une restriction de l'immigration alors que ces derniers défendent actuellement une régularisation massive.[707] Ces organisations estiment également qu'un tiers des clandestins ne travaille pas et que les deux tiers ne sont pas des forçats au travail. Enfin, cette coalition considère que le droit actuel suffit aux clandestins pour se régulariser.[708]

2. Les risques d'une large régularisation

Le risque fondamental largement mis en avant par cette coalition est le coût des services publics[709], notamment sanitaires, devant faire suite à une régularisation massive en raison des droits ouverts par cette population légale. En effet, selon cette coalition, les aides médicales et sociales allouées aux étrangers irréguliers valent environ 1000 dollars par ménage, contre 2200 dollars pour les étrangers légaux.[710] De même, les étrangers retraités représentent un risque réel en raison de leurs besoins supplémentaires en services publics.[711]

Un deuxième risque grandement mis en avant est l'appel d'air faisant suite à une telle « récompense » (*reward*) de l'illégalité[712] et pouvant être accompagné de fraudes massives.[713] Or, les clandestins faisant essentiellement concurrence aux Étasuniens peu diplômés[714] qui accepteraient volontiers leur poste[715], cet appel d'air contribuerait à accroître le chômage des natifs.

Les groupes d'intérêt insistent également sur le caractère criminel des clandestins, mettant ainsi à jour une liste des infractions dont ils sont les auteurs sur tout le territoire.[716] La plupart de ces communiqués estiment, de même, que les travailleurs sans-papiers, en dégradant les conditions de travail de l'ensemble des salariés, affaiblissent les capacités de négociation des syndicats et entraînent, par là même, une moindre attractivité de ces organisations pour les travailleurs. Une régularisation massive représente également un risque pour les employeurs. Les agriculteurs, largement dépendants de cette main-d'œuvre bon marché, insistent ainsi sur les risques de réduction et de délocalisation de la production alimentaire.

La protection de la souveraineté nationale et de l'État de droit (*rule of law*) est également utilisée au vu, notamment, du risque terroriste – quatre des dix-neuf assaillants du « 11 septembre » ayant été clandestins.

Les communiqués font enfin référence à la nécessité d'une assimilation patriotique définie notamment par l'« *American dream* ». Or, selon eux, les clandestins modifient la culture et la langue du pays. Concernant les dislocations familiales, les groupes d'intérêt estiment que les clandestins sont libres d'emmener leur famille en cas d'expulsion. Un communiqué, enfin, affirme que les positions refusant une régularisation massive sont en conformité avec les préceptes bibliques.[717]

3. Les propositions de cette coalition

Cette coalition défend unanimement les sanctions à l'encontre des employeurs[718]. Elle exige également un renforcement des frontières par des barrières physiques ainsi qu'un meilleur contrôle de l'expiration des visas.[719] De même, elle souhaite augmenter le nombre des expulsions[720] en pratiquant, par exemple des déportations latérales (« *lateral deportation* » ou « *lateral repatriation* »). Celles-ci consistent à renvoyer les étrangers dans des pays lointains ou des lieux éloignés de leur propre famille au sein de leur pays, voire à incarcérer, par exemple, des Mexicains dans des États du nord des États-Unis. Selon certains communiqués, ces expulsions doivent être assorties d'une

interdiction temporaire du territoire étasunien ainsi que d'une impossibilité de demander la nationalité du pays à vie.[721]

D'autres organisations souhaitent flexibiliser l'économie mexicaine afin d'égaliser le niveau de développement du pays avec les États-Unis et utiliser les médias mexicains pour décourager les étrangers de traverser les frontières. De rares communiqués proposent, enfin, de reproduire le « *Bracero program* » en cas de besoins économiques ponctuels – invitant ainsi les étrangers à rejoindre leur pays une fois ces besoins contentés.[722]

Comme observés pour la coalition « favorable », de nombreux communiqués mixent ces revendications.[723]

Il existe donc, aux États-Unis, des groupes d'intérêt favorables à une baisse du niveau de l'immigration et, par là même, opposés à une régularisation massive. Une telle revendication est absente des données françaises. La section suivante conclut ce chapitre.

SECTION 4. CONCLUSION DU CHAPITRE : UN NOYAU DUR DES CROYANCES HOMOGÈNE EN FRANCE MAIS HÉTÉROGÈNE AUX ÉTATS-UNIS

Les groupes d'intérêt étasuniens déploient ainsi un argumentaire minutieux au regard du cas français. Le « ping-pong » des arguments « pro » et « anti-régularisation » s'exécute pratiquement chaque année depuis la grande régularisation d'*IRCA* en 1986. Ce « ping-pong » suggère l'existence de deux types de croyances intermédiaires (« *policy core beliefs* ») relativement stables dans le temps et propres à deux coalitions distinctes.

La « grappe » de la régularisation étasunienne est ainsi plus mature que celle relative aux *CHC*/*FQHC*, à *340B* et à *DSH* pour deux raisons. D'une part, celle-ci concerne davantage d'organisations différentes. D'autre part, pour chacune des coalitions, l'argumentaire traverse plusieurs groupes d'intérêt à la fois. L'ancienneté du débat joue ainsi sur la maturité de cette grappe et distingue, nettement, les alliés des adversaires. La relation positive entre, d'une part, la temporalité et le caractère antagoniste des coalitions et, d'autre part, la maturité d'un sous-système a été confirmée par la littérature.[724]

Le tableau ci-dessous indique la répartition des communiqués étasuniens selon leur positionnement vis-à-vis de ce dispositif.

TABLEAU 36 • Répartition des communiqués des groupes d'intérêt étasuniens selon leur positionnement vis-à-vis d'une régularisation massive

	POUR	CONTRE
1987	0	1
1990	2	0
1993	1	1
2000	1	0
2001	4	1
2002	2	0
2003	4	1
2004	8	2
2005	8	2
2006	8	6
2007	6	7
2008	2	0
2009	6	5
2010	9	4
2011	2	1
2012	10	0
2013	33	4
2014	4	4
2015	5	4
2016	7	4
2017	0	1

Cette distribution binaire doit être affinée. Les groupes d'intérêt favorables à une régularisation massive sont effectivement divisés sur trois points. Premièrement, une régularisation massive entraîne-t-elle un appel d'air ? Deuxièmement, les clandestins doivent-ils bénéficier des prestations médicales et sociales directement après leur régularisation ? Troisièmement, les employeurs doivent-ils être sanctionnés pour l'embauche des sans-papiers ? Ces distinctions peuvent être soit qualifiées de croyances secondaires (« *secondary beliefs* ») au sein d'une même coalition, soit de croyances intermédiaires dans deux coalitions distinctes qui se superposent et s'accordent sur la question de la régularisation.

Pour l'intégralité des groupes d'intérêt étasuniens, les arguments d'ordre économique et les arguments ayant trait au droit du travail sont prépondérants. Les Étasuniens sont ainsi sensibles à la question du coût financier d'une régularisation ainsi qu'au dumping social exercé par cette force de travail illégale. Contrairement au cas français où l'étranger est perçu comme étant une victime du système juridique et administratif, le cas étasunien met l'accent sur l'étranger

travailleur à même, ou non, de tirer l'économie vers le haut et d'améliorer, ou non, le quotidien des autres résidants.

Le conflit entourant l'utilisation des notions d'« *amnesty* » et de « *legalization* » interroge le mérite d'une régularisation. La notion d'« *amnesty* », contrairement à celle de « *legalization* », renvoie au domaine pénal, par définition plus grave que le domaine administratif. Cette notion insiste ainsi sur la calamité produite par la violation de l'État de droit (« *rule of law* »). De même, elle sous-entend généralement une amnistie sans contrepartie. Les expressions de « *blank amnesty* » (amnistie blanche), de « *blank slate* » (compteur à zéro) ou de « *blank check* » (chèque en blanc)[725] utilisées par ces opposants permettent ainsi de dénoncer le caractère immérité d'une telle mesure. Or, le mérite existant néanmoins, le rachat de sa « dette » par le travail et l'investissement financier semble être tout de même possible. La définition d'un tel mérite est donc absente des sources écrites françaises où la simple qualité d'humain suffit.

Une fois encore, l'« universalisme » français brise les frontières entre les étrangers irréguliers et les autres résidants du pays. Il se matérialise par des groupes d'intérêt actifs et peu verbeux, unanimement en faveur des sans-papiers. À l'inverse, les groupes d'intérêt étasuniens mesurent, pour chacune des coalitions, la plus-value de cette population. Cette plus-value définie ainsi son caractère méritocratique. L'astreinte idéelle observée au premier chapitre impacte ainsi directement sur les revendications des groupes d'intérêt. La section suivante conclut cette partie à l'aide de la littérature et des entretiens.

SECTION 5. CONCLUSION DE LA PARTIE : LE POIDS DES CROYANCES RELIGIEUSES

Cette conclusion insiste sur le poids des croyances religieuses et observe que ce résultat est validé par la littérature (**sous-section 1**) et les entretiens (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. Des résultats validés par la littérature

Ces chapitres ont ainsi montré que la France et les États-Unis diffèrent sur trois points. Premièrement, la pensée universaliste française permet aux groupes d'intérêt français de lier les thématiques d'immigration et de santé. À l'inverse, l'approche catégorielle étasunienne entraîne un détachement très net entre les groupes d'intérêt luttant pour les instruments sanitaires et ceux privilégiant la régularisation. Cette astreinte idéelle se répercute sur l'organisation de ces groupes d'intérêt et leurs revendications. Or, les groupes d'intérêt ayant visiblement une position avantagée, à cheval sur le sous-système et l'opinion publique, cette astreinte idéelle agit donc, indirectement, sur l'action publique via l'activité de ces groupes.

Deuxièmement, l'argumentation utilisée pour les instruments sanitaires et la régularisation diffèrent pour chacun des pays. L'argumentation française vis-à-vis des instruments sanitaires est ainsi ancienne, homogène, minutieuse et largement répartie dans plusieurs groupes d'intérêt. En revanche, celle-ci est chétive pour la régularisation massive même si les groupes d'intérêt agissent volontiers sur le terrain pour l'encourager. À l'inverse, l'argumentation étasunienne pour les instruments sanitaires est récente et largement monopolisée par une seule organisation (*340B Health*). L'instrument défendu par cette organisation est d'ailleurs loin d'être la priorité des autres sources écrites (administration, pouvoir législatif et articles de presse). En revanche, concernant la régularisation massive, l'argumentation des groupes d'intérêt étasuniens est relativement homogène, minutieuse et amplement répartie dans divers groupes d'intérêt.

Cette argumentation reflète ainsi le degré de conflictualité sur l'ensemble des sources écrites (TABLEAU 11 et TABLEAU 12). En France, cette conflictualité est ainsi forte pour la régularisation pour soins et l'AME (argumentation très importante des groupes d'intérêt) et moyenne pour la régularisation massive (argumentation minime). Aux États-Unis, la conflictualité est faible pour les *CHC*, les *FQHC* et *DSH* (argumentation très minime), moyenne pour *340B* (argumentation importante) et forte pour la régularisation massive (argumentation très importante). Le degré d'argumentation des groupes d'intérêt est donc lié au niveau de conflictualité du débat national. En revanche, ce degré d'argumentation ne saurait être rapproché du niveau de maturité car une coalition peut être en situation de monopole au sein d'un sous-système (*policy monopoly*[726]).

Enfin, les deux pays s'opposent sur leur capacité à critiquer les instruments qu'ils défendent. En ce sens, si les groupes d'intérêt français ne remettent jamais en question les instruments qu'ils protègent – sauf à vouloir les étendre –, tel n'est pas le cas de leurs homologues étasuniens. Par exemple, *340B Health* n'hésite pas à montrer les dérives et les abus de *340B* dans l'utilisation qu'en font certains hôpitaux. De même, les organisations étasuniennes en faveur d'une régularisation s'inquiètent du risque d'appel d'air, du coût pour les services publics et s'interrogent sur la nécessité de sanctionner, ou non, les employeurs.

Ce dernier résultat suggère une forte homogénéité idéelle en France et une hétérogénéité idéelle aux États-Unis. L'hétérogénéité étasunienne est confirmée par la littérature. Rogers SMITH (1993) assimile ainsi ce pays à une production constante de multiples traditions conflictuelles : "*We must analyze America as the ongoing product of often conflicting multiple tradition*s."[727] Cette analyse rappelle également « l'éthos » étasunien d'Herbert McCLOSKY et John ZALLER (1984), partagé entre les valeurs de « capitalisme » et de « démocratie », c'est-à-dire entre une économie privée dans laquelle seul le travail est rétributif et une société égalitaire où chacun peut se prévaloir de conditions de vie décentes.[728] James COLGROVE, Gerald MARKOWITZ et David ROSNER (2008) notent également les tendances contradictoires des États-Unis, divisées entre un

impératif de santé publique et un idéalisme mettant sur un piédestal la responsabilité individuelle et le marché : "*Historically, public health has been caught between countervailing tendencies of the American political tradition. On the one hand, it is dependent on a collectivist approach to addressing social, economic, and biological issues that affect the nation's well-being. On the other hand, it is forced to operate within a political culture that often denigrates collective action and idealizes individualism and personal responsibility. Hence, public health practitioners find themselves forced to negotiate a fine line between activism and accommodation as they confront resistance to governmental, particularly federal, interventions, which are often seen as interference with individual liberties or free market principles*."[729] Une telle culture orientée vers le marché, selon Lawrence BROWN (2010), ne considère pas la santé comme étant un droit mais estime, tout de même, que la santé est un bien commun devant être largement diffusé sur le territoire : "*The U.S. health care "system" has three principal elements. The first — private, employer-based financing of health coverage — took off in the 1930s, spread to a majority of the population, and still retains enormous cultural and ideological power in a nation that does not acknowledge health care as a right of citizenship but nonetheless recognizes it as a vitally important "good" that deserves the widest feasible spread via private arrangements*".[730]

La primauté accordée à la responsabilité individuelle invite finalement Deborah STONE (2005) à considérer les inégalités de santé comme étant « moralement acceptables » dans la culture étasunienne : "*In a culture of market distribution and consumer freedom of choice, any disparities due to patient preferences and choices are morally acceptable*."[731] Le corollaire de cette préférence du marché est une opposition au « gros gouvernement » (*big government*)[732], c'est-à-dire à l'extension du pouvoir fédéral.[733]

Le discours étasunien révèle ainsi une éthique protestante remémorant Max WEBER (1964 [1905]) : « *plus grandes seront les possessions, plus lourd, si le sentiment ascétique résiste à l'épreuve, le sentiment de responsabilité à leur égard, [le devoir] de les conserver intactes pour la gloire de Dieu, et [même, si*

faire se peut] de les multiplier par un travail sans relâche. »[734] Werner SOMBART (1913) affirme de même, en décrivant cette éthique, que « *[l'application au travail] est voulue de Dieu. Certes, tous les dons viennent de Dieu, mais Dieu veut que nous les perfectionnions ; c'est pourquoi nous devons être* travailleurs (*industrious*). »[735] En 2010, le protestantisme touche ainsi 46 % de la population étasunienne contre 20 % pour le catholicisme[736].

Par ailleurs, les chapitres 2 et 3 indiquent un plus grand attachement des organisations étasuniennes catholiques comparé à leurs consœurs protestantes. Plus précisément, vingt-cinq communiqués issus de quatre groupes d'intérêt catholiques (*CHA*, *USCCB*, *Trinity Health*, *Providence Health and Services*) défendent les instruments sanitaires du chapitre 2 ainsi que la régularisation des étrangers irréguliers, contre cinq communiqués protestants seulement (*NAE*, *Presbyterian Church*). Ce résultat se vérifie également pour chacun des chapitres pris séparément[737]. Pourtant, ces organisations chrétiennes possèdent chacune leurs dispensaires et sont toutes au contact des étrangers.

De même, aux États-Unis, l'organisation catholique *CHA* est celle qui s'intéresse à la plus grande diversité d'instruments (dix sur douze). Elle est également une des rares à s'inquiéter tout autant de la régularisation des étrangers que de leur accès aux soins (**annexe 2**).

Enfin, la faible argumentation « victimaire » des groupes d'intérêt français rappelle en partie celle des organisations catholiques étasuniennes. En effet, ces dernières considèrent l'étranger irrégulier comme étant une victime des textes juridiques en vigueur et encouragent l'unité familiale et l'accès aux services publics des étrangers, qu'ils soient fraîchement régularisés ou non.

Ces résultats suggèrent un noyau dur des croyances différent en France et aux États-Unis. Ce noyau semble être conditionné en partie par un paramètre religieux. La tradition catholique stimulerait ainsi la liaison entre les thématiques d'immigration et de santé en raison de son approche universaliste.

La répartition des États membres de l'Union européenne selon leur politique d'accès aux soins des étrangers irréguliers suggère également une telle hypothèse. Le tableau ci-dessous reprend en ce sens la classification de Carin BJÖRNGREN-CUADRA et Sandro CATTACIN (2010)[738]. La religion prédominante est mentionnée en rouge (catholique), bleu (protestant) ou violet (orthodoxe) d'après une enquête effectuée en 2010[739].

TABLEAU 37 • Répartition des 27 États membres de l'Union européenne selon leur politique d'accès aux soins des étrangers irréguliers en 2010 et leur religion dominante

Aucun accès	CZ, IE, LU, MT, LV, FI, SE, RO, BG
Accès aux urgences médicales	AT, BE, HU, LT, PL, SI, SK, DE, DK, UK, EE, CY, GR
Accès aux soins médicaux courants	ES, FR, IT, NL, PT

ACRONYMES : AT : Autriche ; BE : Belgique ; BG : Bulgarie ; CY : Chypre ; CZ : République tchèque ; DE : Allemagne ; DK : Danemark ; EE : Estonie ; ES Espagne ; FI : Finlande ; FR : France ; GR : Grèce ; HU : Hongrie ; IE : Irlande ; IT : Italie ; LT : Lituanie ; LU : Luxembourg ; LV : Lettonie ; MT : Malte ; NL : Pays-Bas ; PL : Pologne ; PT : Portugal ; RO : Romania ; SE : Suède ; SI : Slovénie ; SK : Slovaquie ; UK : Royaume-Uni.
LÉGENDE : La religion prédominante est mentionnée en rouge (catholique), bleu (protestant) ou violet (orthodoxe). Les pays ayant un écart inférieur à trois points entre deux religions prédominantes sont bicolores.
SOURCE : Pour la religion : Pew Research Center, "Table: Christian Population as Percentages of Total Population by Country", 19 décembre 2011. URL : www.pewforum.org (dernière visite : 30 mai 2018). Pour la classification des États : Carin BJÖRNGREN-CUADRA et Sandro CATTACIN, Policies on health care for undocumented migrants in the EU27: towards a comparative framework. Summary report (Malmö: Health Care in NowHereland, Malmö University, 2010).

Les cinq pays accordant un plus grand accès aux soins pour les étrangers irréguliers dans l'Union européenne sont donc à dominante catholique. Si le discours français est difficile à cerner en raison de sa faible argumentation, le soutien des Églises catholiques lors des grèves de la faim a néanmoins été évoqué plus haut. Johanna SIMÉANT (1998, 1994) va même jusqu'à affirmer que « [l'un] *des soutiens les plus systématiques et les plus constants des mobilisations de sans-papiers est celui de l'Église catholique, et plus accessoirement, bien que de façon non négligeable, de l'Église protestante*. »[740] Ce soutien s'exemplifie ainsi en France, dès 1972, par le refus des prêtres catholiques de célébrer la messe de minuit en soutien aux sans-papiers grévistes ainsi que par les grèves de la faim de certaines personnalités catholiques (Abbé PIERRE et Monseigneur GAILLOT).[741]

De même, lorsque Caroline IZAMBERT (2018) cherche à comprendre l'influence des groupes d'intérêt français sur les autorités concernant l'accès aux soins des étrangers irréguliers, elle avance trois explications : d'une part, le « christianisme social » a été un « référentiel commun », d'autre part, la présence de parlementaires médecins a été un facilitateur, enfin, la proximité militante entre les groupes d'intérêt « humanitaires médicaux » (MdM et MSF) et les groupes d'intérêt « positionnés plus radicalement » (Act Up et collectifs de sans-papiers) ont permis l'implication de ces organisations humanitaires dans la « cause hérétique » de ce sujet. Elle estime par ailleurs que cette influence religieuse, essentiellement catholique – très peu de mentions sont faites au protestantisme dans sa thèse – s'est affaiblie depuis quelques années : « le christianisme social semble avoir été le référentiel commun, quoique jamais revendiqué, qui, au-delà d'autres ressemblances sociologiques, a permis la circulation des projets entre le monde associatif et celui des élites étatiques en charge des politiques sociales. Cette influence souterraine mériterait d'être étudiée plus précisément. Si on peut raisonnablement penser qu'elle s'est affaiblie durant la période récente, il serait pertinent de se pencher sur la socialisation religieuse d'un certain nombre de hauts fonctionnaires en charge des politiques sociales. »[742]

L'origine catholique du discours « victimaire » français rappelle également l'ouvrage d'Yves GUCHET et Jean-Marie DEMALDENT (1995) sur le « catholicisme social » du 19e siècle. Les auteurs insistent sur la grande sensibilité des penseurs catholiques à l'égard de la pauvreté ouvrière en parallèle d'un relatif mépris pour l'accumulation des richesses. Félicité DE LAMENNAIS (1782-1854) est ainsi « proprement effrayé de la misère ouvrière entraînée par le capitalisme naissant [et est] débordant d'un amour sincère pour le peuple victime du monde de l'argent. »[743] Ils évoquent également l'antilibéralisme de René DE LA TOUR DU PIN (1834-1924) et la création des ancêtres des corporations par Albert DE MUN (1841-1914) : les « Cercles ouvriers ». Marc SANGNIER (1873-1950) est également sensible à l'éducation populaire des ouvriers.[744] Charles PÉGUY (1873-1914) estime enfin que « la misère côtoie désormais l'omnipotence de l'argent, qui coule à flots pour les nantis ».[745] Ces « catholiques sociaux » des 19e et 20e siècles affirment, selon Robert CASTEL (1995), leur « refus du laisser-faire » économique, posant « la question des effets sur les

producteurs eux-mêmes du mode de production des richesses qu'impose le capitalisme. Mais elles s'interdisent d'intervenir directement sur la manière de les produire. 'Faire du social', c'est travailler sur la misère du monde capitaliste, c'est-à-dire sur les effets pervers du développement économique. C'est tenter d'apporter des correctifs aux contre-finalités les plus inhumaines de l'organisation de la société, mais sans toucher à sa structure ».[746] L'auteur cite ainsi Frédéric OZANAM (1813-1853) qui remercie un ami de l'avoir éclairé sur le « grand problème social de l'amélioration des classes laborieuses ». Théodore NISARD (1812-1888) déclare de même que « de nos jours, le grand problème social est sans contredit l'amélioration des classes ouvrières ». Alban DE VILLENEUVE-BARGEMON (1784-1850) introduit également la question ouvrière à la Chambre : « La restauration des classes inférieures, des classes ouvrières, est le plus grand problème de notre âge. Il est temps d'entreprendre sérieusement sa solution et d'entrer enfin dans la véritable économie sociale, trop souvent perdue de vue au milieu de nos stériles agitations politiques ». Enfin, Armand DE MELUN (1807-1877) s'interroge : « Quel est le devoir de la société vis-à-vis du paupérisme, de ses causes et de ses effets, et ce devoir, dans quelle mesure et par quels moyens doit-elle l'accomplir ? Là est toute la question sociale ».[747] La critique catholique à l'encontre du capitalisme diffère ainsi de l'éthique laborieuse du protestantisme et semble expliquer les écarts transatlantiques. Ce lien effectué par la tradition catholique entre la misère et le capitalisme rend ainsi irresponsable le pauvre de sa propre condition sociale. Par extension, la migration semble être perçue comme une contrainte économique indépendante de la volonté du migrant.

Plus précisément, ce lien entre catholicisme et réprobation du capitalisme est également affirmé par Kees VAN KERSBERGEN (1991) qui estime, au même titre que Robert CASTEL, que cette critique fonctionne davantage comme un correctif que comme une remise en cause radicale du système économique. Le « capitalisme social » (*social capitalism*) devient ainsi une forme de « capitalisme providentiel » (*welfare capitalism*) : "*Christianity is intimately interwoven with the constitution and character of modem industrial society and therefore with welfare capitalism*."[748] La charité catholique serait ainsi à l'origine du « capitalisme social » : "*charity (with its one-sided emphasis on the Christian obligation to give)*

as a Christian maxim became crystallized in social capitalism through the social Catholic reformulation of charity as social justice."[749] Cette charité contraint, d'une part, l'Église catholique à s'organiser pour subvenir aux besoins des plus nécessiteux et impose, d'autre part, à cet ordre de réintégrer le pauvre dans la société : "*First, social Catholicism relates to the ordering of the church as a social institution into modem industrial society. It is an attempt to update the organizational momentum of the Catholic church in society. Secondly, social Catholicism is also the attempt to integrate the working class into the church, or – reformulated in a slightly different way – it is the attempt to integrate the working class or 'the poor' as Christian citizens into modem industrial society*."[750] L'auteur affirme ainsi que le catholicisme est plus à même de critiquer le capitalisme que le protestantisme : "*I formulate a hypothesis about the decisive difference between Protestantism and Catholicism with respect to their attitude towards capitalism and reform. I argue that Catholicism (the social movements of this creed in particular) has been successful in formulating a social critique of capitalism, which largely founded the model of social capitalism.*"[751] La critique du capitalisme adressée par le catholicisme a été traitée par d'autres auteurs.[752]

La critique catholique à l'égard du capitalisme a donc une radicalité limitée. Les dispositifs sanitaires français seraient ainsi un devoir moral de réintégrer l'étranger au système économique tout en affirmant, parallèlement, l'irresponsabilité financière de cet étranger à l'égard de ses propres soins.

Une partie de la littérature affirme ainsi que le catholicisme, comme pensée ou institution, a davantage impacté sur le développement de l'État providence que le protestantisme[753] ou les partis politiques de gauche[754]. Plus précisément, le protestantisme réformé (non-conformistes [*dissenters*], calvinistes, baptistes, etc.), contrairement au luthéranisme, aurait considérablement retardé l'émergence de cette forme d'État en raison de son profond antiétatisme[755]. Si l'argument peut effectivement s'appliquer aux États-Unis où le protestantisme réformé est fortement majoritaire, tel n'est pas le cas dans l'Union européenne où ce courant se retrouve uniquement dans les États donnant accès aux urgences médicales (Allemagne et Royaume-Uni).

Ces disparités peuvent être comprises en respect des conclusions d'Andrew GREELEY (1989) qui oppose le communautarisme du catholicisme à l'individualisme du protestantisme. Plus précisément, si le Dieu catholique est bienveillant et analogique car présent en toute chose, le Dieu protestant est quant à lui malveillant et dialectique car il n'apparaît qu'à de rares occasions (Jésus Christ par exemple). L'auteur relève ainsi que les Catholiques privilégient l'égalité à la liberté et sont plus ouverts à la diversité au sein de leur propre communauté que les Protestants : "*Catholics will be more likely to value equality over freedom than Protestants because equality makes for smoother social relationships. Moreover, because social complexity and diversity will also be seen as sacramental, Catholics will be more tolerant than Protestants of diversity in their communities*."[756] Il note également que les Protestants sont moins tolérants à l'égard de la violation de la loi que les Catholiques : "*Protestants are more likely than Catholics to support obedience to laws*".[757] Ces trois paramètres concernant les valeurs d'égalité et de liberté, le degré de tolérance à l'égard de la diversité et celui envers la violation des normes permettent d'appuyer la théorie d'une origine religieuse pour comprendre les différences d'accès aux soins des sans-papiers en France et aux États-Unis.

La distinction transatlantique déplace ainsi la responsabilité, passant de l'économie de marché (tradition catholique) à l'individu (tradition protestante) selon Victor RODWIN (1987) : "*Whereas in Western Europe powerful interest groups (including the socialists) viewed poverty as an outcome of the economic system, the predominant inclination in the United States was to regard poverty as an individual problem. Hence, greater attention was focused on* equality of opportunity *in the United States, compared with* equality of result *in the more left-leaning European social democracies*".[758]

Cette sensibilité étasunienne à l'égard de la violation de la loi, en matière d'immigration, se vérifie, enfin, chez Matthew WRIGHT, Morris LEVY et Jack CITRIN (2016) : "*the principal distinction between attitudes toward legal and illegal immigration is not in the relative weight of immigrants' attributes but the much greater prevalence of categorical assessments of illegal immigration policy,*

much of it rooted in rigid moralistic convictions about the importance of strict adherence to rules and laws."[759]

Si la littérature scientifique a peu traité du lien entre la religion, d'une part, et l'État providence ou l'accueil des migrants, d'autre part, il semblerait néanmoins qu'il existe une relation positive entre le catholicisme et l'accès aux soins des étrangers irréguliers. Cette différence tend à confirmer l'existence de noyaux durs des croyances distincts pour chacun des pays.

Cette première partie établit ainsi le constat suivant : la tradition religieuse – catholique en France, protestante aux États-Unis – est à l'origine de l'homogénéité du noyau français et de l'hétérogénéité du noyau étasunien. Cette tradition se répercute directement sur l'organisation et les revendications des groupes d'intérêt. Ce résultat est faiblement validé en France mais fortement validé aux États-Unis par les entretiens d'après la section ci-dessous.

SOUS-SECTION 2. Des résultats validés par les entretiens

Les enquêtés français valident plus faiblement ces résultats (**1**) que les enquêtés étasuniens (**2**). Au sein d'une même note de fin, chaque citation correspond à un enquêté différent. La liste des enquêtés est donnée en **annexe 4**.

1. Une faible validation en France

Le catholicisme est donc faiblement évoqué en entretien (**1.1**) mais il permet de comprendre, tout de même, la tolérance française à l'égard de l'infraction (**1.2**). Les entretiens insistent également sur l'opposition entre l'hospitalité française et l'inquiétude financière (**1.3**). Ils précisent que la santé est une exception universelle dans les années 1980-1990 (**1.4**) mais observent une moindre tolérance à l'égard de l'infraction depuis une dizaine d'années environ (**1.5**).

1.1. Un catholicisme faiblement évoqué en entretiens

Les entretiens confirment en partie le poids du catholicisme et du christianisme dans l'accueil des étrangers irréguliers. Les notes de fin correspondent aux autres entretiens allant dans le même sens.

> *Les Espagnols ils sont comme nous de ce point de vue là, ils ne vont pas laisser quelqu'un crever dans la rue. Les vieux peuples catholiques !*

> *Y a une première idée qui est classique, humaniste, issue de toutes les valeurs judéo-chrétiennes et des Lumières qui est de dire 'on peut pas laisser des gens mourir à partir du moment où on a les moyens de les soigner', ça, c'est un peu l'idée* mainstream.[760]

Seul un opposant aux étrangers irréguliers présente une position contrastée du catholicisme à l'égard de cette population. Une certaine rancœur à l'encontre de l'institution semble ainsi s'exprimer.

> *Moi je ne crois pas que ce soit les valeurs catholiques qui font qu'on accueille des immigrés aujourd'hui, ou je crois que c'est des valeurs catholiques pas comprises.* [...] *Il y a peut-être quelques vieux prêtres qui ont retenu de Mai 68 ces données-là, mais c'est à la marge, à la marge.* [...] *Il faudrait que l'Église catholique se renseigne quand même pourquoi à Barbès ou Château Rouge il n'y a plus un blanc.* [...] *L'Église catholique en France joue les idiots utiles en faisant le travail du gouvernement. Le gouvernement dit 'voilà on ouvre les portes', etc. mais le gouvernement ne se donne pas les moyens d'accueillir les personnes qu'il veut accueillir.*

1.2. Une tolérance à l'égard de l'infraction

Un témoignage estime également que cette tradition « judéo-chrétienne/Lumières » est peu sensible à la violation de la loi et aux fraudes.

> *Ceux qui sont sur la position traditionnelle – on va dire 'judéo-chrétienne/Lumières' – savent très bien qu'il y a des risques de fraudes. Jamais ils ne l'ont nié. Ils disent simplement que c'est pas*

> *important. Pas tellement en nombre, mais en principe. C'est-à-dire que de la même manière que les Romains disaient qu'il valait mieux laisser passer un coupable plutôt que de condamner un innocent, ils disent : 'ce n'est pas parce qu'il y a des gens qui fraudent qu'il ne faut pas mettre en place un dispositif qui soignera tout le monde. Tant pis s'il y a des fraudeurs qui passent au milieu.'*

1.3. Une opposition entre hospitalité et inquiétude financière

La notion d'« hospitalité »[761] est ainsi souvent utilisée pour décrire la « tradition »[762] française.

> *Parce que la tradition française, c'est de soigner, et que…* [...] *Vous emmenez quelqu'un à l'hôpital, on va pas vous demander votre carte bancaire avant d'être soigné.*

Ce contraste entre « humanisme » et « efficience financière » est confirmé par un militant.

> *Le discours de bonne gestion et d'efficience, il est toujours difficile à tenir dans ce contexte, donc on est pris entre, je pense, une vision humaniste, qui est celle de soigner tout le monde, et qui répond au préambule de la Constitution, et puis une réalité plus difficile sur le terrain, avec des contraintes économiques de plus en plus fortes, et on a envie, dans un monde T2A, de récupérer toutes les recettes qui nous sont dues. Donc voilà, je pense, globalement : l'assurance-maladie et l'État oscillent entre humanisme et efficience financière.*

Deux professionnels de santé comparent, ainsi, le cas français avec les États-Unis.

> *Aux États-Unis c'est-à-dire que quand même, c'est l'ensemble de cette culture qui est différente mais qui ne favorise pas un accès assez égalitaire aux soins qui, en France, date de 1945 et des ordonnances de la Sécu.* [...] *J'ai vécu aux États-Unis un certain nombre d'années – la culture est très western quand même, très western.* [...] *C'est chacun pour soi.* [...] *ils ne comprennent pas qu'on paye quand on est en bonne santé.*

> *Moi j'ai des vieux souvenirs, quand vous êtes en train de travailler et que vous recevez quelqu'un, contrairement aux États-Unis, vous ne vous posez pas la question de la solvabilité. Vous faites le boulot. Culturellement dans un hôpital le personnel de santé soigne, après si jamais il y a un problème, c'est l'administration hospitalière ou de la clinique pour qui ça va être un problème, mais pas pour le soignant.*[763]

Cette mutualisation des coûts est ainsi consubstantielle au système sanitaire français d'après un chercheur.

> *Sur de l'hôpital, on ne sait pas faire, assurer de manière privée. Ou alors si, on sait faire mais il y a 40 % des riches qui s'assurent et 60 % qui ne savent pas s'assurer. On ne sait pas faire. Pour mutualiser, il faut que ce soit obligatoire ; l'assurance sociale, c'est le principe, c'est obligatoire. L'assurance-maladie, c'est parce que c'est obligatoire que ça marche donc, il faut que ce soit obligatoire. Donc, comment voulez-vous qu'un truc qui ne soit pas obligatoire puisse marcher sur des soins primaires, notamment la moitié des soins primaires qui sont de l'hôpital ? Ça ne peut pas marcher ! Et qui payerait, qui payerait ?*

1.4. La santé, une exception universelle dans les années 1980-1990

La santé devient ainsi un impératif « universel » unique comparé aux autres politiques sociales d'après un militant.

> *Quelqu'un qui perd son sang sur le trottoir, on ne le laissera pas mourir sur le trottoir ; ou que, si on le laisse mourir, par exemple si l'ambulance est refusée à quatre hôpitaux, s'il meurt, ça la foutra mal. Personne ne pourra cautionner ça, même un ministre de droite. Donc, quelque part, il y aura toujours ça : le rapport au corps, à la souffrance, c'est tellement universel ; la peur de la mort, la peur de la souffrance, de la douleur, c'est tellement universel, pour le coup, là, les étrangers sont comme nous, ou on est comme les étrangers. On est vraiment à égalité. Et donc, là, je crois que c'est quelque chose qui… Tous ceux qui travaillent sur l'ensemble de la protection sociale savent que quand on parle de la santé c'est, quand même, différent.* [...] *Typiquement, on fait une restriction sur les étrangers sur un autre dispositif social, on essaye de mobiliser, communiqué de presse, etc. Nous, silence radio. Pas un journal qui reprend le truc.* [...] *La mesure*

passe inaperçue. Dès qu'il y a un truc sur la santé, que les associations sont mobilisées, etc., il y a, quand même, je dirais, du buzz — comme on dit maintenant. Même quand on est avec des vents défavorables, comme depuis quelques années, on arrive à, quand même, passer un petit peu, à faire pression et, du coup, ça fait pression sur les politiques, les médias reprennent un peu, il y a quand même quelque chose parce que la santé c'est…

Cet impératif sanitaire s'insère ainsi dans le « récit républicain ».

C'est-à-dire que éthiquement, personne, enfin si Marine Le Pen, je veux dire vous n'aurez jamais une majorité dans ce pays pour nous expliquer qu'un mec qui est gravement malade on doit le reconduire dans son pays d'origine. Si vous aurez une majorité qui dit 'je veux être sûr qu'il a bien été vu par des médecins compétents, qu'il n'a pas fraudé, etc.' Dans le récit républicain vous n'aurez jamais, enfin il ne faut jamais dire jamais, mais une majorité dans ce pays pour dire 'ah les affreux malades j'en veux pas'.

Cette exception sanitaire se confirme également selon le témoignage d'un médecin généraliste acceptant de recevoir gratuitement des patients non assurés. Celui-ci affirme par ailleurs que ce principe sanitaire s'étend à d'autres professionnels de santé pour des soins peu coûteux.

Les gens viennent, ils ont pas de moyens, ils payent pas, ils repartent. Alors… Je parle du point de vue des médecins généralistes parce que je les connais un peu mieux, mais même si j'ai besoin pour un patient, je sais pas, d'un examen ophtalmo, j'vais appeler mon collègue ophtalmo en lui disant 'Bah écoute, il a pas de couverture sociale, tu le prends ?' et quand on n'abuse pas, ils le font, ce qui est assez normal. [...] *Faire gratuit l'acte intellectuel c'est pas difficile, ça nécessite un peu de bénévolat. Faire gratuit les médicaments, c'est beaucoup plus compliqué. Et faire gratuit des examens complémentaires, encore plus. Mais, si j'appelle mon biologiste en lui disant : 'Je voudrais une prise de sang et ce patient n'a pas de couverture sociale, tu la fais ?' Je sais qu'il va me la faire, c'est pas un problème ça. C'est pas un problème ça, parce que volumétriquement c'est pas important.* [...] *C'est pareil avec les dépassements d'honoraires, si un patient a pas de mutuelle et a peu de moyens, si j'appelle un de mes correspondants en lui disant 'Tu fais pas de dépassement', il le fera. Le problème, c'est que c'est des démarches*

individuelles volontaires, donc c'est pas très performant comme manière de faire. »[764]

Ce faible intérêt à l'égard de la violation des normes ainsi que cette « tradition d'hospitalité » et cet impératif sanitaire permettent ainsi un mariage entre « étranger irrégulier » et « accès aux soins ». Mieux, l'impératif sanitaire prendrait même le pas sur l'irrégularité du séjour dans les années 1980-1990 selon un chercheur.

Et avec toute cette génération de médecins qui a eu des expériences dans l'humanitaire, leur demander de ne pas soigner, y compris s'ils peuvent être extrêmement réac' sur les autres questions d'immigration, ce n'est pas si simple. Ces médecins-là veulent pouvoir continuer à soigner les gens, et ils vont continuer à faire le boulot pour que ça soit le cas en disant on ne peut pas d'un côté être présent sur les camps de réfugiés à la frontière thaïlandaise et d'un autre côté en France devoir mettre des gens dehors. Donc l'idée que continuer à accorder le soin aux sans-papiers, c'est aussi entretenir une certaine image de la médecine, peut être que c'est là que j'écrirais les choses différemment, peut être plus de la médecine que de la protection sociale, ça va être très très fort entre les années 80 et 90. [...] *Les associations* [NDA : à cette période]*, que ce soit MSF ou MDM, et ensuite après les assos de lutte contre le SIDA, elles voient assez rapidement le risque de ce discours. Ce discours, même s'il peut être un argument ponctuel, ça met quand même les étrangers en position d'être un risque sanitaire pour le pays, et ils voient les enjeux contre-productifs. Donc le discours médical est très centré sur la possibilité de soigner, l'éthique médicale, l'exception aux soins.*

1.5. Une moindre tolérance à l'égard de l'infraction depuis une dizaine d'années

Un basculement priorisant l'irrégularité sur la santé semble cependant s'opérer depuis une dizaine d'années environ. Ce phénomène toucherait, tout d'abord, l'opinion publique.

Franchement, l'atmosphère générale a beaucoup changé. Je pense qu'aujourd'hui, il y aurait un mouvement qui viendrait dire aux gens : 'on est en train de laisser des étrangers mourir faute de soins'… Il y a

> *vingt ans, ça aurait provoqué un tollé. Aujourd'hui, Internet serait rempli de gens qui trouveraient que non seulement il faut faire comme ça, mais qu'il faut même aller plus loin.* [...] *J'ai lu quand même sur des courriers des lecteurs du Figaro ou du Point, pas de Minute, hein, de Figaro ou du Point, des gens qui disent qu'il faut tirer sur les bateaux de réfugiés, et c'est pas modéré, c'est pas censuré. Des gens pensent ça. Y en avait sûrement qui pensaient ça, il y a vingt ans, mais il y a vingt ans, ils osaient pas le dire. Aujourd'hui, il s'est libéré une parole d'une violence raciste insensée, et tout ce qui va dans le sens de l'aggravation et de la précarisation des étrangers (et la santé est un élément de précarisation), non seulement, le traiter sous l'angle humanitaire, c'est pas efficace, mais à la limite c'est contre-productif.*[765]

Il toucherait également les professionnels de santé d'après deux de ces professionnels[766].

> *Il y a aussi une évolution, c'est que je constate que de plus en plus de médecins ou d'infirmiers, infirmières, enfin, de soignants deviennent réticents, pour pas dire plus, à la prise en charge des patients qui n'ont pas de prise en charge sociale. Et ça, c'est un phénomène nouveau qui là aussi s'amplifie beaucoup.* [...] *Je constate, malheureusement, que beaucoup de médecins sont pas du tout aidants. J'ai vu de mes yeux des chirurgiens, j'ai quelques exemples précis, exiger un âge osseux, c'est-à-dire que c'est eux-mêmes qui demandaient un âge osseux, pour des gamins qui prétendaient avoir moins de 15 ans* [...]. *Et ça, pour moi, que ça vienne d'un médecin, c'est des choses qui me stupéfient.*
> ***Et pareil, depuis quand vous avez vu ce basculement ?***
> *À peu près à la même période. Depuis aussi une dizaine d'années, oui.* [...] *il y a eu un certain nombre de scandales de médecins agréés qui demandaient des sommes complètement délirantes, des 320 euros, des 400 euros, pour des malheureux migrants qui avaient pas de sous.*

> *Les étudiants en médecine ne connaissent pas, les personnels ne connaissent pas, ne savent pas le problème.* [...] *'Qu'est ce que c'est l'AME ?' Ils ne le savent pas. La deuxième chose c'est : 'est-ce que vous croyez que ça sert à quelque chose pour nous ? Est-ce qu'il y a un bénéfice pour la population française ?' Vous verrez, ils diront non alors que la réponse est oui. »*

Le transfert d'une partie de la régularisation pour soins du ministère de la Santé au ministère de l'Intérieur (du MARS à l'OFII) consacre, en partie, cette priorité accordée au statut administratif plutôt qu'au statut épidémiologique. Il en va de même concernant la Direction de la population et des migrations, créée en 1966 et précédemment en charge de l'accueil des immigrés et de l'attribution des naturalisations. Cette direction, alors sous l'autorité du ministère des Affaires sociales, passe sous le giron du ministère de l'Immigration en 2007 avant d'être supprimée cette même année[767]. Un phénomène similaire concerne « l'ingérence » de l'Intérieur sur la Santé selon les propos d'un militant.

> *Son poste* [NDA : de Bernard MONTAGNON] *incarne l'ingérence du ministère de l'Intérieur dans les affaires de la santé. C'est sur quelque chose qui est officieux, qui est très efficace mais qui est très officieux.* [...] *et qu'est-ce qu'il fait Montagnon ? Il appelle les MARS pour leur dire 'ah non mais là faut pas donner…' En fait il a pas de pouvoir hiérarchique pour faire ça, mais ça marche assez bien*. [...] *Certains disent 'Excusez-moi, je prends mes responsabilités. Au revoir', mais d'autres vont être influencés par ça.*

Un dernier phénomène illustrant ce basculement est, globalement, le faible impact du ministère de la Santé sur le ministère de l'Intérieur lors des discussions interministérielles selon trois militants.

> *La Santé est un ministère globalement qui n'a pas de poids dans les arbitrages interministériels*

> *De toute façon, quand il y a des conflits entre Intérieur et Santé, c'est toujours l'Intérieur qui gagne.*

> *Le ministère de la Santé ils peuvent bien être gentils, mais ils ne sont pas puissants. On a toujours le luxe d'être sympathique quand on est... Si Bercy et l'Intérieur ne veulent pas quelque chose, ce quelque chose ne se fera pas. Donc ils résistent, ils font comme ils peuvent mais c'est compliqué.*

Ce constat est partagé par un membre du ministère de l'Intérieur lui-même.

> *L'ODSE dit aussi qu'il faut mettre fin aux contre-enquêtes des préfectures. Non on ne mettra certainement pas fin à ce qui s'appelle les contre-enquêtes* [...] *Le ministère de l'Intérieur entend garder une attitude par rapport aux dossiers des étrangers. Le médecin de l'OFII rendra un avis et le préfet ne sera pas tenu de le suivre.*

L'intervention récente du volet migratoire tend ainsi à restreindre cet accès aux soins – quitte à créer une véritable « schizophrénie » juridique selon un militant.

> *On a une sorte de déontologie, ancrée en France, qui est, quand même, que l'accès aux soins doit se faire pour toute personne, avec tout un corps médical qui a été élevé comme ça — moi, je trouve ça très bien — et la schizophrénie est que, à côté, on a, sur l'accès au séjour, des démarches complètement contraires. Donc, en fait, on essaye, juridiquement, de créer des textes qui vont dire : 'Ok, vous pouvez vous faire soigner. Mais, moi, je vais créer un texte qui va vous exclure le plus possible du champ de l'accès au séjour, pour, soit que, moi, je vous éloigne, soit, qu'à terme, vous partiez tout seul'. Voilà. 'Votre vie en France… OK, vous serez soigné, mais elle ne sera pas supportable et vous finirez bien par quitter le territoire'. C'est le volet juridique, c'est là la schizophrénie.*

Un chercheur va même jusqu'à concevoir le système sanitaire comme étant, désormais, un outil de régulation des flux migratoires.

> *Il existe, quand même, un véritable droit à la protection de la santé des étrangers en France, ça, c'est certain, qui n'existe pas forcément dans les autres États. Mais, en revanche, il est minimaliste, notamment pour les étrangers irréguliers. Et il est minimaliste pour deux raisons : d'une part, le droit à la santé c'est un droit créance, donc c'est un droit moins bien protégé — il y a cet aspect finances publiques — et, deuxième point, on le veut minimaliste pour éviter que l'immigration grandisse. En fait, la santé, j'ai l'impression, sert d'instrument pour réguler les flux migratoires.*

Si le facteur religieux est donc peu cité en entretien, les enquêtés insistent essentiellement sur l'éthique médicale soumise, progressivement, aux impératifs migratoires. Cette éthique sanitaire semble ainsi davantage caractériser le noyau dur des croyances français, notamment dans les années 1980-1990. En revanche, depuis une dizaine d'années environ, la tolérance accordée à

l'infraction semble s'amoindrir – déstabilisant ainsi le mariage entre « étrangers irréguliers » et « accès aux soins ». Ce phénomène est également attesté par deux constats. D'une part, les communiqués français défendant une régularisation massive sont rares, notamment sur la période récente. D'autre part, quelques enquêtés militants ont fait preuve d'une relative réticence à l'égard d'une régularisation massive et d'une ouverture des frontières.

Cette plus faible tolérance à l'égard de l'infraction rapproche le noyau dur français du noyau dur étasunien. Pour ce second cas, les enquêtés insistent davantage sur le poids religieux que les enquêtés français.

2. Une forte validation aux États-Unis

Les enquêtés étasuniens reconnaissent un plus grand intérêt accordé par le culte catholique à la santé des étrangers irréguliers (**2.1**). À l'inverse, l'éthique protestante se définit par la capacité de travailler (**2.2**) et est particulièrement sensible à la violation des règles (**2.3**) et à l'extension du pouvoir fédéral (**2.4**).

2.1. Un plus grand intérêt catholique envers l'accès aux soins

D'après les enquêtés, la tradition catholique est sensible à l'accès aux soins pour tous. Un militant de *CHA* affirme ainsi :

> *When they come to our hospitals, we take care of them and treat home because we believe in the fundamental dignity of every person and that they deserve that health care.*

Les autres enquêtés relèvent l'implication du catholicisme dans l'organisation du système de soins étasunien. Deux extraits d'entretien illustrent ce phénomène.

> *I think Catholic churches have, for centuries, done more with providing healthcare to anyone who comes in. So I think they have a long, long, long history of that in communities. They often had parish nurses and people on site who gave healthcare to whoever walked in the door, so I think that is part of their long tradition.*

> *The history of Catholic welfare, it was founded mostly by sisters, orders of sisters, sometimes men's orders, but mostly orders of sisters who were very much steeped in the values of the Catholic church, including the dignity of every single person and the need to make sure that people have access to the healthcare they need. So that is a fundamental part of the identity of what it means to be doing Catholic health care as opposed to any other type of healthcare.* [...] *There are very few, there are far fewer non-Catholic religious based hospitals. That's a backwards way of saying it.*[768]

2.2. Éthique protestante, capacité à travailler et droit à la santé

Un enquêté définit ainsi l'éthique protestante : « Si vous êtes en mesure de travailler, vous devez travailler. Vous devez être autonome. Vous devez faire des économies pour votre propre santé »[769]. En ce sens, « les personnes âgées sont un groupe sympathique. Les pauvres sont un groupe sympathique. Mais si vous êtes en mesure de travailler, vous n'êtes pas sympathiques. Vous devriez être en train de travailler. »[770] Les personnes méritantes sont donc celles « ayant essayé aussi dur qu'elles le pouvaient mais qui, pour des raisons qui leurs sont indépendantes, traversent une mauvaise passe ».[771] Cette méritocratie catégorielle confirme ainsi la conclusion du premier chapitre.

Cette forme de méritocratie (*deserving*) est donc très fortement citée en entretien[772]. Certains enquêtés caricaturent ainsi cette pensée.

> *Go get a job. It's your fault. Go get a job !*

> *Every man for himself and devil take the hindmost.*

Des enquêtés anti-immigration la décrivent également sérieusement.

> *"No free lunch !"*[773]

Le forçat est donc récompensé pour son labeur[774] et la communauté n'a pas à le « *chouchouter* » (*pamper*).[775] L'étranger en mesure de travailler n'a donc pas à

recevoir le fruit du labeur des autres.[776] Selon certains militants défendant les étrangers, insister sur la contribution fiscale des sans-papiers[777] est ainsi plus efficace qu'une attaque frontale portant sur les valeurs humanistes.

> *If you made the argument simply 'poor people deserve healthcare because they are human' you would not have one. If you argue the cost of poor people in the system that are without insurance, it is so big that it is going to collapse the system for everyone* [...] *then you can win.*

Les Étasuniens s'interrogent ainsi régulièrement sur l'existence, ou non, d'un droit à la santé dans leur pays. Ainsi, selon deux chercheurs :

> *In the rest of the world, or much of the world, healthcare is seen as a right, whereas in the United States it is seen as a privilege and something that you earn or buy but you are not guaranteed as a right.*

> *We don't have a philosophy in providing free health care generally*[778]

Pourtant, la prise en charge des maladies infectieuses semble faire largement consensus, même lorsque cette prise en charge bénéficie à des étrangers irréguliers.[779] Cette prise en charge doit juste rester discrète.

> *Treat the undocumented immigrants, just keep it quiet and just deal with the problem.*

2.3. Éthique protestante et transgression des normes

L'éthique protestante s'offusque également de la transgression des normes. Un opposant aux étrangers irréguliers précise ainsi :

> *They should have followed the law, simply.*[780]

L'illégalité du séjour est donc perçue comme la résultante d'un choix individuel[781] violant l'État de droit (*rule of law*)[782]. Il existe ainsi une tension entre l'irrégularité du séjour et la nécessité de préserver la santé des Étasuniens. Seul un

maquillage rhétorique assimilant les sans-papiers à une population vulnérable permet d'apaiser un tel conflit selon un militant.

> *There is generally a feeling that we really need health care safety-net programs.* [...] *We have these euphemisms that we have learn to use the US medically underserved communities, medically underserved populations, vulnerable populations, but we never talk about the legal status issue.* [...] *There is no point in trying to overtly ask from one the money to support healthcare for undocumented people because you would be turned away! So instead we talk about medically underserved communities.*

Le soutien des communautés religieuses paraît également être nécessaire pour étendre l'accès aux soins des étrangers illégaux.[783] Une telle tension aboutit au constat suivant : il est plus facile pour les Étasuniens d'envisager une régularisation massive plutôt qu'une extension des droits sanitaires.

> *You have to be on a path to citizenship. I don't think we will ever say 'Undocumented should be eligible for healthcare'.*[784]

2.4. Éthique protestante et pouvoir fédéral

Tel qu'observé dans la littérature, le protestantisme réformé étasunien a divisé philosophiquement le pays sur la légitimité du pouvoir fédéral[785] et des impôts.[786]

> *There is a strong resistance to increasing the whole government in anything. You can see it in healthcare. You can see it in education. You can see it in a lot of public assistance, in social programs.*

Aux velléités « socialistes » ou « communistes »[787] s'ajoutent également les fragments d'une mentalité « *Wild West* »[788]. Le secteur public est ainsi soupçonné d'inefficacité et d'intrusion dans la vie privée[789].

Ces trois rapports au travail, à la violation des normes et au pouvoir fédéral permettent ainsi de mieux comprendre les contradictions entourant l'action publique étasunienne. Le mélange entre « étranger irrégulier » (violation des normes) et « accès aux soins » (travail et pouvoir fédéral) est ainsi difficile.

Ce noyau dur explique en partie pourquoi les groupes d'intérêt valorisent deux types d'arguments rappelant, grossièrement, la philosophie pragmatique : la plus-value électorale[790] et le bénéfice économique[791].

En plus de confirmer l'existence de tels noyaux, la partie suivante mesure un niveau d'influence des groupes d'intérêt plus important en France qu'aux États-Unis. Pour ce faire, la seconde partie analyse la presse et les sources parlementaires et administratives.

PARTIE 2. LE NOYAU DUR DES CROYANCES ET L'INFLUENCE DES GROUPES D'INTÉRÊT DANS LA PRESSE, LE PARLEMENT ET L'ADMINISTRATION

Cette seconde partie reprend les deux hypothèses de la thèse : le noyau dur des croyances a-t-il un impact sur la stabilité de l'action publique et, si oui, comment le définir ? De même, les groupes d'intérêt influencent-ils la presse et les pouvoirs législatif et administratif et, si oui, quels sont-ils ? Cette partie montre le soutien de la presse à l'égard des groupes d'intérêt en France, en comparaison au cas étasunien (**chapitre 4**). Elle présente également l'hostilité exceptionnelle de certains parlementaires français envers l'accès aux soins des étrangers irréguliers (**chapitre 5**). Elle insiste, enfin, sur l'importante influence des groupes d'intérêt sur l'administration française (**chapitre 6**). Elle conclut cette partie en identifiant trois actions du noyau dur des croyances : le verrouillage idéel et les rétroactions positives et négatives. Ces trois processus sont compilés en un seul : l'homéostasie idéelle.

CHAPITRE 4. LE DISCOURS DES GROUPES D'INTÉRÊT DANS LA PRESSE

Ce quatrième chapitre, relatif à la presse, révèle que celle-ci est très favorable à l'AME et à la régularisation en France et relativement favorable à la régularisation et à *EMTALA* aux États-Unis. La presse française use ainsi d'un discours « victimaire » là où une rhétorique « utilitariste et laborieuse » est déployée aux États-Unis. Ce chapitre dévoile ainsi une forte imprégnation du discours des groupes d'intérêt en France vis-à-vis de sa consœur étasunienne. Toutefois, la littérature suggère également des traditions rédactionnelles différentes. Ainsi, là où la presse française oppose volontiers les points de vue institutionnels, la presse étasunienne privilégie la dramaturgie personnalisée. Quoi qu'il en soit, la presse française accroît l'influence des groupes d'intérêt sur le pouvoir législatif et l'administration. En comparaison au cas étasunien, quelques journaux français se positionnent de manière hostile à l'égard des instruments.

Les principaux groupes d'intérêt étant désormais identifiés, une première section précise quantitativement le taux d'apparition de ces groupes dans l'ensemble des sources écrites (administration, débats parlementaires et presse) (**section 1**). Un panorama des articles de presse permet, ensuite, de mieux cerner les forces et les faiblesses de l'échantillon récolté (**section 2**). Sont par ailleurs traités les cas de la régularisation dans chacun des pays (**section 3**), de l'AME en France et d'*EMTALA* aux États-Unis (**section 4**). Une conclusion boucle enfin ce chapitre (**section 5**).

SECTION 1. TAUX D'INFLUENCE DES GROUPES D'INTÉRÊT DANS L'ADMINISTRATION, LE PARLEMENT ET LA PRESSE

Le tableau ci-dessous liste les mots-clés utilisés pour rechercher les principaux groupes d'intérêt dans les sources écrites. Cette sélection s'effectue selon deux critères. D'une part, quels groupes d'intérêt s'intéressent le plus à l'accès aux soins des étrangers irréguliers ? D'autre part, concernant le cas étasunien, quels sont les groupes d'intérêt les plus influents parmi l'échantillon ? Cette dernière

question permet de conserver les groupes d'intérêt suivants : *KFF*, *Brookings Institution*, *AEI*, *RAND Corporation*, *CAP*, *CBPP*, *Urban Institute* et *Commonwealth Fund*.[792] Enfin, concernant la France, le FN est ajouté en raison du rôle fondamental qu'a joué ce parti sur les programmes présidentiels des autres partis tel qu'il l'a été observé dans l'introduction générale de cette thèse.

TABLEAU 38 • Mots-clés utilisés pour la recherche des organisations citées

FRANCE	ÉTATS-UNIS
"act&&up"	"340b&&health" or phpc or "health&&pharmacy&&coalition" or snhpa or "hospitals&&for&&pharmaceutical&&access"
cfdt or "confédération&&française&&démocratique"	"afl&&cio"
cgt or "confédération&&générale&&du&&travail"	"air&&340b"
cimade or "comité&&inter&&mouvements" or "service&&œcuménique&&d'entraide"	"american&&hospital&&association"
"collectif&&pass"	"american&&medical&&association"
comede or "comité&&pour&&la&&santé&&des&&exilés"	"american&&nurses&&association"
fnars or "fédération&&des&&acteurs&&de&&la&&solidarité" or "fédération&&nationale&&des&&associations"	"biotechnology&&innovation&&organization"
fn or "front national"	"brookings&&institution"
gisti or "groupe&&d'information&&et&&de&&soutien"	"catholic&&health&&association"
ldh or "ligue&&des&&droits&&de&&l'homme"	"cato&&institute"
MdM or "médecins&&du&&monde"	"center&&for&&american&&progress"
msf or "médecins&&sans&&frontières"	"center&&for&&immigration&&studies"
mrap or "mouvement&&contre&&le&&racisme&&et&&pour"	"center&&on&&budget&&and&&policy&&priorities"
odse or "observatoire du droit à la santé"	"chamber&&of&&commerce"
uniopss or "union&&nationale&&interfédérale&&des"	"commonwealth&&fund"
	"families&&usa"
	"federation&&for&&american&&immigration&&reform"
	"federation&&of&&american&&hospitals"
	"heritage&&foundation"
	"kaiser&&family&&foundation"
	"migration&&policy&&institute"
	"nastad" or "territorial&&aids&&directors"
	"national&&association&&of&&community" or "nachc"
	"national&&immigration&&Law&&center" or "nilc"
	"national&&network&&for&&immigrant" or "nnirr"
	"pharmaceutical&&research&&and&&manufacturers" or "phrma"
	pnhp or "physicians&&for&&a&&national"
	"presbyterian&&church"
	"rand&&corporation"
	"seiu" or "service&&employees"
	"unidosus" or nclr or "la&&raza"
	"urban&&institute"
	usccb or "catholic&&bishops"

Le nombre de fichiers faisant mention des groupes d'intérêt est donné ci-dessous pour chacun des pays. Le FN est absent du cas français car il n'est pas un groupe d'intérêt. Les nombres surlignés en orange pâle (France) et en bleu pâle (États-Unis) correspondent respectivement aux trois (France) et aux cinq (États-Unis) groupes d'intérêt les plus cités. Les groupes d'intérêt sont surlignés du plus foncé au plus clair selon qu'ils possèdent un, deux ou trois binômes de nombres surlignés en orange pâle ou en bleu pâle dans les sources écrites uniquement. Ces surlignages ne prennent donc pas en compte les entretiens qui sont donnés à titre indicatif afin de confirmer l'importance de MdM en France et de la Chambre du commerce aux États-Unis en dépit d'un faible nombre d'enquêtés provenant de ces organisations.

TABLEAU 39 • Groupes d'intérêt dans les données françaises

	Exécutif	Exécutif /190	Débats parlementaires	Débats /1260	Articles de presse	Articles de presse /15625	Entretiens	Entretiens /47
Act Up	**52**	**0,27**	59	0,05	215	0,01	17	0,36
CFDT	5	0,03	65	0,05	238	0,02	7	0,15
CGT	3	0,02	**124**	**0,10**	**745**	**0,05**	11	0,23
Cimade	16	0,08	42	0,03	455	0,03	**21**	**0,45**
Collectif PASS	2	0,01	0	0,00	3	0,00	6	0,13
COMEDE	**43**	**0,23**	3	0,00	75	0,00	**24**	**0,51**
FNARS	21	0,11	20	0,02	99	0,01	3	0,06
GISTI	13	0,07	8	0,01	200	0,01	18	0,38
LDH	12	0,06	10	0,01	318	0,02	2	0,04
MdM	**64**	**0,34**	**66**	**0,05**	**894**	**0,06**	**31**	**0,66**
MRAP	6	0,03	7	0,01	235	0,02	2	0,04
MSF	12	0,06	34	0,03	191	0,01	19	0,40
ODSE	20	0,11	1	0,00	181	0,01	7	0,15
UNIOPSS	5	0,03	2	0,00	27	0,00	0	0,00
MOYENNE		**0,10**		**0,03**		**0,02**		**0,26**

TABLEAU 40 • Groupes d'intérêt dans les données étasuniennes

	Exécutif	Exécutif /106	Débats parlementaires	Débats /291	Articles de presse	Articles de presse /16970	Entretiens	Entretiens /56
340B Health	**5**	**0,05**	0	0,00	7	0,00	0	0,00
AFL-CIO	2	0,02	**41**	**0,14**	**285**	**0,02**	4	0,07
AHA	2	0,02	19	0,07	50	0,00	7	0,13
AIR 340B	0	0,00	0	0,00	3	0,00	0	0,00
AMA	3	0,03	**61**	**0,21**	113	0,01	**19**	**0,34**
ANA	0	0,00	11	0,04	10	0,00	0	0,00
BIO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Brookings I.	1	0,01	11	0,04	135	0,01	4	0,07
CAP	2	0,02	1	0,00	93	0,01	3	0,05
Cato I.	1	0,01	4	0,01	109	0,01	6	0,11
CBPP	1	0,01	6	0,02	45	0,00	6	0,11
CHA	0	0,00	7	0,02	6	0,00	5	0,09
Chamber of commerce	**5**	**0,05**	**51**	**0,18**	**505**	**0,03**	**23**	**0,41**
CIS	2	0,02	3	0,01	**465**	**0,03**	7	0,13
Commonwealth fund	1	0,01	10	0,03	29	0,00	2	0,04
FAH	0	0,00	9	0,03	8	0,00	2	0,04
FAIR	3	0,03	8	0,03	**287**	**0,02**	4	0,07
Families USA	2	0,02	13	0,04	35	0,00	5	0,09
Heritage F.	1	0,01	**27**	**0,09**	208	0,01	8	0,14
KFF	**15**	**0,14**	6	0,02	138	0,01	3	0,05
MPI	1	0,01	0	0,00	229	0,01	3	0,05
NACHC	**7**	**0,07**	7	0,02	150	0,01	7	0,13
NASTAD	**8**	**0,08**	1	0,00	14	0,00	1	0,02
NILC	2	0,02	0	0,00	85	0,01	**17**	**0,30**
NNIRR	0	0,00	0	0,00	3	0,00	0	0,00
PhRMA	4	0,04	11	0,04	23	0,00	9	0,16
PNHP	0	0,00	1	0,00	8	0,00	4	0,07
Presbyterian Church	1	0,01	7	0,02	69	0,00	0	0,00
RAND Corporation	4	0,04	5	0,02	20	0,00	1	0,02
SEIU	1	0,01	**49**	**0,17**	212	0,01	6	0,11
UnidosUS	2	0,02	15	0,05	**295**	**0,02**	**17**	**0,30**
Urban Institute	**5**	**0,05**	19	0,07	99	0,01	4	0,07
USCCB	1	0,01	13	0,04	142	0,01	3	0,05
MOYENNE		**0,02**		**0,04**		**0,01**		**0,10**

Les groupes d'intérêt les plus influents dans l'ensemble des sources écrites sont donc MdM en France et la Chambre du commerce aux États-Unis. Dans une

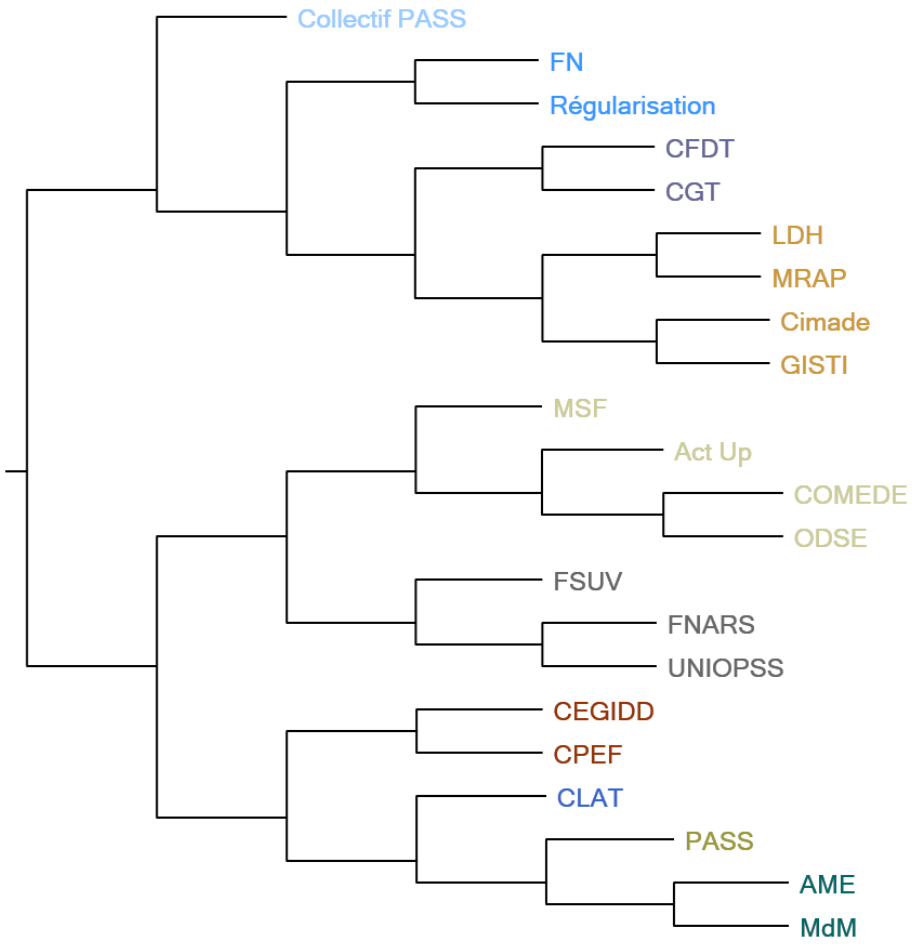
moindre mesure, la CGT est également fortement citée en France, au même titre qu'*AFL-CIO* aux États-Unis. Or, si MdM est fortement attaché à l'accès aux soins des étrangers irréguliers, tel n'est pas le cas pour la CGT, la Chambre du commerce et *ALF-CIO* qui y accordent peu d'intérêt et privilégient leur régularisation.

Dans chacun des pays, les débats parlementaires et la presse citent en moyenne les groupes d'intérêt dans des proportions équivalentes. En revanche, les groupes d'intérêt surlignés sont davantage cités dans la presse française et les débats parlementaires étasuniens. La véritable différence réside cependant dans l'administration où ces groupes sont davantage considérés en France.

La presse française privilégie ainsi MdM et la CGT là où sa consœur étasunienne favorise la Chambre du commerce et *CIS*. Si l'on rapporte le nombre d'occurrences à l'ensemble des articles récoltés (15 625 en France, 16 970 aux États-Unis), la France se soucie sensiblement plus des groupes d'intérêt comparé au cas étasunien. Ce résultat sera amplifié suite à l'analyse qualitative.

Le coefficient de Jaccard est donné ci-dessous pour les groupes d'intérêt dans la presse en incluant, cette fois, le FN pour le cas français. Les schémas représentant ce coefficient de Jaccard retireront automatiquement les groupes d'intérêt n'ayant aucune occurrence dans les sources étudiées. Les couleurs n'ont toujours pas de signification.

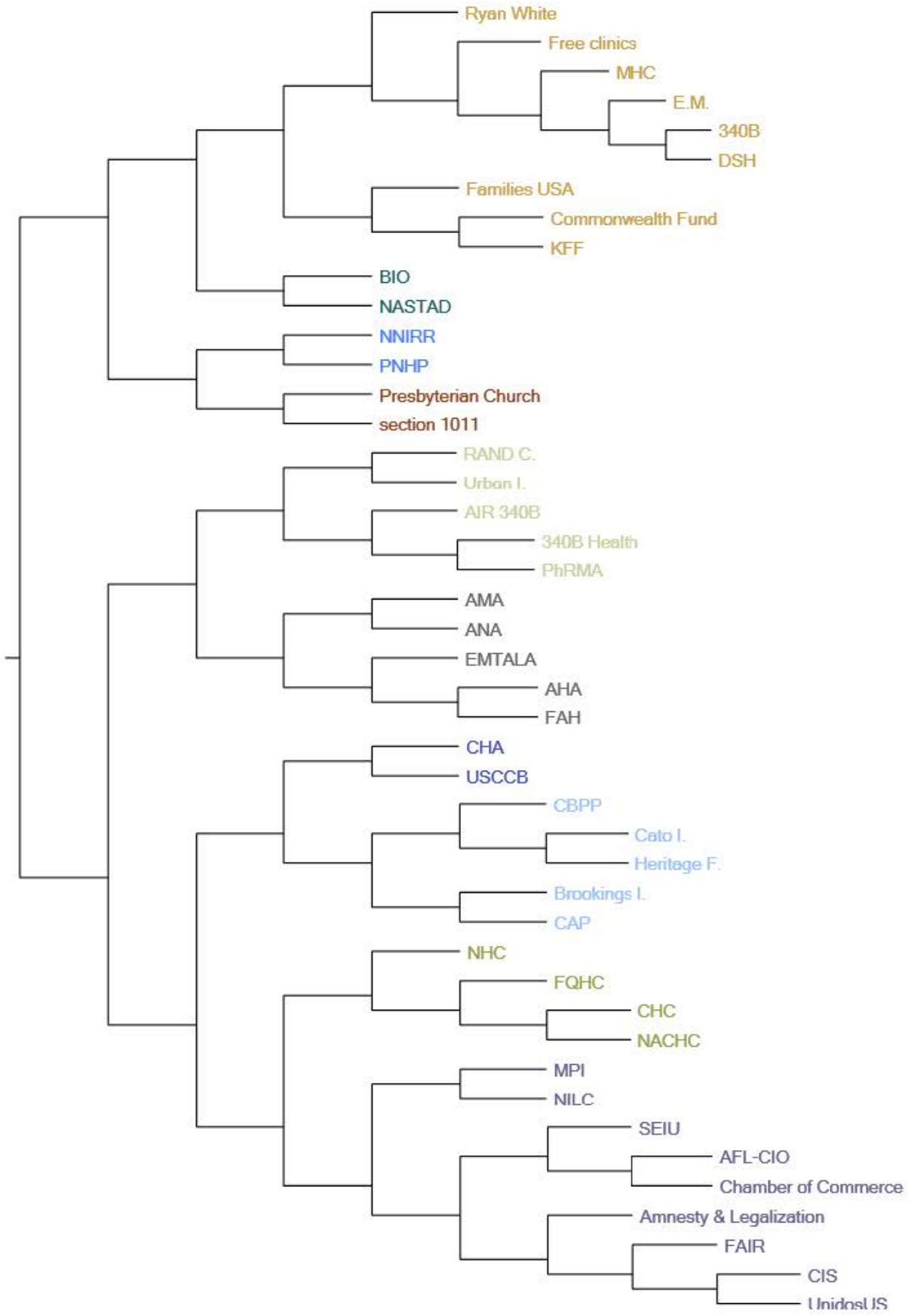
FIGURE 47 • Coefficient de Jaccard dans la presse française avec les groupes d'intérêt et le FN



Le terme de « grappe » est évité en raison de l'imprécision qu'apporte la présence des groupes d'intérêt dans l'arborescence. Ce schéma distingue ainsi deux groupes : l'un est propre à la régularisation et l'autre regroupe l'ensemble des instruments sanitaires. Concernant la régularisation, la presse encourage un lien entre le FN et cet instrument. En mettant de côté le Collectif PASS et la FNARS, cet instrument est également associé à l'ensemble des groupes d'intérêt « pro-immigration » du TABLEAU 15 ainsi qu'aux syndicats. De même, les associations sanitaires de ce tableau sont liées aux instruments sanitaires. Enfin, l'AME est, quant à elle, fortement associée à MdM. Ces résultats se retrouvent en partie dans l'analyse qualitative.

Le schéma ci-dessous indique les résultats de ce coefficient pour le cas étasunien.

FIGURE 48 • Coefficient de Jaccard dans la presse étasunienne avec les groupes d'intérêt



Un premier groupe intéressant rassemble *AIR 340B*, *340B Health* et *PhRMA* tel qu'il a été observé concernant le positionnement des groupes d'intérêt vis-à-vis du prix des médicaments. Un second cluster regroupe les fédérations d'hôpitaux (*AHA* et *FAH*) et les professionnels de santé (*ANA* et *AMA*) autour d'*EMTALA* qui concerne tout particulièrement ces deux types d'acteurs. Un troisième groupement associe logiquement *NACHC* aux *CHC*, aux *FQHC* et à leur ancêtre, les *NHC*. Enfin, un dernier ensemble concentre, autour de la régularisation, les syndicats également (*SEIU* et *AFL-CIO*), les entreprises (*Chamber of Commerce*) ainsi que les groupes d'intérêt pro-immigration (*UnidosUS*) et anti-immigration (*FAIR* et *CIS*) en respect de la classification du TABLEAU 16. Deux groupes au sein de cet ensemble sont logiquement visibles : syndicats et entreprises d'un côté, groupes d'intérêt pro et anti-immigration de l'autre.

Deux anomalies sont cependant présentent dans chacun de ces graphiques en raison du faible nombre d'occurrences. En France, le Collectif PASS n'est pas directement associé aux PASS et, aux États-Unis, *AIR 340B* et *340B Health* ne sont pas liés au programme *340B*.

La section suivante construit un échantillon représentatif pour chacun des pays et présente, de manière quantitative, les articles de presse.

SECTION 2. PRÉSENTATION QUANTITATIVE DES DONNÉES ET CONSTITUTION D'UN ÉCHANTILLON REPRÉSENTATIF

La sélection de la presse est effectuée par Europresse, en France, et Factiva, aux États-Unis. Ces bases de données peuvent sélectionner la presse nationale et régionale la plus largement diffusée. D'autres journaux spécialisés, notamment médicaux, ont ensuite été ajoutés afin de compléter cette liste, tels que *Le Quotidien du médecin* en France ou *Drug Week* aux États-Unis. La presse en ligne peut également être ajoutée (*Rue 89* en France et édition en ligne de certains journaux). Le classement des presses française et étasunienne par nombre de tirages est donné ci-dessous. Les journaux en rouge correspondent à ceux qui n'ont pas été sélectionnés.

TABLEAU 41 • Presse française par tirage en 2017

TITRE	TIRAGE
Ouest-France	671228
Le Figaro	307912
Le Monde	284738
Sud Ouest	237408
L'Equipe	234899
La Voix du Nord	205387
Le Parisien	204009
Le Dauphiné Libéré	198105
Le Télégramme	192206
Le Progrès	173071
La Montagne	159495
La Nouvelle République	152146
Dernières Nouvelles d'Alsace	140605
La Dépêche du Midi	138307
Les Echos	128376
Aujourd'hui en France	120180
L'Est Républicain	117550
Midi Libre	101423
La Provence	97886
Le Républicain Lorrain	97833
La Croix	89558
Le Courrier de l'Ouest	85963
L'Union - L'Ardennais	77276
Libération	75275
Nice Matin	73018
L'Alsace	69070
Var Matin	51744
Paris Normandie	50313
Le Courrier Picard	49049
Le Journal de Saône-et-Loire	47901
L'Indépendant	44520
Le Maine Libre	38819
Le Bien Public	37136
L'Humanité	33878
Vosges Matin	33649
Le Populaire du Centre	33089
Corse Matin	32088
La République du Centre	30237
La Charente Libre	29701

SOURCE : Alliance pour les chiffres de la presse et des médias. URL : www.acpm.fr (dernière visite : 21 juin 2018).

TABLEAU 42 • Presse étasunienne par tirage en 2013

TITRE	TIRAGE
The Wall Street Journal	2378827
The New York Times	1865318
USA Today	1674306
Los Angeles Times	653868
The Mercury News	527568
New York Daily News	516165
New York Post	500521
The Washington Post	474767
Chicago Sun-Times	470548
The Denver Post	416676
Chicago Tribune	414930
The Dallas Morning News	409265
Newsday	377744
Houston Chronicle	360251
Orange County Register	356165
The Star-Ledger	340778
Tampa Bay Times	340260
The Plain Dealer	311605
The Philadelphia Inquirer	306831
Star Tribune	301345
The Arizona Republic	293640
Honolulu Star-Advertiser	268244
Las Vegas Review-Journal	252047
The San Diego Union-Tribune	250678
The Boston Globe	245572
Atlanta Journal-Constitution	231094

SOURCE : Alliance for Audited Media. URL : https://auditedmedia.com (dernière visite : 21 juin 2018).

Les dates d'archivage et le nombre des articles récoltés par journal sont précisés dans les deux tableaux suivants.

TABLEAU 43 • Date d'archivage et nombre d'articles de presse français

Europresse (France)	Date d'archivage	Articles
Sud Ouest	29/08/1944	952
Le Monde	19/12/1944	1024
L'indépendant	01/01/1970	234
Le Point	01/01/1970	180
Le Monde diplomatique	01/01/1980	32
Les Echos	02/01/1991	416
Libération	02/01/1995	721
La Tribune	05/01/1995	138
La Croix	01/09/1995	482
Le Figaro	31/10/1996	779
Le Progrès	01/01/1997	984
Le Parisien	02/05/1998	1009
L'Obs	18/02/1999	18
L'Humanité	16/11/1999	423
La Nouvelle République du Centre-Ouest	05/02/2001	834
AFP	19/03/2001	2196
NewsPress	01/05/2001	165
Le Télégramme	28/07/2001	853
Ouest-France	01/12/2003	1326
Challenges	22/01/2004	13
La Voix du Nord	05/02/2004	638
Aujourd'hui en France	04/10/2005	187
La Nouvelle République Dimanche	26/11/2006	9
Charente Libre	21/03/2007	145
L'Est Républicain	07/02/2008	391
Le Quotidien du médecin	15/04/2009	202
Bulletin Quotidien	01/07/2009	98
Actualités Sociales Hebdomadaires	01/01/2010	115
Rue 89	25/04/2010	26
La Provence	10/06/2010	236
Midi libre	17/07/2010	410
Nord Littoral	28/10/2010	165
Le Courrier de l'Ouest	18/09/2013	81
La Dépêche du Midi	16/12/2013	143

ACRONYME : « AFP » pour « Agence France Presse ».

TABLEAU 44 • Date d'archivage et nombre d'articles de presse étasuniens

Factiva (Etats-Unis)	Date d'archivage	Articles
The Wall Street Journal	13/06/1979	1467
The New York Times	01/06/1980	3117
St. Louis Post-Dispatch	16/02/1981	394
The Washington Post	01/01/1984	2886
Star Tribune	01/01/1986	301
The Atlanta Journal - Constitution	01/01/1986	423
Orange County Register	01/11/1986	801
Tampa Bay Times	01/11/1986	1207
The Boston Globe	01/01/1987	1706
USA Today	01/04/1987	719
The Christian Science Monitor	30/09/1988	470
Pittsburgh Post-Gazette	30/07/1990	266
Las Vegas Review-Journal	01/11/1990	297
The Bond Buyer	02/01/1991	2
AIDS Weekly	01/12/1991	255
Topeka Capital Journal	01/01/1992	200
Buffalo News	12/02/1992	120
International New York Times	01/08/1992	33
New York Daily News	21/12/1992	453
Commonweal	01/01/1994	16
Health Management Technology	01/01/1994	29
Washington Monthly	01/01/1994	19
Vaccine Weekly	13/06/1994	47
The Philadelphia Inquirer	28/10/1994	636
National Mortgage News	01/01/1995	3
Health Data Management	31/12/1996	69
New York Post	15/09/1997	196
Drug Week	01/01/1999	164
The News-Gazette	31/03/2000	32
Nutraceuticals World	01/01/2002	2
The Detroit News	02/01/2002	49
Investor's Business Daily	17/01/2002	238
Naples Daily News	20/07/2007	227
Insurance Weekly News	25/09/2009	121
International Herald Tribune	01/01/2013	5

La répartition globale des articles de presse est donnée, pour chacune des années, dans les graphiques ci-dessous.

FIGURE 49 • Répartition des articles de presse français par année

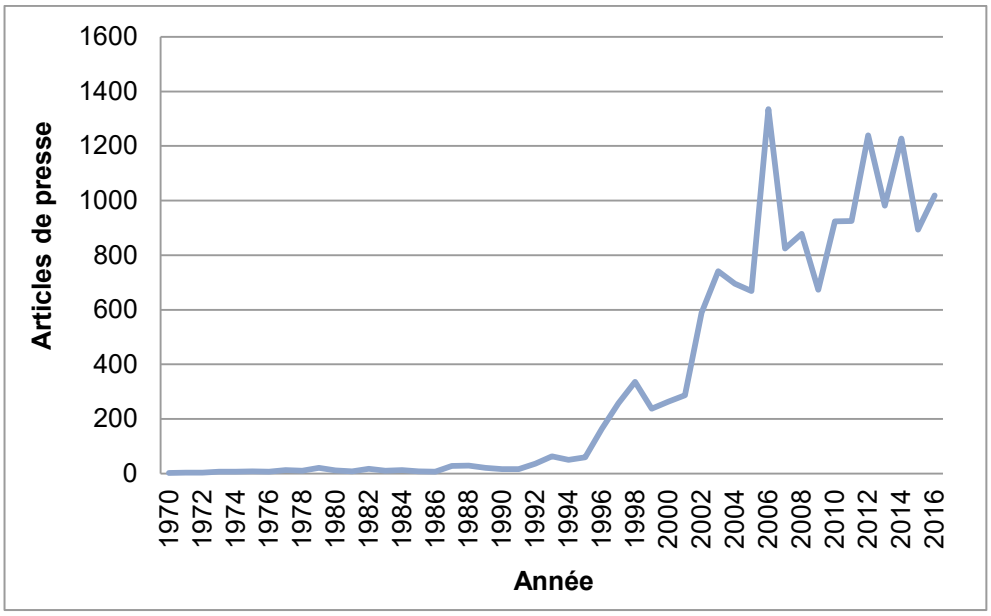
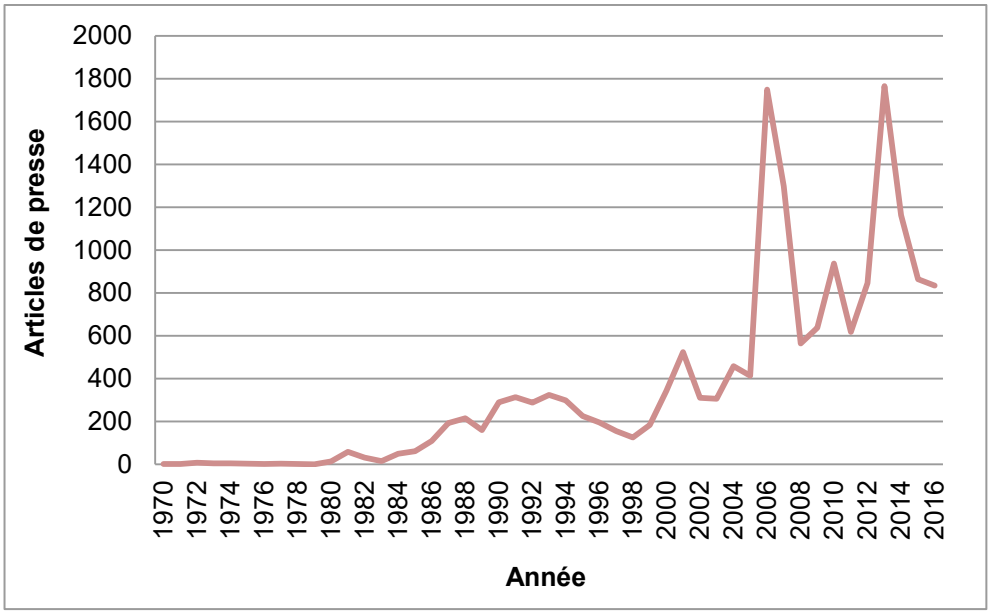


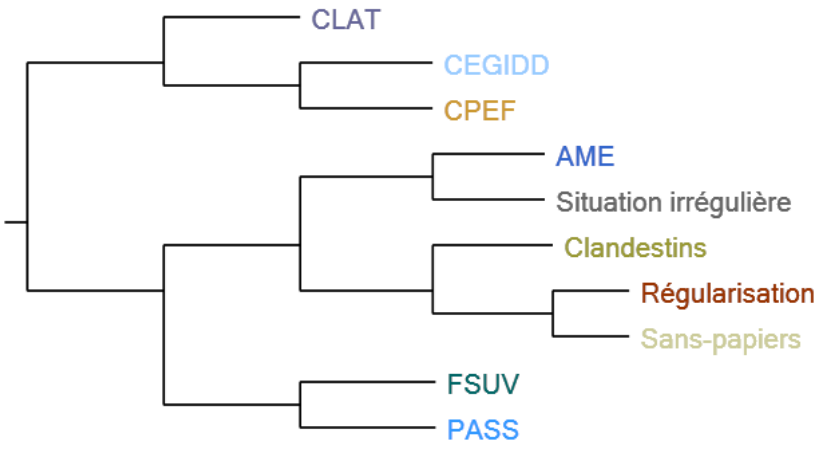
FIGURE 50 • Répartition des articles de presse étasuniens par année



La presse française est donc globalement représentée pour la période 1996-2016 et sa consœur étasunienne est majoritairement visible sur l'intervalle 1987-2016. La limite essentielle de ces échantillons est qu'au sein même de ces deux périodes, l'ensemble des journaux n'est malheureusement pas représenté.

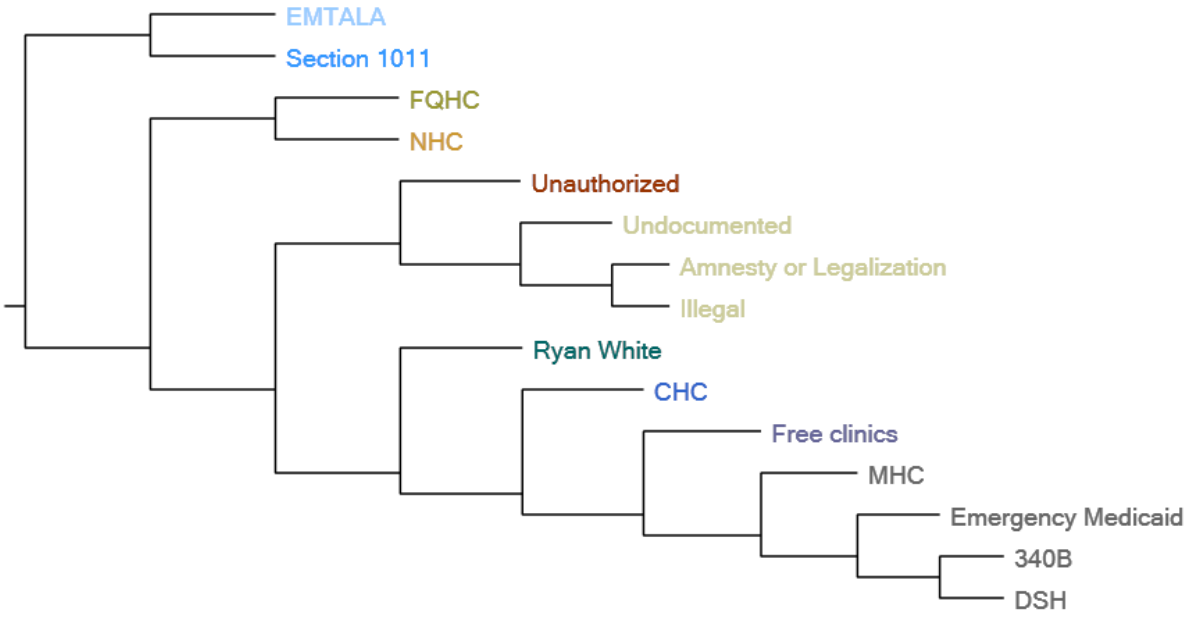
Le coefficient de Jaccard est à présent utilisé pour identifier des grappes propres à la presse.

FIGURE 51 • Coefficient de Jaccard dans la presse française



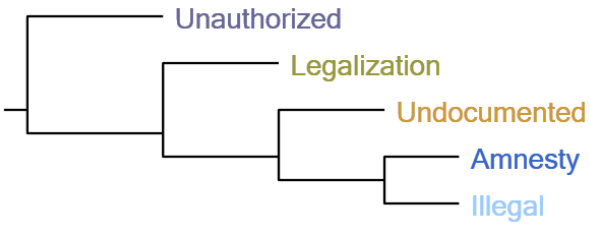
Dans le cas français, trois grappes sont visibles. La première se compose des centres de santé primaire (CLAT, CEGIDD, CPEF), la seconde est propre aux hôpitaux (PASS, FSUV) et la troisième inclue les deux sous-systèmes matures de la première section (AME, régularisation). Cette grappe mature, d'après cette section, est la seule à être reliée aux étrangers irréguliers. En revanche, si l'AME semble faire l'objet d'un regard relativement neutre (« situation irrégulière »), le cas de la régularisation, bien que traitée de manière bienveillante (« sans-papiers ») fait néanmoins l'objet d'un traitement plus contrasté (« clandestins »). Le coefficient de Jaccard étasunien est illustré ci-après.

FIGURE 52 • Coefficient de Jaccard dans la presse étasunienne



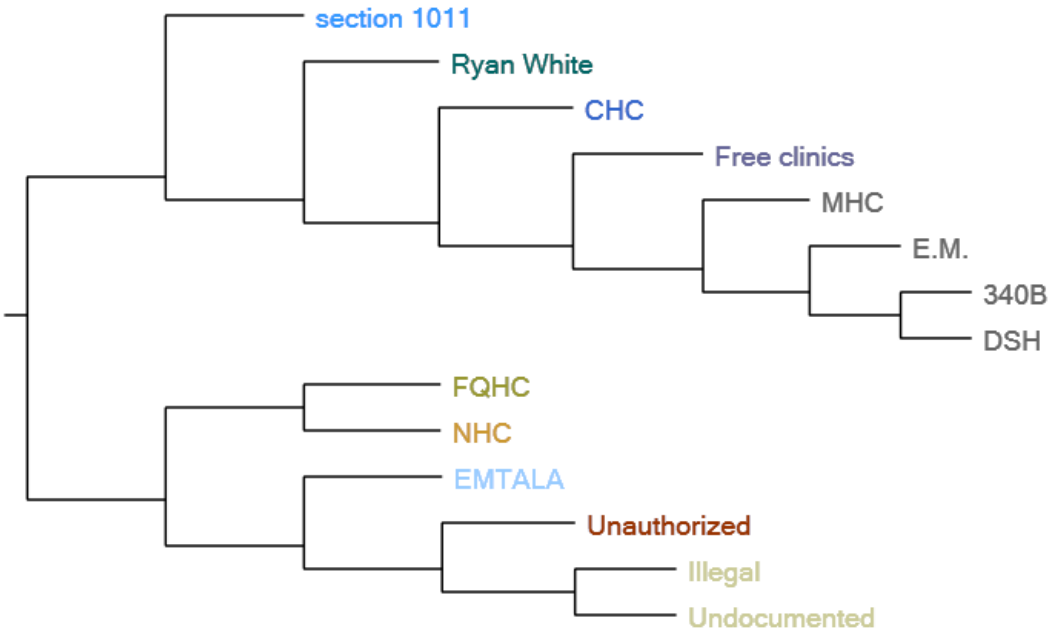
Aux États-Unis, la distinction entre instruments sanitaires et migratoires est plus nette – aucune catégorie migratoire n'étant effectivement accolée à un instrument sanitaire. Quatre grappes sont apparentes. La première est propre aux hôpitaux (*EMTALA*, *section 1011*), la seconde concerne les centres de santé primaire (*FQHC*, *NHC*), la troisième touche à la régularisation (*amnesty or legalization*) et la dernière est hétérogène (*Ryan White*, *CHC*, *Free clinics*, *MHC*, *Emergency Medicaid*, *340B*, *DSH*). L'étude des groupes d'intérêt explique la proximité entre *340B* et *DSH*. Contrairement au cas français, la régularisation est abordée de manière hostile (*illegal*), mais néanmoins contrastée (*undocumented*, *unauthorized*). Les grappes représentées diffèrent de celles des groupes d'intérêt. Ainsi, si la régularisation (*amnesty or legalization*) semble bien être une grappe à part se superposant à celle des *CHC*, les autres grappes sont moins clairement délimitées. Enfin, ce même indice de Jaccard permet d'affirmer qu'il existe bien un binôme « *amnesty/illegal* ». En revanche, le tandem « *legalization/undocumented* » est moins net tel que l'indique le schéma suivant.

FIGURE 53 • Coefficient de Jaccard dans la presse étasunienne pour la régularisation



Une seconde schématisation de ce coefficient affine la relation établie entre les étrangers et les instruments sanitaires dans la presse étasunienne en retirant, cette fois-ci, la régularisation.

FIGURE 54 • Coefficient de Jaccard dans la presse étasunienne, sans la régularisation



Ce second niveau permet de s'intéresser à *EMTALA*. Comme observé au deuxième chapitre (FIGURE 35), cet instrument a en effet la particularité d'être également traité par les groupes d'intérêt anti-immigration. La France et les États-Unis traitent donc l'accès aux soins des étrangers irréguliers au travers de la régularisation de cette population et de son impact sur les hôpitaux (PASS et FSUV en France).

Le résultat des occurrences est rappelé dans les deux tableaux qui suivent – les nombres en gras étant les plus élevés.

TABLEAU 45 • Occurrences dans la presse française

Instruments français	Articles de presse
AME	**3869**
CEGIDD	1007
CLAT	504
CPEF	614
FSUV	42
PASS	373
Régularisation	**4020**
Clandestins	1277
Sans-papiers	**3759**
Situation irrégulière	1797

TABLEAU 46 • Occurrences dans la presse étasunienne

Instruments étasuniens	Articles de presse
340B	154
Amnesty/legalization	**7235**
CHC	2736
DSH	136
Emergency Medicaid	200
EMTALA	87
FQHC	128
Free clinics	1227
MHC	305
NHC	492
Ryan White	2181
Section 1011	3
Illegal	**7794**
Unauthorized	512
Undocumented	4132
Amnesty	**5774**
Legalization	2992

Les presses française et étasunienne accordent ainsi un intérêt certain à l'égard de la régularisation. Dans une moindre mesure, la presse française est également sensible à la question de l'AME. Comme observé dans la FIGURE 44, la FIGURE 45 et la FIGURE 46, l'ancienneté des articles de presse ne joue pas sur l'utilisation des termes. Le regard « bienveillant » ou « hostile » est donc dévoilé par l'expression utilisée. La presse française est ainsi indulgente envers les étrangers irréguliers à l'inverse de la presse étasunienne qui lui est défavorable.

Une analyse plus fine révèle enfin que les centres d'intérêt diffèrent selon le langage employé. Ainsi, en France, les journaux utilisant un vocable globalement hostile privilégient le sujet de l'AME (cinq journaux) tandis que les journaux employant un langage plus complaisant privilégient, en partie, le sujet de la régularisation pour raison sanitaire ou non (six journaux).

TABLEAU 47 • Répartition des articles de presse français par instrument et catégorie migratoire

	AME/ Total articles	**Régularisation/** Total articles	**Sans-papiers/** (Sans-papiers+ Clandestins)	**Clandestins/** (Sans-papiers+ Clandestins)
AFP	0,44	0,37	0,75	0,25
ASH	0,21	0,30	0,50	0,50
Aujourd'hui en France	0,40	0,42	0,69	0,31
Bulletin Quotidien	0,66	0,22	0,50	0,50
Challenges	0,38	0,38	0,43	0,57
Charente Libre	0,17	0,23	0,80	0,20
La Croix	0,33	0,41	0,70	0,30
La Dépêche du Midi	0,10	0,06	0,75	0,25
La Nouvelle République Dimanche	0,22	0,11	0,00	0,00
La Nouvelle République du Centre Ouest	0,07	0,15	0,82	0,18
La Provence	0,23	0,08	0,76	0,24
La Tribune	0,50	0,21	0,48	0,52
La Voix du Nord	0,11	0,22	0,84	0,16
Le Courrier de l'Ouest	0,07	0,09	1,00	0,00
Le Figaro	0,49	0,30	0,53	0,47
Le Monde	0,33	0,41	0,73	0,27
Le Monde diplomatique	0,41	0,31	0,46	0,54
Le Parisien	0,21	0,37	0,87	0,13
Le Point	0,63	0,16	0,60	0,40
Le Progrès	0,11	0,17	0,78	0,22
Le Quotidien du médecin	0,39	0,02	0,68	0,32
Le Télégramme	0,06	0,11	0,82	0,18
Les Echos	0,42	0,35	0,83	0,17
L'Est Républicain	0,12	0,13	0,68	0,32
L'Humanité	0,18	0,56	0,85	0,15
Libération	0,27	0,54	0,77	0,23
L'Indépendant	0,04	0,07	1,00	0,00
L'Obs	0,83	0,11	0,50	0,50
Midi Libre	0,10	0,12	0,88	0,12
NewsPress	0,28	0,21	0,73	0,28
Nord Littoral	0,10	0,05	0,63	0,37
Ouest France	0,12	0,13	0,76	0,24
Rue 89	0,42	0,50	0,64	0,36
Sud Ouest	0,19	0,07	0,78	0,22

NOTE : « ASH » signifie « Actualités Sociales Hebdomadaires ».
LECTURE : 44 % de l'ensemble des articles de l'AFP ont, au minimum, une occurrence concernant l'AME. 75 % des articles de l'AFP évoquant le terme de sans-papiers et/ou de clandestin(s) privilégient le premier terme au détriment du second. Les occurrences se réfèrent au TABLEAU 5*.*
LÉGENDE : Les cases colorées en jaune (instrument), vert (bienveillant) et rouge (hostile) sont strictement supérieures à 0,4.

Pour le cas étasunien, la corrélation se retrouve pour les binômes « *illegal/amnesty* » (vingt-cinq journaux) et, dans une moindre mesure, « *undocumented/legalization* » (cinq journaux). Les journaux traitant des instruments sanitaires (*CHC* et *Ryan White*) utilisent bien plus volontiers un vocabulaire bienveillant (six journaux). Ce résultat va dans le sens d'une contradiction entre l'inquiétude épidémiologique et la priorité donnée à l'irrégularité du séjour.

TABLEAU 48 • Répartition des articles de presse étasuniens par instrument et catégorie migratoire

	CHC/ Total articles	**Ryan White/** Total articles	**Undocumented/** (Illegal+ Undocumented)	**Legalization/** (Amnesty+ Legalization)	**Illegal/** (Illegal+ Undocumented)	**Amnesty/** (Amnesty+ Legalization)
AIDS Weekly	0,13	0,84	0,80	0	0,20	0,00
The Atlanta Journal - Constitution	0,01	0,00	0,22	0,27	0,78	0,73
The Boston Globe	0,50	0,10	0,38	0,30	0,62	0,70
The Bond Buyer	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Buffalo News	0,01	0,00	0,31	0,31	0,69	0,69
Commonweal	0,44	0,00	0,45	0,33	0,55	0,67
The Christian Science Monitor	0,06	0,04	0,36	0,31	0,64	0,69
The Detroit News	0,00	0,00	0,25	0,14	0,75	0,86
New York Daily News	0,06	0,08	0,61	0,48	0,39	0,52
Drug Week	0,59	0,15	1,00	0,00	0,00	0,00
Health Data Management	0,84	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Health Management Technology	0,66	0,07	1,00	0,00	0,00	0,00
Investor's Business Daily	0,00	0,00	0,11	0,19	0,89	0,81
Insurance Weekly News	0,54	0,16	0,71	1,00	0,29	0,00
International Herald Tribune	0,00	0,00	0,25	0,00	0,75	1,00
International New York Times	0,21	0,06	0,52	0,50	0,48	0,50
Las Vegas Review-Journal	0,30	0,24	0,30	0,14	0,70	0,86
Naples Daily News	0,12	0,07	0,32	0,23	0,68	0,77
National Mortgage News	0,00	0,33	1,00	0,00	0,00	0,00
The News-Gazette	0,00	0,00	0,17	0,26	0,83	0,74

Nutraceuticals World	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
New York Post	0,05	0,11	0,24	0,27	0,76	0,73
The New York Times	0,13	0,10	0,29	0,38	0,71	0,62
Orange County Register	0,03	0,13	0,41	0,44	0,59	0,56
The Philadelphia Inquirer	0,10	0,36	0,41	0,34	0,59	0,66
Pittsburgh Post-Gazette	0,01	0,00	0,30	0,32	0,70	0,68
St. Louis Post-Dispatch	0,04	0,00	0,30	0,28	0,70	0,72
Star Tribune	0,11	0,11	0,38	0,32	0,62	0,68
Tampa Bay Times	0,18	0,15	0,37	0,23	0,63	0,77
Topeka Capital Journal	0,13	0,40	0,47	0,26	0,53	0,74
USA Today	0,12	0,25	0,34	0,28	0,66	0,72
Vaccine Weekly	0,45	0,28	1,00	0,00	0,00	0,00
Washington Monthly	0,26	0,05	0,54	0,50	0,46	0,50
The Washington Post	0,11	0,13	0,39	0,38	0,61	0,62
The Wall Street Journal	0,13	0,05	0,33	0,35	0,67	0,65

LECTURE : 13 % de l'ensemble des articles d'AIDS Weekly ont, au minimum, une occurrence concernant les CHC. 80 % des articles d'AIDS Weekly évoquant le terme d'« undocumented » et/ou d'« illegal » privilégient le premier terme au détriment du second. 30 % des articles du Boston Globe évoquant le terme de « legalization » et/ou d'« amnesty » privilégient le premier terme au détriment du second. Les occurrences se réfèrent au TABLEAU 5.
LÉGENDE : Les cases colorées en jaune (instrument), vert (bienveillant) et rouge (hostile) sont strictement supérieures à 0,4.

La régularisation étant l'instrument privilégié par la presse pour ces deux pays, elle fait l'objet de la prochaine section.

SECTION 3. LA RÉGULARISATION DANS LES PRESSES FRANÇAISE ET ÉTASUNIENNE

Le cas français (**sous-section 1**) est traité avant le cas étasunien (**sous-section 2**). La définition qualitative des positionnements (favorable, neutre ou hostile) est effectuée en fonction des citations. En ce sens, par exemple, plus un article citera des positions favorables et plus ce même article sera, lui-même, qualifié de « favorable ». Ces positionnements sont ainsi mesurés en proportion du total des citations de l'article.

SOUS-SECTION 1. La régularisation dans la presse française

Cette section constitue, dans un premier temps, un échantillon d'environ 100 articles (**1**) avant d'effectuer une analyse qualitative de celui-ci (**2**).

1. Création d'un échantillon pour l'analyse qualitative

L'analyse qualitative s'effectue sur 100 articles de presse sélectionnés en proportion de ce qu'ils représentent dans l'ensemble des articles qui ont au minimum une occurrence relative à la régularisation (TABLEAU 5). Une fois le nombre d'articles déterminé pour chaque journal, les articles sont sélectionnés afin d'obtenir une répartition relativement homogène sur la période 1970-2016. Les articles ayant un plus grand nombre d'occurrences sont prioritaires. Les articles sont ensuite à nouveau triés, de manière qualitative, afin de ne conserver que ceux traitant précisément de cet instrument. La répartition des articles pour chaque journal est précisée ci-dessous.

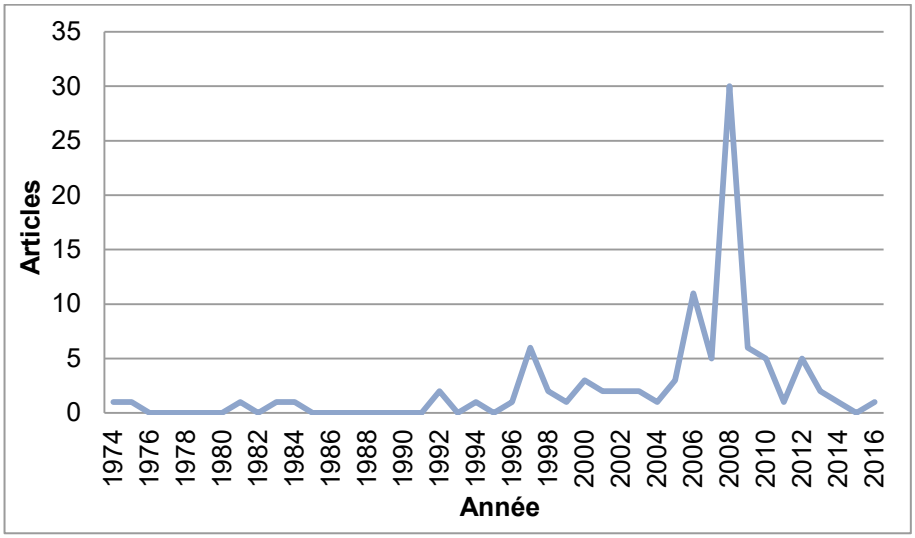
TABLEAU 49 • Répartition des articles de presse français pour un échantillon représentatif de 100 articles propres à la régularisation

Journal	Total articles	(Total articles/ 4020)*100
AFP	808	**20**
ASH	35	**1**
Aujourd'hui en France	78	**2**
Bulletin Quotidien	22	**1**
Challenges	5	**0**
Charente Libre	34	**1**
La Croix	196	**5**
La Dépêche du Midi	9	**0**
La Nouvelle République Dimanche	1	**0**
La Nouvelle République du Centre Ouest	126	**3**
La Provence	19	**0**
La Tribune	29	**1**
La Voix du Nord	138	**3**
Le Courrier de l'Ouest	7	**0**
Le Figaro	236	**6**
Le Monde	419	**10**
Le Monde diplomatique	10	**0**
Le Parisien	374	**9**
Le Point	28	**1**
Le Progrès	163	**4**
Le Quotidien du médecin	5	**0**
Le Télégramme	94	**2**
Les Echos	144	**4**
L'Est Républicain	52	**1**
L'Humanité	236	**6**
Libération	391	**10**
L'Indépendant	17	**0**
L'Obs	2	**0**
Midi Libre	48	**1**
NewsPress	35	**1**
Nord Littoral	9	**0**
Ouest France	169	**4**
Rue 89	13	**0**
Sud Ouest	68	**2**
TOTAL	**4020**	**100**

NOTE : la somme des articles est en réalité égale à 98 et non à 100 car elle ne prend pas en compte les chiffres après la virgule.

La combinaison de ces différents critères permet d'obtenir un échantillon à la répartition annuelle suivante.

FIGURE 55 • Répartition annuelle des articles de presse français pour un échantillon de 98 articles propres à la régularisation



2. Analyse qualitative de l'échantillon

Les articles de presse sont très largement favorables à une régularisation des étrangers (**2.1**). Une minorité présente cependant un positionnement neutre (**2.2**), voire hostile (**2.3**). Une dernière partie effectue un classement des journaux en fonction de ces positions (**2.4**).

2.1. Les articles favorables : un argumentaire dominant très proche des groupes d'intérêt

La presse est largement « favorable » à une régularisation massive car elle présente majoritairement un argumentaire très proche de celui des groupes d'intérêt et des manifestants. D'autres arguments, plus hostiles, peuvent apparaître dans ces articles mais de manière très marginale.

Dans les années 1970-1980, *Le Monde* regrette, dans un contexte de grèves de la faim, la limitation des régularisations aux seuls travailleurs pakistanais et mauriciens – dérogeant par là même à l'universalité de la circulaire Fontanet.[793] Il propose ainsi de régulariser les étrangers dans des branches d'activité dont ne veulent plus les Français en interdisant, à ces mêmes bénéficiaires, d'exercer dans d'autres branches.[794] Prenant la plume d'un article entier, Albert LEVY,

secrétaire général du MRAP, dénonce, enfin, l'argumentaire du FN en rappelant que les étrangers sont économiquement bénéfiques au pays et dénonce parallèlement leurs expulsions : « leur exode n'aurait rien à envier à celui des juifs de l'Allemagne nazie »[795].

Dans les années 1990, *Le Monde*, toujours, explique l'origine principale des grèves de la faim en reprenant l'argumentaire du comité contre la « double peine » : l'expulsion est une peine supplémentaire pour un étranger ayant ses attaches en France[796]. Ce même journal traite du cas des maîtres-auxiliaires étrangers, quelquefois embauchés illégalement dans le secondaire, puis reconduits à la frontière après, parfois, des années de service. Il rappelle, dans le même temps, les dates et lieux d'une manifestation luttant contre cette situation[797]. Ce journal dresse également le portrait des grévistes de Saint-Bernard en insistant sur leur longue durée de résidence en France. Reprenant leur argumentaire, il déplore que les régularisations effectuées ne respectent que six des dix critères de régularisation proposés par le collège des médiateurs[798]. Il évoque ainsi « l'efficacité douteuse » de la loi Pasqua[799] aboutissant à « la transformation de milliers d'étrangers en sans-papiers » ou en personnes « ni régularisables, ni expulsables ».[800]

Toujours dans les années 1990, le reste de la presse déplore les difficultés administratives auxquels sont confrontés les sans-papiers ainsi que la lenteur des régularisations face à celles de l'Italie, du Portugal et de l'Angleterre : « mille immigrés seulement ont été régularisés ».[801] Elle dénonce, du même coup, les régularisations « arbitraires » et les expulsions « musclées », transcrivant les paroles d'un salarié du GISTI : « les sans-papiers ne sont plus la priorité des militants »[802]. Le lieu et la date d'une manifestation sont ainsi rappelés aux côtés des propos d'un agent préfectoral : « l'opinion publique est persuadée que l'on régularise à tour de bras. On est loin du compte. »[803] Les refus de régularisation sont également dénoncés[804]. L'image du « coup de hache »[805] de Saint-Bernard est, enfin, utilisée afin de condamner la situation des sans-papiers « malmenés par la droite, trahis par la gauche »[806].

Au début des années 2000, différentes mobilisations d'étudiants clandestins sont suivies[807] en rappelant, à nouveau, les rendez-vous des rassemblements[808]. Tel que l'affirme l'un des manifestants : « il reste encore aujourd'hui près de 100 000 sans-papiers qui vivent dans le gouffre effroyable de la clandestinité, synonyme de misère et de précarité. »[809] Le coup de hache est une fois de plus utilisé pour rappeler la venue d'une manifestation-anniversaire de Saint-Bernard et comprendre l'affaiblissement du mouvement[810]. Les centaines de régularisations obtenues en une année sont également précisées[811]. La presse déplore parallèlement l'exploitation de la main-d'œuvre clandestine : « l'impossibilité de revendiquer des droits est le seul prétexte valable pour l'employeur de clandestins. [...] La machine à fabriquer des sans-papiers n'a cessé de tourner en France. »[812] La LDH regrette, enfin, dans un article, qu'il faille désormais utiliser une grève de la faim pour obtenir des régularisations massives[813].

À partir de 2005, les manifestations commémoratives des anniversaires de Saint-Bernard permettent à la presse de citer les propos des cortèges « bon enfant »[814] luttant pour une régularisation massive[815]. Tel est le cas du *Parisien* : « beaucoup craignent qu'une politique plus répressive renvoie ces clandestins dans les griffes des mafias contrôlant l'économie souterraine. »[816] L'*AFP* mentionne également les dires des manifestants : « l'Espagne, l'Italie, le Portugal et la Grèce, ont récemment procédé à des régularisations massives »[817] ; « Quand ils ont occupé l'église Saint-Ambroise en mars, on parlait de clandestins. Lorsqu'ils se sont installés à Saint-Bernard en juin, ils sont devenus des sans-papiers. Ensuite, on s'est mis à parler de travailleurs sans-papiers. On avait gagné la bataille des mots. »[818]

Les présidents associatifs prennent à nouveau la parole dans la presse. AIDES s'exprime ainsi : « l'accès aux soins est étroitement dépendant des conditions de régularisation du séjour »[819]. Il en va de même pour le GISTI : « l'idée des régularisations au cas par cas est inquiétante [...] C'est la certitude de l'arbitraire le plus total. »[820]

La parole des manifestants est de nouveau donnée sur cette période récente : « [les familles] qui n'ont pas été régularisées sont aujourd'hui facilement

pourchassées, puisque leurs adresses sont connues »[821] ; « Nous avons travaillé pendant des années. Nos familles vivent ici, nos enfants sont scolarisés. »[822] Dénonçant le passage « d'une immigration 'subie' à une immigration 'choisie' », *Libération* rappelle que les associations sont scandalisées par l'abrogation des régularisations précédemment possibles après dix ans de résidence[823]. L'argumentaire des associations est également retranscrit face à la volonté du député Thierry MARIANI de supprimer le critère d'accès « effectif » au traitement : « l'existence d'un traitement ne garantit pas qu'il soit accessible ou même disponible pour la personne. »[824]

La presse présente elle-même un avis spécifique : « Alors que les opinions racistes ont tendance à se renforcer dans l'Hexagone, le ministre de l'Intérieur met l'accent sur l'augmentation des objectifs de reconduites à la frontière [...] quitte à empiéter sur les terres du Front national »[825] ; « entre 2003 et 2006, l'Italie a régularisé un million de sans-papiers et l'Espagne a fait de même pour 600.000 personnes en 2005 »[826] ; « les régularisations vont continuer de dépendre des rapports de force politiques ou des aléas des données statistiques sur lesquelles sont désormais évaluées les préfectures »[827] ; « À l'arrivée de François Mitterrand au pouvoir en 1981, 131 000 étrangers avaient été régularisés, et Lionel Jospin avait admis 80 000 clandestins au séjour en 1997. La politique actuelle a l'avantage d'être plus en phase avec l'opinion publique ».[828]

Un dernier élément traité par cette presse, dès 2006, est le combat mené par les sans-papiers contre leurs employeurs et avec le soutien des syndicats – dont notamment la CGT. Les mouvements de grève, massifs en 2008, sont ainsi relatés avec bienveillance[829]. En effet, selon les grévistes, il faut « arrêter l'hypocrisie et mettre un terme à cet esclavage moderne »[830] mené par des « patrons voyous ».[831] Les sans-papiers deviennent ainsi, selon les Verts, des « exemples vivants de l'hypocrisie populiste gouvernementale »[832] capables d'exercer une pression sur la CGT pour forcer le syndicat à prendre en charge leur situation.[833] La presse relate par ailleurs les « actions de riposte ciblée » du FN contre ce dispositif encouragé, selon le parti, par « le patronat négrier et les syndicats supplétifs. »[834]

La presse relève parallèlement les injonctions contradictoires auxquels sont soumis les employeurs, « partagé[s] entre la nécessité de trouver de la main-d'œuvre et le risque de sanctions judiciaires. »[835] Elle estime cependant que le soutien du patronat aux sans-papiers[836] reste timide : « un attentisme qui en dit long sur le malaise entourant le sort des travailleurs sans-papiers, rémunérés jusqu'à 30 % moins cher qu'un salarié français. »[837] La parole est cependant donnée à ces employeurs : « [L]'Etat a été très hypocrite, personne ne nous a aidé. La CGT m'a humilié, j'ai été sali. J'ai reçu des e-mails d'insultes de clients me traitant de négrier et de salopard alors que j'ai toujours respecté la loi. Mes employés m'ont présenté des titres de séjour légaux à l'embauche, mais qui n'étaient pas les leurs. Je leur ai permis ensuite d'obtenir une régularisation en faisant les démarches nécessaires auprès de la préfecture. »[838] Elle tempère cependant ces propos : « on ne peut pas dire que c'est la faute à pas de chance. Votre entreprise cumule travail clandestin et conditions de travail innommables. »[839]

La presse se réjouit ainsi des régularisations obtenues grâce à ces grèves en 2008 : « Maintenant que la brèche est ouverte, ce mouvement est inarrêtable. »[840] Elle regrette, néanmoins, l'année suivante, la « manière forte » utilisée par la CGT « pour déloger 100 à 200 travailleurs africains squattant depuis plus d'un an ses locaux à la Bourse du travail à Paris ».[841] Suite à ce scandale dénoncé par plusieurs groupes d'intérêt, la presse décrit la « *standing ovation* » au congrès de la CGT pour les travailleurs sans-papiers et cite les propos de son secrétaire général, Bernard THIBAULT : « le premier engagement que nous pouvons prendre à ce congrès, c'est d'accroître notre solidarité et notre engagement en faveur de la régularisation des travailleurs sans-papiers. »[842]

En 2009, la colère des groupes d'intérêt qui « s'irritent de la sévérité des critères »[843] d'une circulaire[844] est retranscrite.[845] Une nouvelle grève menée par la CGT et des milliers de sans-papiers en octobre 2009 fait malheureusement l'objet, selon la presse, de « mépris » et d'« hypocrisie générale » de la part du gouvernement : « le mouvement de grève d'avril 2008 puis d'octobre 2009 a renversé la logique de pur utilitarisme migratoire qui présidait à la remise de la carte 'salarié' [...] il a montré que les salariés sans papiers 'choisis' sont déjà

là ».[846] En 2010, un article pointe ainsi une triple contradiction de l'action publique : la volonté de l'administration de procéder à des régularisations au cas par cas, d'une part, la rédaction en parallèle de critères généraux de régularisation, par ailleurs, et la fixation de chiffres de reconduite à la frontière, enfin.[847]

2.2. Les articles neutres

Les articles « neutres » se contentent généralement de reprendre les propos du gouvernement[848] et des débats parlementaires[849] sans les commenter. Ils peuvent aussi, plus rarement, évoquer des statistiques migratoires[850] et de régularisation[851] ou décrire un projet de loi[852] ou une circulaire.[853]

2.3. Les articles hostiles

Les articles hostiles estiment que le nombre des régularisations « demeure élevé », mais qu'un « effort particulier » est fait pour faciliter le retour au pays des immigrés selon *Le Monde* en 1975[854].

Le Figaro fait le constat d'une augmentation de l'immigration non européenne et d'une baisse du taux d'exécution des mesures d'éloignement : « un nombre grandissant d'entrants arrivent plus comme assistés sociaux qu'au titre du regroupement familial ou de l'emploi. » Plus précisément, « ce ne sont pas les immigrés 'rentables' qui arrivent dans notre pays. »[855] Ce même journal déplore par ailleurs que « la part du budget consacrée aux immigrés [soit] désormais supérieure aux prestations familiales. [...] On aboutit subrepticement à une véritable préférence étrangère. »[856] Il considère également que, lors d'une mobilisation devant le siège du PS, plusieurs dizaines de sans-papiers ont été interpellés puis relâchés[857]. De même, selon ce même journal, le succès de Saint-Bernard n'aurait pu voir le jour sans le soutien des « stars du show-biz, d'intellectuels et d'artistes, à l'instar d'Emmanuelle Béart, Léon Schwartzenberg ou Ariane Mnouchkine. » Le quotidien mentionne par ailleurs la « success story » de l'ancien leader de l'occupation de Saint-Bernard, Ababacar DIOP, devenu millionnaire grâce à l'utilisation par Vivendi du nom de son cybercafé[858]. Le journal énonce, enfin, les « erreurs de Hollande », dont notamment sa volonté de

clarifier les critères d'« un droit à la régularisation, qui n'est autre qu'une prime à l'illégalité. »[859]

Dans la même idée, une magistrate assimile enfin, au sein du *Point*, les étrangers à une population d'ayants-doits : « les régularisations donnent droit à l'exercice d'une activité salariée, mais ne l'imposent pas, ouvrant l'un de ces 'droits-créances' sans contreparties qui transforment chacun en ayant droit [...] 40 % des personnes régularisées au titre de la vie privée et familiale s'inscrivent au chômage, sans compter les femmes inactives. »[860]

2.4. Classement des journaux

Cet échantillon permet ainsi de mieux cerner le positionnement de la presse française à l'égard de la régularisation des étrangers irréguliers. *Le Monde* a connu une évolution dans les années 1990, passant d'un positionnement relativement hostile à une opinion largement favorable. Un positionnement dit « neutre » signifie qu'un même journal a présenté des arguments « favorables » et « hostiles » (ou « neutre » uniquement). Les journaux « favorables » ont un argumentaire « favorable », voire également « neutre ». À l'inverse, les journaux « hostiles » ont un discours « hostile », voire éventuellement « neutre ». La classification respecte en ce sens la logique suivante :

NEUTRE = FAVORABLE + HOSTILE
FAVORABLE = FAVORABLE + NEUTRE
HOSTILE = HOSTILE + NEUTRE

La classification des journaux est précisée ci-après.

TABLEAU 50 • Positionnement de la presse française à l'égard de la régularisation des étrangers irréguliers

	Articles de l'échantillon	Favorable	Neutre	Hostile
AFP	20	**x**		
Le Monde (depuis 1990s)	10	**x**		
Libération	10	**x**		
Le Parisien	9	**x**		
Le Figaro	6			**x**
L'Humanité	6	**x**		
La Croix	5	**x**		
Ouest-France	4	**x**		
Le Progrès	4	**x**		
Les Echos	4	**x**		
La Voix du Nord	3	**x**		
La Nouvelle République du Centre Ouest	3	**x**		
Le Télégramme	2	**x**		
Aujourd'hui en France	2	**x**		
Sud Ouest	2	**x**		
L'Est Républicain	1		**x**	
Midi Libre	1	**x**		
ASH	1	**x**		
NewsPress	1		**x**	
Charente Libre	1	**x**		
La Tribune	1		**x**	
Le Point	1			**x**
Bulletin Quotidien	1		**x**	

La presse française est donc très largement favorable à la régularisation des étrangers, démontrant par là même l'existence d'un noyau dur des croyances propre à la presse française et aux groupes d'intérêt français. Une opposition existe cependant pour *Le Figaro* et *Le Point*. La sous-section suivante analyse la presse étasunienne pour ce même instrument.

SOUS-SECTION 2. La régularisation dans la presse étasunienne

Au même titre que la section précédente, un échantillon (**1**) est construit pour l'analyse qualitative (**2**).

1. Création d'un échantillon pour l'analyse qualitative

Le coefficient de Jaccard et le TABLEAU 46 montrent que la régularisation aux États-Unis est abordée de manière hostile dans pratiquement l'intégralité de la presse (TABLEAU 48).

Tel qu'effectué dans la section précédente, un pool d'articles est constitué en respect des critères français. La répartition des articles est précisée ci-dessous.

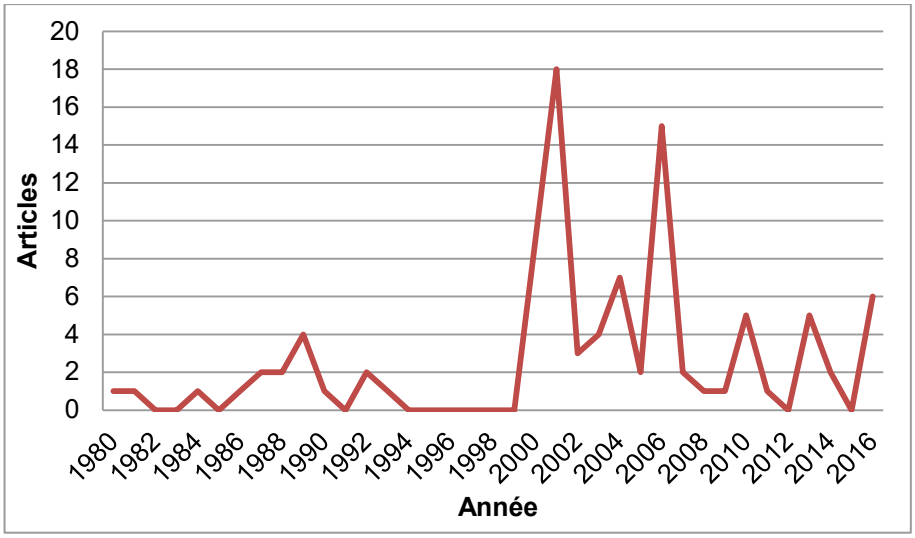
TABLEAU 51 • Répartition des articles de presse étasuniens pour un échantillon représentatif de 100 articles propres à la régularisation

Journal	Total articles	(Total articles/ 7235)*100
AIDS Weekly	0	**0**
The Atlanta Journal - Constitution	381	**5**
The Boston Globe	306	**4**
The Bond Buyer	0	**0**
Buffalo News	102	**1**
Commonweal	2	**0**
The Christian Science Monitor	288	**4**
The Detroit News	44	**1**
New York Daily News	271	**4**
Drug Week	0	**0**
Health Data Management	0	**0**
Health Management Technology	0	**0**
Investor's Business Daily	224	**3**
Insurance Weekly News	1	**0**
International Herald Tribune	2	**0**
International New York Times	7	**0**
Las Vegas Review-Journal	49	**1**
Naples Daily News	22	**0**
National Mortgage News	0	**0**
The News-Gazette	27	**0**
Nutraceuticals World	0	**0**
New York Post	107	**1**
The New York Times	1439	**20**
Orange County Register	454	**6**
The Philadelphia Inquirer	199	**3**
Pittsburgh Post-Gazette	236	**3**
St. Louis Post-Dispatch	244	**3**
Star Tribune	98	**1**
Tampa Bay Times	375	**5**
Topeka Capital Journal	23	**0**
USA Today	274	**4**
Vaccine Weekly	0	**0**
Washington Monthly	2	**0**
The Washington Post	1326	**18**
The Wall Street Journal	732	**10**
TOTAL	**7235**	**100**

NOTE : la somme des articles est en réalité égale à 97 et non à 100 car elle ne prend pas en compte les chiffres après la virgule.

Les articles constituant cet échantillon sont répartis annuellement de la manière suivante.

FIGURE 56 • Répartition annuelle des articles de presse étasuniens pour un échantillon de 97 articles propres à la régularisation



Il est procédé à l'analyse qualitative ci-dessous.

2. Analyse qualitative de l'échantillon

Contrairement à la presse française, la presse étasunienne est bien davantage divisée sur la régularisation. Comme précédemment, la presse favorable (**2.1**), neutre (**2.2**) et hostile (**2.3**) est développée avant une classification globale de la presse (**2.4**).

2.1. Les articles favorables

Comparé au cas français, les articles favorables à une régularisation défendent avec moins d'entrain un tel instrument.

Ainsi, dans les années 1980, la presse reconnaît l'exploitation économique à laquelle doivent se soumettre les sans-papiers. Néanmoins, elle cite parallèlement la « fatigue de la compassion » (*compassion fatigue*) du sénateur républicain Alan K. SIMPSON estimant que les Étasuniens sont lassés de leur

accueil des immigrés qui seraient désormais moins enclins à apprendre l'anglais que les générations précédentes.[861] En respect d'un rapport parlementaire[862], un article suggère ainsi de procéder à une large régularisation après avoir préalablement renforcé le contrôle aux frontières et sur le marché du travail. Cette régularisation est effectivement nécessaire pour trois raisons. D'une part, ces étrangers contribuent à l'économie du pays car ils « travaillent dur et sont productifs » (*most undocumented/illegal aliens are hard working, productive individuals*). D'autre part, les sans-papiers tirent vers le bas les salaires et dégradent les conditions de travail des autres salariés. Enfin, un tel dispositif permettrait d'avoir des informations supplémentaires sur l'immigration clandestine.[863] La presse déplore également l'impossibilité de bénéficier directement des aides médicales pour des étrangers devant être régularisés par une proposition de loi et évalue le montant des taxes que doivent à l'État les employeurs de clandestins. Elle estime parallèlement que les clandestins ne volent pas le travail des autres salariés car ils créent de l'emploi, ne tirent pas les salaires vers le bas car ils sont relativement bien payés et paient davantage de taxes qu'ils ne consomment de service public.[864]

En 1986, *IRCA* prévoit de régulariser deux catégories de population : les personnes résidant de manière ininterrompue sur le territoire depuis janvier 1982 et dont le casier judiciaire est vierge et les individus ayant travaillé dans l'agriculture depuis au moins quatre-vingt-dix jours avant mai 1986 (*Special Agricultural Workers – SAW*). La presse observe que ce second volet fait l'objet d'un faible nombre de demandes pour différentes raisons : documentation volontairement camouflée par les employeurs, coût financier de la procédure administrative, barrière linguistique et durée de travail inférieure à quatre-vingt-dix jours.[865] Cette difficulté s'ajoute à celle de trouver un emploi pour les déboutés d'*IRCA*.[866] D'autres articles décrient néanmoins le « succès numérique » du programme (*numerically a success*) tout en regrettant, en effet, que davantage de dossiers ne soient pas déposés[867] au vu des bienfaits d'une régularisation pour son bénéficiaire, son employeur, sa famille et sa santé[868].

La décennie 1990 insiste de nouveau sur les conséquences négatives du statut administratif sur la prise en charge sanitaire des étrangers.[869] La presse observe

par ailleurs que les étrangers sont « désormais perçus comme un fardeau économique pour les contribuables, aspirant les services sanitaires, l'école, la police et d'autres services publics tout en répandant le crime, la saleté et les maladies (*immigrants are now widely perceived as an economic drag on taxpayers, sucking up health, school, police and other services while spreading crime, dirt and disease*).[870]

À partir des années 2000, le terme d'« *amnesty* » est évité « comme la peste » par les défenseurs des sans-papiers (*avoiding the word amnesty like the plague*).[871] Ce terme est effectivement décrit comme étant un « mot imprononçable » (*unspeakable word*), un « mot politiquement sale » (*political dirty word*), une « cape rouge devant tellement de taureaux » (*red cape in front of so many bulls*)[872] ou encore un « sale mot » (*dirty word*)[873] attirant les foudres de nombreux parlementaires.[874]

Cette coalition insiste alors essentiellement sur la plus-value économique[875] de cette population : "*immigrants are hard workers and taxpayers*"[876] ; "*should they finish all those construction, landscaping, house-cleaning and onion-harvesting jobs before they go?*"[877] ; "*for decades, Mexicans have been going north illegally to pick tomatoes, wash dishes and clean houses*" ; "*who will do the hard jobs?*"[878] Cette plus-value est particulièrement visible pour la Sécurité sociale.[879] La régularisation est également soutenue par l'ancien Président du Mexique, Vicente FOX, en raison des dollars injectés par les immigrés à leur famille restée au pays.[880] Elle est également défendue[881] pour garantir l'unité familiale et lutter contre les conditions de travail précaires de cette population[882] : "*the policy is pushing undocumented workers deeper underground, delivering them to the hands of unscrupulous employers, depressing wages and depriving federal, state and local coffers of taxes*".[883]

La presse relève, enfin, la « volte-face » (*about-face*) d'*AFL-CIO* qui considère désormais les étrangers irréguliers comme étant un renfort face à leur perte de pouvoir et un retour aux sources : "*unions were built by immigrants*".[884] L'arrêt[885] de la Cour suprême susmentionné invite également ces syndicats à réagir :

“*employers will now be able to underpay immigrants* [...] *it will intimidate immigrants from exercising their workplace rights”*.[886]

Des articles plus récents s’attachent, enfin, à contredire quelques mythes : les immigrés ne prennent pas le travail des Étasuniens, il y a de moins en moins de clandestins, le non-apprentissage de l’anglais est dû au manque de formations gratuites et, enfin, le renforcement des frontières ne rendra pas le pays plus sûr.[887] Ils estiment, cependant, que les Étasuniens sont incapables d’envisager une large régularisation sans mettre en place, parallèlement, un renforcement des frontières.[888]

2.2. Les articles neutres

Similaires aux articles français, les articles « neutres » s’attachent à décrire les propos du gouvernement[889], le contenu des débats parlementaires[890], des programmes présidentiels[891] et des textes législatifs et réglementaires en préparation accompagné des clivages que font naître ces mêmes textes.[892] Ils s’interrogent également sur les bienfaits d’une régularisation[893] et notamment sur la capacité des États-Unis à assimiler des immigrés pauvres et peu qualifiés et à en faire une source de vitalité économique (*whether America can still assimilate poor and unskilled immigrants and make them a source of economic vitality*).[894] Ils s’inquiètent également des risques économiques pour les employeurs d’étrangers fraîchement régularisés, plus coûteux[895], et de l’appel d’air[896].

Un journal offre ainsi, par exemple, un recueil des avis de ses lecteurs. Certains veulent voir émerger une large régularisation : “*many of these workers are skilled, dependable and industrious”*, “*let's stop blaming the victim and get to the root cause of the problem: illegal business practices”*, “*Americans' ancestors, the English-Irish-Scots* [...] *came here uninvited and without quotas*”. Un autre commentaire est plus nuancé : “*all I want from Congress is funding of free Spanish classes for all American citizens*. [...] *Bilingualism is already a "preferred" qualification for many jobs”, “in five years the lawbreaking immigrants will have more rights in this country than I do”, “language is the single most unifying or dividing factor in a nation of people* [...] *In the past, immigrants kept their cultural*

heritage yet assimilated and learned English", "*let prisoners fill jobs that would be left*", "*the people who seem to be generous with amnesty have jobs and incomes that will not be affected by illegal immigrants*", "*if a burglar breaks into my home, he really becomes a guest who is only looking for a better life*. [...] *I must accept the obligation to provide health care, education, transportation and living quarters*".[897]

2.3. Les articles hostiles

Dans les années 1980, la presse « hostile » décrit une « tradition » (*tradition*) consistant, pour des femmes mexicaines, à accoucher aux États-Unis légalement.[898] Elle s'indigne des fraudes d'*IRCA*, soit « l'une des fraudes migratoires les plus importantes jamais réalisées à l'encontre du gouvernement des États-Unis » (*one of the most extensive immigration frauds ever perpetrated against the United States Government*).[899] Elle dénonce également l'appel d'air d'un tel programme.[900]

La décennie suivante, un article s'étonne qu'en raison de la pénurie de main-d'œuvre, « pratiquement tout le monde aime soudainement les immigrés » (*suddenly, almost everybody loves immigrants*) et regrette qu'aux yeux d'*AFL-CIO*, les immigrés ne soient plus considérés comme des concurrents mais comme des potentiels adhérents.[901]

Dans les années 2000, cette coalition regrette qu'au vu de ce renversement syndical, les grandes entreprises puissent désormais librement encourager des régularisations massives ou augmenter leur main-d'œuvre clandestine. La presse rappelle ainsi un argument de *FAIR* : les étrangers prennent le travail des Étasuniens.[902] Ces régularisations sont considérées comme étant également, pour le Président George W. BUSH, une manière d'accroître le soutien électoral de la communauté hispanique.[903] La presse « hostile » invite ainsi à mettre fin à l'image du sans-papiers « vivant dans l'ombre » (*living in the shadows*) : les clandestins sont, au contraire, des militants actifs cherchant à légaliser leur statut et à s'élever contre l'exploitation de leurs employeurs. Il ne faut donc pas « récompenser » (r*eward*) la violation de la loi, ni surestimer les bienfaits d'un tel

dispositif pour les étrangers eux-mêmes.[904] En ce sens, selon Steven CAMAROTA du *CIS*, les clandestins sont pauvres en raison de leur sous-qualification : "*The reason illegal aliens are poor is not just their legal status* [...] *The overwhelming reason they're poor is that 80% lack a high school education*".[905] Or, selon l'économiste George J. BORJAS, les étrangers irréguliers, généralement peu qualifiés, sont en concurrence directe avec les autres travailleurs peu diplômés tels que les Afro-Américains. L'auteur encourage ainsi son pays à s'inspirer des modèles canadien et australien qui privilégient la régularisation d'étrangers qualifiés.[906] Le risque terroriste[907], le coût sur les services publics[908] et le risque d'appel d'air[909] sont partiellement évoqués. Un rapport[910] du *CIS* montrant qu'un renforcement des frontières et des politiques migratoires permet de réduire significativement le nombre d'étrangers est également cité.[911]

La presse se surprend, de même, d'une manifestation de sans-papiers en citant les propos de certaines personnalités qui ne comprennent pas ce sentiment de légitimité à se mobiliser : "*only in America would illegal immigrants be able to take to the streets the way they are. I frankly am appalled, at their thinking that as illegals they have rights*". De même, la présence de drapeaux non étasuniens au cours de cette marche interroge : "*the sight of many flags that were not American, I think angered many people*".[912]

Un dernier article copie, enfin, les lignes d'un tract anti-immigré insistant sur l'impact négatif des clandestins sur l'économie, la sécurité et l'identité du pays : "*Are you tired of waiting to pay for your groceries while Illegal Aliens pay with food stamps and then go outside and get in a $40,000 car? Are you tired of paying taxes when Illegal Aliens pay NONE! Are you tired of reading that another Illegal Alien was arrested for drug dealing? Are you tired of having to punch 1 for English?* [...] *Are you tired of seeing the Mexican Flag flown above our Flag?*"[913]

2.4. Classement des journaux

Cette analyse succincte permet d'établir la classification des positionnements suivante. La catégorie « favorable » est valable pour une régularisation temporaire de travail ainsi que pour une régularisation plus pérenne.

TABLEAU 52 • Positionnement de la presse étasunienne à l'égard de la régularisation des étrangers irréguliers

	Articles de l'échantillon	Favorable	Neutre
The New York Times	20		**x**
The Washington Post	18		**x**
The Wall Street Journal	10		**x**
Orange County Register	6		**x**
The Atlanta Journal - Constitution	5	**x**	
Tampa Bay Times	5		**x**
The Boston Globe	4		**x**
The Christian Science Monitor	4		**x**
USA Today	4	**x**	
New York Daily News	4	**x**	
St. Louis Post-Dispatch	3	**x**	
Pittsburgh Post-Gazette	3		**x**
Investor's Business Daily	3		**x**
The Philadelphia Inquirer	3	**x**	
New York Post	1		**x**
Buffalo News	1	**x**	
Star Tribune	1	**x**	
Las Vegas Review-Journal	1	**x**	
The Detroit News	1		**x**

Contrairement au cas français, la presse étasunienne, au même titre que les groupes d'intérêt étasuniens, est divisée sur la question de la régularisation des étrangers irréguliers mais penche sensiblement sur un argumentaire « favorable ». Contrairement au cas français, aucun journal ne présente donc de positionnement strictement hostile en dépit des nombreux arguments avancés dans cette coalition.

SOUS-SECTION 3. Conclusion de la section

La répartition des articles selon leur positionnement est donnée ci-dessous.

TABLEAU 53 • Répartition des articles selon leur positionnement sur une régularisation massive

	Favorable	Neutre	Hostile	TOTAL
France	74	17	7	**98**
États-Unis	49	25	23	**97**

Si la presse française présente un positionnement marqué en faveur d'une large régularisation des sans-papiers, tel n'est pas le cas pour la presse étasunienne qui est plus divisée. Ces positionnements se rapprochent fortement de ceux des groupes d'intérêt pour chacun des pays. Il semble donc qu'il existe bien un noyau dur des croyances stable dans le temps sur cet instrument pour ces deux catégories de sources.

Ces noyaux diffèrent sur plusieurs points. En France, la régularisation est traitée au prisme des mobilisations des sans-papiers, percevant ainsi le clandestin comme étant une victime des lois, de l'administration, des forces de police et des patrons. Les groupes d'intérêt « de terrain » sont ainsi soutenus par une presse « de terrain » également, peu encline à l'argumentation et encore moins aux chiffres, mais donnant volontiers les propos des groupes d'intérêt et des manifestants et rappelant les rendez-vous des rassemblements soutenant les sans-papiers. Ce discours militant et victimaire est peu présent aux États-Unis.

Aux États-Unis, en revanche, la régularisation est abordée sous l'angle d'une minutieuse argumentation chiffrée cherchant à mesurer l'utilité économique d'un tel dispositif pour les Étasuniens eux-mêmes. « Travailler dur » explique ainsi le caractère méritant du clandestin en raison des profits qu'il apporte. De même, la question du bénéfice des services publics par les étrangers nouvellement régularisés est sensible en raison de son coût économique. Cet argumentaire utilitariste est pratiquement absent de la presse française.

Dans une moindre mesure, la France prête volontiers attention aux politiques de régularisation d'autres pays (Espagne, Italie, Portugal, Grèce) tandis que les États-Unis s'en inspirent peu (une seule mention au Canada et à l'Australie avec l'économiste George J. BORJAS). Ce phénomène renvoie à la littérature sur l'exceptionnalisme étasunien.[914] À l'inverse, le bénéfice d'un tel dispositif vis-à-vis du regroupement familial semble être plus présent aux États-Unis alors qu'il est moins présent en France.

Enfin, les États-Unis s'interrogent tout particulièrement sur les risques d'appel d'air, de fraude et d'augmentation de la criminalité, sur la capacité et la volonté d'apprentissage de l'anglais par les étrangers ainsi que sur la durée que doit prendre une régularisation massive. De tels questionnements sont absents de la presse française.

La section suivante traite de l'AME en France et d'*EMTALA* aux États-Unis.

SECTION 4. L'AME DANS LA PRESSE FRANÇAISE ET *EMTALA* DANS LA PRESSE ÉTASUNIENNE

L'AME française (**sous-section 1**) est traitée avant l'*EMTALA* étasunien (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. L'AME dans la presse française

Après constitution d'un échantillon (**1**), l'analyse qualitative est effectuée (**2**).

1. Création d'un échantillon pour l'analyse qualitative

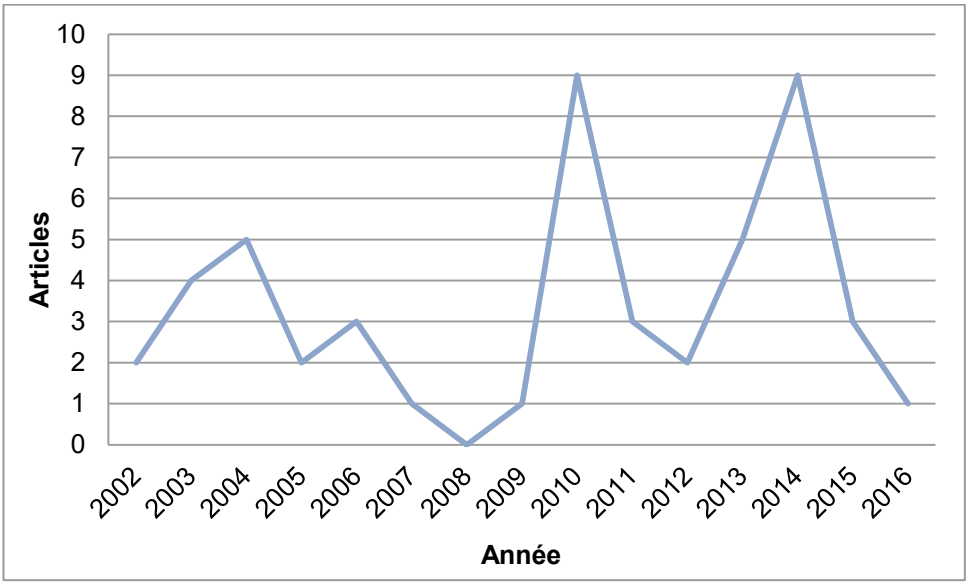
Au vu du degré de saturation atteint précédemment, la taille de l'échantillon est réduite de moitié pour l'AME en France. Les articles sont sélectionnés dès 1999-2000 afin d'éviter les formes plus anciennes de l'instrument (assistance médicale gratuite, aide médicale départementale et aide médicale hospitalière). La répartition des articles est stipulée ci-dessous.

TABLEAU 54 • Répartition des articles de presse français pour un échantillon représentatif de 50 articles propres à l'AME

Journal	Total articles	(Total articles/3869)*50
AFP	969	**13**
ASH	24	**0**
Aujourd'hui en France	74	**1**
Bulletin Quotidien	65	**1**
Challenges	5	**0**
Charente Libre	24	**0**
La Croix	158	**2**
La Dépêche du Midi	14	**0**
La Nouvelle République Dimanche	2	**0**
La Nouvelle République du Centre Ouest	59	**1**
La Provence	54	**1**
La Tribune	69	**1**
La Voix du Nord	69	**1**
Le Courrier de l'Ouest	6	**0**
Le Figaro	385	**5**
Le Monde	342	**4**
Le Monde diplomatique	13	**0**
Le Parisien	209	**3**
Le Point	113	**1**
Le Progrès	113	**1**
Le Quotidien du médecin	79	**1**
Le Télégramme	53	**1**
Les Echos	174	**2**
L'Est Républicain	48	**1**
L'Humanité	75	**1**
Libération	198	**3**
L'Indépendant	10	**0**
L'Obs	15	**0**
Midi Libre	41	**1**
NewsPress	46	**1**
Nord Littoral	16	**0**
Ouest France	154	**2**
Rue 89	11	**0**
Sud Ouest	182	**2**
TOTAL	**3869**	**50**

Ces articles sont répartis annuellement de la façon suivante.

FIGURE 57 • Répartition annuelle des articles de presse français pour un échantillon de 50 articles propres à l'AME



2. Analyse qualitative de l'échantillon

Les articles français peuvent être favorables (**2.1**), neutres (**2.2**) ou hostiles (**2.3**). Le classement est effectué ensuite (**2.4**).

2.1. Les articles favorables

L'accointance entre les articles « favorables » et les groupes d'intérêt est encore nette. Au début des années 2000, le ticket modérateur est ainsi qualifié d'« humainement inacceptable » selon la CFDT car il « peut entraîner des problèmes de soins pour des gens qui en ont besoin, mais aussi des problèmes de santé publique » d'après le fondateur du SAMU social, Xavier EMMANUELLI.[915] La presse s'interroge : « le ministère de la Santé aurait-il perdu la tête ? » La suppression de ce ticket est, selon Bernard KOUCHNER, membre fondateur de MdM, un « devoir de simple solidarité » et, selon Hubert ALLIER, président de l'UNIOPSS, un « enjeu de santé publique ».[916] Un article rédigé par des militants associatifs rappelle ainsi que « les dépenses liées à l'AME pèsent moins de 0,2 % des dépenses totales de santé alors que les bénéficiaires représentent un peu plus de 0,25 % de la population totale. »

La rédaction des décrets vis-à-vis de ce « ticket d'exclusion » ayant été suspendue, ces militants dénoncent, comme signataires d'un article, deux autres réformes en cours : la limitation du remboursement des frais sanitaires aux « soins médicalement indispensables » et la rédaction d'un projet de circulaire[917] détaillant les conditions d'acceptation d'un dossier d'AME.[918] Une lettre ouverte est ainsi adressée par certains groupes d'intérêt au Président de la République, Jacques CHIRAC : « Nous vous demandons d'intervenir auprès de monsieur le Premier ministre afin d'éviter que ne soient prises des mesures inefficaces en termes financiers, contre-productives en termes de santé publique et injustifiables au plan des valeurs ».[919] À cette occasion, la presse n'hésite pas à se positionner : « la droite veut-elle faire des économies sur la santé des plus démunis ? »[920]

En 2004, la nouvelle condition de résidence ininterrompue de trois mois est également, selon elle, une « plaie béante » risquant de provoquer une « crise sanitaire ».[921] L'argumentaire associatif regrette alors les « retards dans l'accès aux soins » qui « aggrave[nt] les pathologies, majore[nt] les coûts des traitements et contribue[nt] à l'engorgement des hôpitaux ».[922] Ce même argumentaire fait état de « soins plus tardifs, donc plus coûteux ; [d']accueil de malades aux urgences déjà saturées ; [de] prolifération des créances irrécouvrables... »[923] La presse relate ainsi les paroles d'hôpitaux franciliens rencontrant des difficultés vis-à-vis d'étrangers séropositifs dépourvus d'AME.[924] Elle donne également son propre avis : « si l'AME a dérapé, la responsabilité en incombe, pour partie, au précédent gouvernement, qui en avait sous-évalué les besoins budgétaires. [...] Le gouvernement et la majorité parlementaire sont restés inflexibles. Par moments même, leur argumentaire a confiné à la démagogie : 'prime à l'irrégularité', 'fraude généralisée'. »[925]

Les inquiétudes associatives sont de nouveau reprises en 2005 en parallèle de celles de la CNAM pour laquelle les freins à l'AME risquent de « conduire à un report des charges de l'AME sur l'assurance-maladie ».[926] La presse s'interroge alors : « Tout cet arsenal pour quoi, au fond ? L'AME bénéficie à 158 000 personnes et représente à peine plus de 0,5 % des dépenses de santé. »[927] L'année suivante, la CNCDH préconise une fusion AME/CMU[928] et MdM cite les

propos de médecins refusant de s'occuper de patients ayant l'AME : « On ne peut pas vous prendre, allez à l'hôpital », « L'AME me révulse », « on n'est jamais payé, je ne vous prendrai pas, même malade, car c'est pénible ».[929] De plus, selon l'association, « 6 % seulement des patients pouvant relever de l'AME font valoir leurs droits. »[930] En 2007, la presse cite ainsi les conclusions d'un rapport IGF/IGAS[931] qui « estime justifié le dispositif de soins gratuits pour les sans-papiers et minore le risque de fraude ». Il « enjoint à l'État de payer sa dette de plus de 1 milliard d'euros à l'assurance-maladie » et lui suggère de « donner davantage de moyens, à l'avenir, à la CNAM, à savoir plus de 500 millions d'euros par an ».[932]

Deux ans plus tard, la CGT exige des explications de la part de l'assurance-maladie en raison de l'interpellation d'un sans-papiers dans les locaux de la CPAM de l'Yonne.[933] En 2010, la presse fait état du rejet d'un amendement de Dominique TIAN (UMP), « difficilement acceptable » selon le rapporteur des crédits « Santé » de la loi de finances de 2011, Rémi DELATTE (UMP).[934] Selon MdM, cet amendement vise à « faire passer des impératifs sécuritaires devant des impératifs de santé publique ».[935] L'association rédige ainsi intégralement un article affirmant que la réforme de l'AME éloigne les plus pauvres des soins, et notamment des soins lourds, ayant « pour conséquence une prise en charge plus tardive des pathologies, ce qui aura un coût à long terme. »[936] Un article évoque parallèlement les propos de la ministre, Roselyne BACHELOT : « depuis 2002, le budget de l'AME a crû de 43 %, presque au même rythme que l'ensemble des dépenses d'assurance-maladie (+ 35 %) ». De même, « depuis 2008, les ressortissants de l'Union européenne en situation irrégulière relèvent de l'AME, et non plus de l'assurance-maladie. » Le député socialiste Jean MALLOT précise par ailleurs que l'AME constitue « moins de 0,1 % du déficit de la Sécurité sociale. » MdM s'exprime ainsi au sujet du « mythe » du tourisme sanitaire : « la quasi-totalité des migrants atteints d'une pathologie grave ne découvre leur maladie qu'une fois arrivés en France. »[937]

Un rapport de l'IGF/IGAS[938] est de nouveau cité en 2011 et estime que le ticket modérateur est « financièrement inadapté » et « porteur de risques sanitaires ».[939] De même, un rapport parlementaire[940] affirme que « la fraude est

très limitée : 0,3 % selon l'assurance-maladie ». Cet article regrette ainsi le vote d'un « budget sous-évalué générant de la dette. »[941] Quelques récits de vie permettent enfin d'illustrer la difficulté, pour certaines familles sans-papiers, de s'acquitter des trente euros de l'AME.[942]

En 2012, le FN regrette la suppression du ticket modérateur : « Le gouvernement Ayrault préfère accorder un coup de pouce aux immigrés clandestins plutôt qu'aux Français les plus modestes ». En revanche, l'article préfère conclure sur les termes du rapport parlementaire de 2011 suscité : « il n'y a pas eu d'explosion de la consommation, ni 'de fraude caractérisée'. »[943] Les années qui suivent, la presse donne à nouveau un point de vue cinglant : « L'UMP a décidé d'en faire des tonnes sur l'immigration, et a ressorti ses grosses intox qui tâchent. [...] Cette intox selon laquelle les étrangers en situation irrégulière seraient les seuls à ne rien payer grâce à l'AME est un vieux fantasme »[944] ; « [l'AME fait] l'objet de volonté de suppression ou d'économie et de 'hoax' ».[945] Elle contredit également l'idée d'une fraude massive en citant les propos de la ministre de la Santé, Marisol TOURAINE : « le 'contrôle des dépenses et des droits de l'AME est effectué' et repose sur 160 emplois à temps plein à la Sécurité sociale. »[946] Cette coalition considère par ailleurs que l'augmentation du nombre des bénéficiaires de l'AME est due à l'augmentation de leur précarité : « des étrangers ont eu recours à l'AME après avoir perdu leurs contrats de travail qui leurs procuraient les droits classiques. »[947]

Un collectif d'associations s'alarme enfin, en 2015-2016, du retrait du panier de soins les médicaments dont le service médical est « faible »[948] : « si on estime que ces médicaments rendent un faible service, faut-il encore les laisser sur le marché ? [...] Considère-t-on qu'il y a des hommes et des sous-hommes ? »[949] La presse déplore ainsi la volonté de Nicolas SARKOZY de supprimer l'AME : « On peut regretter que ce soit un ancien chef d'État qui propose une telle solution, très loin des valeurs de solidarité que la France symbolise à travers le monde. »[950]

2.2. Les articles neutres

Au même titre que les coalitions « neutres » précédentes, les débats parlementaires – ces « échanges musclés »[951] – font l'objet d'intérêt : « Succès garanti au palmarès des huées [...] Le débat n'est pas près de s'arrêter. »[952] Un sondage est également donné : « 49 % des Français sont pour le maintien » de l'AME, à condition qu'une participation financière leur soit demandée [...] 31 % des sondés ont en revanche déclaré vouloir la suppression de ce dispositif. Parmi eux, 92 % sont des sympathisants du Front national. »[953] Elle fait état des « contrôles renforcés » de la CNAM[954] et revient sur l'augmentation du programme : « l'AME n'est pas tant victime d'abus que de l'explosion de l'immigration [...]. En un an, de 2012 à 2013, le nombre de ses bénéficiaires a augmenté de 35 %. »[955] Elle s'amuse également de la volonté de Nicolas SARKOZY de supprimer l'AME alors qu'il déclarait deux ans plus tôt : « je ne souhaite pas qu'on remette en cause cette générosité française [...] C'est notre honneur ».[956] Elle cite, enfin, un rapport parlementaire[957] visant à améliorer la qualité des soins des patients « AME », à accroître leur suivi social, à harmoniser les critères de domiciliation sur le territoire et à renforcer la lutte contre la fraude.[958]

2.3. Les articles hostiles

Les articles hostiles à l'AME citent les propos de parlementaires souhaitant restreindre ce dispositif : « au moment où on demande des efforts à l'ensemble de nos concitoyens, on ne comprendrait pas qu'on laisse cette ligne budgétaire galoper sans contrôle et sans repenser son fonctionnement. »[959] Dominique TIAN (UMP) insiste ainsi sur la fraude : en 2009, « dans 106 caisses primaires d'assurance-maladie sur 5 % des bénéficiaires de l'AME, il est montré que 50 % des dossiers sont faux. [...] 20 à 25 % du Subutex (substitut à l'héroïne, NDLR) distribué via l'AME part vers des marchés illicites. » De même, « un titulaire de l'AME se trouve paradoxalement avec plus de droits qu'un Français ou un étranger en situation régulière qui travaille et cotise. [...] L'AME ne doit plus permettre les soins de confort comme la chirurgie réparatrice. [...] La France reste le pays le plus généreux du monde. »[960] Ainsi, l'AME « devrait avoisiner

[NDA : selon Claude GOASGUEN] le seuil symbolique de '1 milliard d'euros pour l'année 2015' ».[961] Et selon ce même député, « le gouvernement minore au maximum la ligne budgétaire pour ne pas avoir de polémique sur le dos ». Le député évalue ainsi le montant réel de l'AME à « 1,1 milliard » d'euros.[962]

Le « tourisme médical » est également suggéré par des professionnels de santé : « Nous avons des patients qui vivent en Algérie et qui ont l'AME. Ils viennent en France régulièrement pour leur traitement, puis repartent chez eux ». De même, une généraliste « se souvient encore de la réaction indignée d'une de ses patientes, tout juste régularisée, à qui elle expliquait qu'elle allait dorénavant payer un peu pour ses médicaments. » L'article insiste également sur ces « femmes sans-papiers [qui] peuvent faire valoir leurs droits à des traitements d'aide médicale à la procréation » ainsi que sur l'histoire d'un Camerounais, séropositif et polygame, envisageant une fécondation *in vitro* pour sa troisième femme grâce à l'AME. Une pharmacienne estime par ailleurs que, parmi les ordonnances qu'elle reçoit couvertes par l'AME, « figurent presque à chaque fois deux ou trois trithérapies (traitements antisida) et autant de Subutex (traitement de substitution à l'héroïne). » Un autre pharmacien, « las de distribuer toute la journée gratuitement des médicaments de confort et des traitements coûteux » à des étrangers irréguliers, s'indigne que « les petites dames âgées du quartier n'arrivent pas à se soigner ». Plus précisément, « aucun soignant – ni aucun élu d'ailleurs – ne remet en cause l'existence de l'AME ni sa vocation dans la lutte contre la propagation des épidémies [...] c'est la gratuité généralisée des soins qui choque un nombre croissant de médecins et de pharmaciens ».[963] Un chirurgien est également cité par un autre article : « Les Sénégalais débarquent en charter à Roissy pour suivre une chimiothérapie à l'hôpital Saint-Louis, les Chinois viennent se faire enlever la prostate, les insuffisants rénaux des pays de l'Est affluent en car pour profiter d'une dialyse... [...] Notre pays est devenu une véritable vache à lait médicale. » Une Marocaine affirmerait ainsi : « Les soins sont gratuits, alors pourquoi se priver ? Certains en profitent pour dépenser quelques milliers d'euros en chirurgie esthétique ou pour des opérations qui ne relèvent plus de l'urgence... »[964]

Reprenant le cas des filières géorgiennes et tchétchènes vis-à-vis des tuberculoses à bacille multirésistant, un autre article précise que « [l]es cas de fraudes sont très variés : site Internet chinois proposant des cartes AME payantes, médecins escrocs produisant des actes fictifs pour revendre des médicaments à l'étranger, association présentant des copies dossiers AME, sans oublier des réseaux de personnes étrangères qui fraudent pour se faire soigner dans certains hôpitaux français ». Il nuance cependant : « selon Médecins du monde, 'seuls 9 % des étrangers en situation irrégulière disposent d'une couverture maladie' ».[965]

2.4. Classement des journaux

Cette analyse qualitative nous permet d'obtenir les positions suivantes. Les bulles rouges correspondent aux positionnements différents des journaux pour la régularisation (TABLEAU 50). Les journaux en bleu sont nouveaux par rapport à l'échantillon portant sur la régularisation.

TABLEAU 55 • Positionnement de la presse française à l'égard de l'aide médicale d'État

	Articles de l'échantillon	Favorable	Neutre	Hostile
AFP	13	o →	x	
Le Figaro	5		x ←	o
Le Monde	4	x		
Libération	3	x		
Le Parisien	3	x		
La Croix	2	x		
Ouest-France	2	x		
Les Echos	2	x		
Sud Ouest	2	x		
Midi Libre	1	o →	x	
L'Humanité	1	x		
Le Progrès	1	x		
La Voix du Nord	1	x		
La Nouvelle République du Centre Ouest	1	x		
Le Télégramme	1	x		
Aujourd'hui en France	1	x		
L'Est Républicain	1	x ←	o	
Le Quotidien du Médecin	1	x		
La Provence	1			x
NewsPress	1	x ←	o	
La Tribune	1	x ←	o	
Le Point	1			x
Bulletin Quotidien	1		x	

*NOTE : Les bulles rouges correspondent aux positionnements des journaux sur la régularisation et les flèches, la progression de cette position (*TABLEAU 50*). Les journaux en bleu sont nouveaux par rapport à l'échantillon portant sur la régularisation.*

La presse française reste ainsi favorable au sujet de l'AME. Les positionnements sont globalement analogues pour les deux instruments : les journaux favorables à une large régularisation sont également bienveillants à l'égard de l'AME et inversement. La convergence vers la position « neutre » indique une plus grande polarité pour un même journal, à la fois « favorable » et « hostile », pour l'*AFP* et *Le Figaro*. Ces deux journaux sont cependant majoritairement et respectivement « favorables » et « hostiles » (un seul article « hostile » pour l'*AFP* et un seul article « favorable » pour *Le Figaro*). La sous-section suivante traite d'*EMTALA* aux États-Unis.

SOUS-SECTION 2. *EMTALA* dans la presse étasunienne

Comme précédemment, un échantillon représentatif (**1**) est constitué préalablement à l'analyse qualitative (**2**).

1. Création d'un échantillon pour l'analyse qualitative

EMTALA n'est traité que par quatre-vingt-sept articles. L'échantillon représentatif porte sur vingt articles afin de ne cibler que les plus pertinents. La répartition des articles est mentionnée ci-dessous.

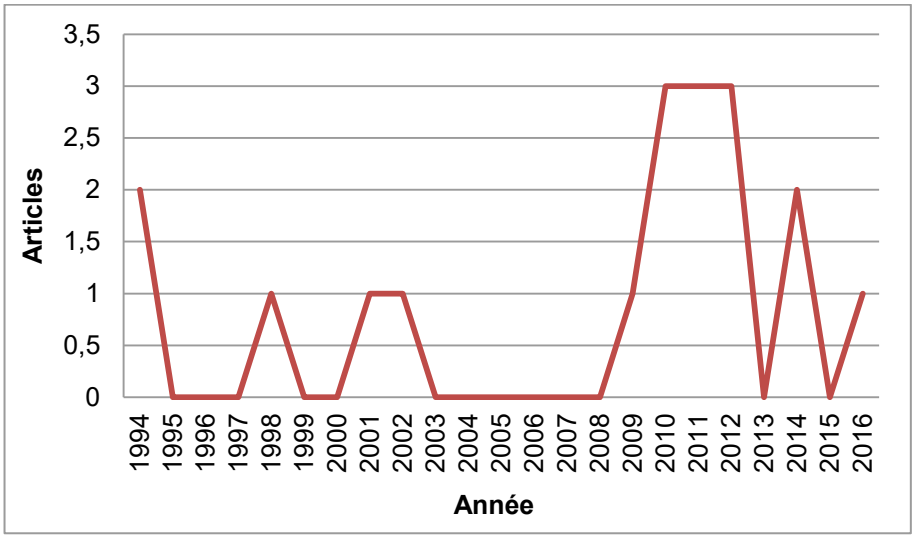
TABLEAU 56 • Répartition des articles de presse étasuniens pour un échantillon représentatif de 20 articles propres à *EMTALA*

Journal	Total articles	(Total articles/87)*20
The Boston Globe	2	**0**
Commonweal	3	**1**
The Christian Science Monitor	3	**1**
New York Daily News	3	**1**
Drug Week	6	**1**
Health Data Management	1	**0**
Health Management Technology	2	**0**
Insurance Weekly News	4	**1**
Las Vegas Review-Journal	15	**3**
Naples Daily News	6	**1**
The New York Times	11	**3**
Orange County Register	2	**0**
The Philadelphia Inquirer	2	**0**
Star Tribune	3	**1**
Tampa Bay Times	6	**1**
Topeka Capital Journal	1	**0**
USA Today	3	**1**
The Washington Post	10	**2**
The Wall Street Journal	4	**1**
TOTAL	**87**	**20**

NOTE : la somme des articles est en réalité égale à 18 et non à 20 car elle ne prend pas en compte les chiffres après la virgule.

La répartition annuelle des articles est donnée ensuite.

FIGURE 58 • Répartition annuelle des articles de presse étasuniens pour un échantillon de 20 articles propres à EMTALA



2. Analyse qualitative de l'échantillon

Les articles favorables (**2.1**), neutres (**2.2**) et hostiles (**2.3**) à *EMTALA* sont résumés avant la classification des journaux (**2.4**).

2.1. Les articles favorables

Dans les années 1990, la presse « favorable » regrette que la justice étasunienne ne soit pas plus stricte sur la nécessité, pour un hôpital, de motiver sa volonté de transférer ses propres patients vers d'autres structures sanitaires. Elle estime en effet que cette pratique de « *dumping* » est trop souvent effectuée pour des considérations financières.[966] La décennie suivante, elle regrette la volte-face effectuée par *USCCB* qui, contrairement à sa position de 2005, estime désormais qu'*EMTALA* s'oppose à la « clause de conscience défendue au niveau fédéral » sur l'avortement (*federal conscience-protection law*) : « l'avortement effectué pour des raisons non thérapeutiques ne constitue jamais un cas d'urgence » (*elective abortion is never an emergency procedure*).[967] Un autre article se moque d'une ancienne sénatrice du Nevada affirmant qu'il faille supprimer *EMTALA* pour mettre fin aux bénéfices publics des clandestins : "*in order to end all government benefits for illegal immigrants* [...] *Congress must pass new legislation that* [...] *counteracts the Emergency Medical Treatment and*

Active Labor Act".[968] La presse condamne également la violation de ce dispositif par deux hôpitaux, aboutissant ainsi à la mort d'un bébé prématuré.[969] Elle s'inquiète parallèlement d'une récente proposition de loi introduite en Arizona contraignant les hôpitaux à signaler auprès des autorités leurs patients clandestins.[970] Enfin, l'économiste Paul KRUGMAN précise qu'*EMTALA* ne s'occupe pas des patients atteints d'un cancer, d'une maladie du rein ou d'autres maladies chroniques sans complication majeure (*cancer, kidney disease, and other more chronic conditions except related to certain complications*).[971] Un article réfute ainsi plusieurs témoignages des Républicains considérant *EMTALA* comme étant la preuve que les États-Unis n'ont pas besoin d'étendre leur politique sanitaire : "*a key reason that the United States already has de facto national health insurance and does not need further government involvement in health care*".[972] Enfin, deux derniers articles rappellent quelques vérités concernant les étrangers irréguliers. Le premier informe des soins dont peut bénéficier cette population en raison des services de santé refusés aux étrangers nouvellement régularisés par Barack OBAMA : "*President Obama will deny health benefits to the 5 million people he is shielding from deportation. But these undocumented immigrants have other ways of getting health care*".[973] Le second répond à l'actuel Président des États-Unis, Donald TRUMP, qui affirme la phrase suivante : "*our veterans, in many cases, are being treated worse than illegal immigrants*". Démentant cette allégation, l'article mentionne ainsi que les vétérans bénéficient également d'*EMTALA*.[974]

2.2. Les articles neutres

Les articles « neutres » ont également une argumentation hétérogène. Dans les années 1990, la presse déplore ainsi les acharnements thérapeutiques coûteux pris en charge par ce programme.[975] Ce point de vue fait notamment suite à la prise en charge sanitaire de "*Baby K.*" dont les médecins estiment qu'« elle ne pourra jamais penser, entendre ou voir » (*she will never think, hear or see*) en raison de l'absence d'une partie de son cerveau. Au sujet de cette affaire, un autre article évalue le montant des soins hospitaliers de "*Baby K.*" – ces derniers étant considérés comme étant « inutiles, déraisonnables et futiles » (*useless, wasteful and futile*) selon un spécialiste en éthique biomédicale.[976]

Au début des années 2000, la presse rappelle la difficulté à respecter *EMTALA* dans un contexte de surcharge des urgences : "*crowded as we are, if you walk in the door, you'll be treated whether you can pay or not. Just get in line and take a number with everyone else*".[977] Un autre article mentionne les propos d'un représentant républicain précisant que sa proposition de loi ne contraindra pas à pratiquer des avortements : "*EMTALA, explicitly requires doctors to provide emergency care to both a woman and her unborn child. My bill does not modify this requirement. EMTALA has never required a doctor to perform an abortion*".[978]

D'autres articles, enfin, mentionnent l'arrivée d'une juriste spécialisée sur *EMTALA* dans un cabinet de Géorgie[979] et annoncent la tenue d'une réunion discutant d'*EMTALA* pour les maladies mentales.[980]

2.3. Les articles hostiles

Les articles « hostiles » reprennent l'argumentation de Chip KAHN, président de la *Federation of American Hospitals*, invitant à faire évoluer *EMTALA* vers un système « bien plus raisonnable au vu des préoccupations des hôpitaux » (*more reasonable in terms of the concerns of hospitals*).[981] La presse retranscrit également les propos d'un de ses lecteurs souhaitant voir disparaître *EMTALA* pour deux raisons. Tout d'abord, le programme n'étant pas subventionné, le coût des soins et des assurances privées a augmenté. Par ailleurs, les urgences sont désormais encombrées d'indigents et de personnes ne souhaitant pas payer pour leurs propres soins. Plus précisément, cette hostilité en appelle à la responsabilité individuelle : "*real freedom of choice involves accepting the full consequences of your actions, not surreptitiously piggybacking on your neighbor*".[982] D'autres lecteurs déplorent en ce sens le déplacement du coût sanitaire vers des contribuables « innocents » : "*Where is the outrage over the mandates known as EMTALA* [...] *for shifting the cost of medical care to the innocent taxpayer and private payer for the care of those who have not taken personal responsibility for their care?*"[983]

2.4. Classement des journaux

Ce résumé permet de classifier les journaux de la manière suivante et en respect des légendes utilisées pour l'AME.

TABLEAU 57 • Positionnement de la presse étasunienne à l'égard d'*EMTALA*

	Articles de l'échantillon	Favorable	Neutre	Hostile
Las Vegas Review-Journal	3	x		
The New York Times	3	x ←	o	
The Washington Post	2		x	
Drug Week	1		x	
Naples Daily News	1			x
Tampa Bay Times	1	x ←	o	
Insurance Weekly News	1		x	
The Wall Street Journal	1		o →	x
Commonweal	1	x		
The Christian Science Monitor	1	x ←	o	
Star Tribune	1	o →		x
USA Today	1	o →	x	
New York Daily News	1	x		

*NOTE : Les bulles rouges correspondent aux positionnements des journaux sur la régularisation et les flèches, la progression de cette position (*TABLEAU 52*). Les journaux en bleu sont nouveaux par rapport à l'échantillon portant sur la régularisation.*

Sur neuf journaux traitant des deux sujets, six effectuent un changement de position (67 %). Or, pour le cas français, six journaux modifient leur position sur vingt-et-un (29 %). Ce résultat va dans le sens du premier chapitre : il y a une moindre superposition des thématiques migratoire et sanitaire aux États-Unis.

SOUS-SECTION 3. Conclusion de la section

La répartition des articles selon leur position est précisée ci-dessous.

TABLEAU 58 • Répartition des articles selon leur positionnement sur l'AME et *EMTALA*

	Favorable	Neutre	Hostile	TOTAL
France (AME)	33	10	7	**50**
États-Unis (*EMTALA*)	9	6	3	**18**

L'observation effectuée pour la régularisation se retrouve ici : la presse française est largement en faveur de l'AME contrairement à sa consœur étasunienne qui est très légèrement en faveur d'*EMTALA*.

Les groupes d'intérêt font de nouveau l'objet, en France, d'un intérêt tout particulier, quitte à les laisser rédiger entièrement des articles de presse. En revanche, quatre éléments diffèrent de la régularisation. Premièrement, si le chiffre était précédemment négligé, l'AME est, au contraire, volontiers quantifiée. Les articles « favorables » et « hostiles » luttent en ce sens sur le nombre des bénéficiaires et le coût financier de l'AME afin d'en comprendre l'augmentation et d'évaluer sa part vis-à-vis d'autres dépenses publiques. Deuxièmement, les propos du gouvernement sont utilisés de manière plus importante. La presse « favorable » privilégie ainsi cet argumentaire de l'administration qui va généralement dans son sens. Inversement, l'AME ne faisant pas l'objet de manifestations, les propos des manifestants sont logiquement délaissés. Troisièmement, les parlementaires, comme Claude GOASGUEN, Christophe SIRUGUE et Dominique TIAN, font également l'objet d'une attention plus aiguisée. Enfin, la presse « hostile » insiste, cette fois, sur le coût financier de l'AME, le tourisme médical et la fraude du dispositif. La presse française semble donc être plus polarisée sur l'AME que sur la régularisation.

Si la responsabilité individuelle est de nouveau mise en avant pour *EMTALA*, son traitement journalistique diffère de la régularisation sur deux points. Tout d'abord, aucune quantification n'est donnée : son coût semble peu intéresser la presse étasunienne. Par ailleurs, cet instrument est volontiers abordé au prisme des sujets « sensibles », tels que l'euthanasie, l'avortement et l'immigration irrégulière. La section suivante conclut ce chapitre.

SECTION 5. CONCLUSION DU CHAPITRE : LE SOUTIEN DE LA PRESSE ENVERS LES GROUPES D'INTÉRÊT EN FRANCE

Le tableau ci-dessous reprend le nombre d'articles par positionnement.

TABLEAU 59 • Position des articles de presse français et étasuniens

	Régularisation (France)	AME	Régularisation (Etats-Unis)	EMTALA
Favorable	74	33	49	9
Neutre	17	10	25	6
Hostile	7	7	23	3
TOTAL	**98**	**50**	**97**	**18**
Favorable/TOTAL	**0,76**	**0,66**	**0,51**	**0,50**
Hostile/TOTAL	**0,07**	**0,14**	**0,24**	**0,17**

La presse française présente ainsi un degré de polarité plus fort que sa consœur étasunienne confirmant par là même le résultat du premier chapitre : le sujet de l'accès aux soins des étrangers irréguliers est davantage publicisé en France qu'aux États-Unis (résultats en gris). Plus précisément, la France offre à voir des positionnements plus contrastés que de l'autre côté de l'Atlantique où ces opinions sont moins éloignées.

Un second résultat indique que la presse française défend davantage les instruments en vigueur que la presse étasunienne (résultats en gris). Si les trois quarts de la presse française sont favorables à la régularisation, les deux tiers défendent également l'AME. Or, la moitié seulement de la presse étasunienne se positionne en faveur d'une régularisation massive ou d'*EMTALA*. L'analyse qualitative et quantitative a en effet montré un taux d'influence des groupes d'intérêt dans la presse plus important en France qu'aux États-Unis. Cette influence confirme la position privilégiée des groupes d'intérêt, à cheval sur le sous-système et l'opinion publique. Plus précisément, l'incorporation de leurs discours dans la presse leur permet d'influencer plus efficacement l'opinion publique. En revanche, il est impossible, d'après les données, d'affirmer que les groupes d'intérêt utilisent la presse ou, au contraire, que la presse use volontairement de la rhétorique des groupes d'intérêt. Quoi qu'il en soit, les

groupes d'intérêt français sont dans un contexte journalistique favorable pour exercer des rétroactions négatives, voire également positives.

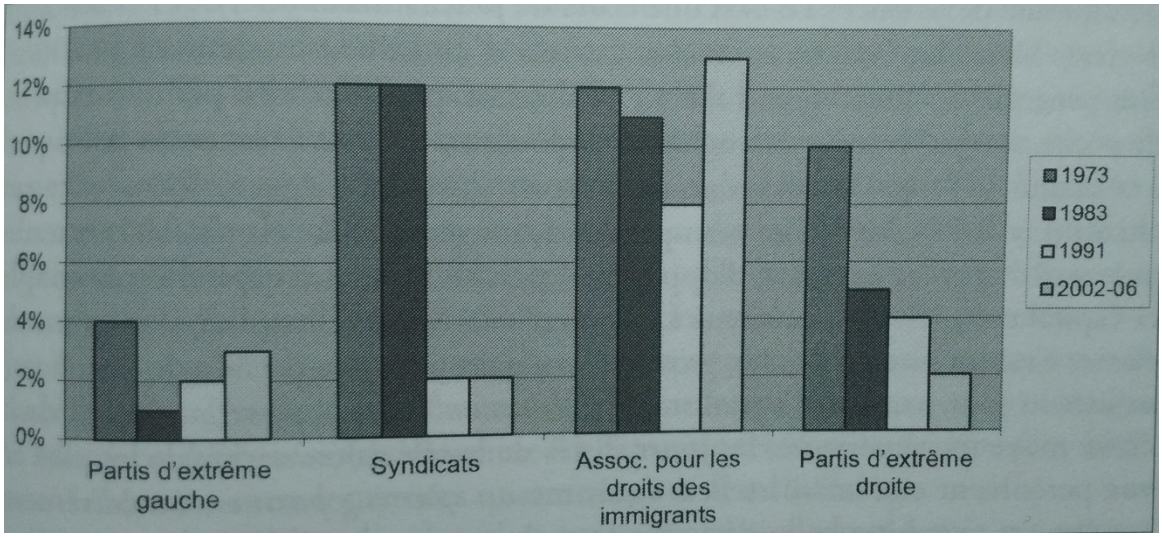
Enfin, la presse révèle un discours « victimaire » en France et « utilitariste/laborieux » aux États-Unis, soit exactement les mêmes résultats que pour les groupes d'intérêt (chapitres 2 et 3). Il semblerait donc bien qu'il existe un noyau dur des croyances commun aux groupes d'intérêt et à la presse dans chacun des pays.

Ces résultats rejoignent les conclusions de Rodney BENSON (2017) sur le traitement médiatique (presse et télévision) des immigrés en France et aux États-Unis. L'auteur considère ainsi que le média étasunien insiste davantage sur une argumentation économique comparé à sa consœur française qui insiste davantage sur l'image victimaire du sans-papiers. Trois cadres goffmaniens sont mobilisés par les États-Unis : l'un est favorable aux étrangers, les deux autres leurs sont hostiles. Le cadre favorable du « bon travailleur » estime ainsi que les immigrants travaillent dur, ne volent pas les emplois des citoyens et des résidents légaux et contribuent à la prospérité et à la croissance du pays. Le premier cadre hostile, propre aux « emplois », considère, au contraire, que cette population vole ce travail et tire les salaires à la baisse. Le second cadre hostile, propre à la « fiscalité », met en avant l'abus des programmes sociaux publics de la part des immigrés – et plus spécifiquement les immigrés irréguliers. Bien que ce cadre soit en déclin depuis quelques années, la presse française use quant à elle du cadre « racisme/xénophobie » affirmant que les immigrés sont victimes de propos, de crimes et de discriminations racistes et xénophobes. Reprenant l'analyse suscitée de Michèle LAMONT et Laurent THÉVENOT (2013 [2000])[984], l'auteur insiste ainsi sur le rôle et l'importance des croyances dans les médias : « Dans la mesure où ces façons de voir sont partagées par la plupart des journalistes et leurs sources de manière identique dans chaque pays, on devrait observer des cadres plus axés sur le marché dans les informations américaines, et plus orientés vers la solidarité civique dans les médias français, ce qui est bel et bien le cas ».[985]

Concernant la polarité des positionnements et l'importance des groupes d'intérêt en France, Rodney BENSON (2017) les explique également par une tradition rédactionnelle différente de chaque côté de l'Atlantique. Le média français a ainsi pour habitude de confronter les points de vue institutionnels là où ses confrères étasuniens privilégient la dramaturgie personnalisée : « Aux États-Unis, la 'narration dramatisée' et personnalisée est devenue une forme dominante, ce qui tend à favoriser le journalisme d'investigation et les sujets privilégiant la dimension humaine. En France, en revanche, le format 'forum de débat' [*debate ensemble*] facilite des débats argumentés, voire polémiques, et présente une pluralité et une variété de points de vue – un modèle qui va plus loin que le format américain visant à 'équilibrer' deux parties adverses ».[986]

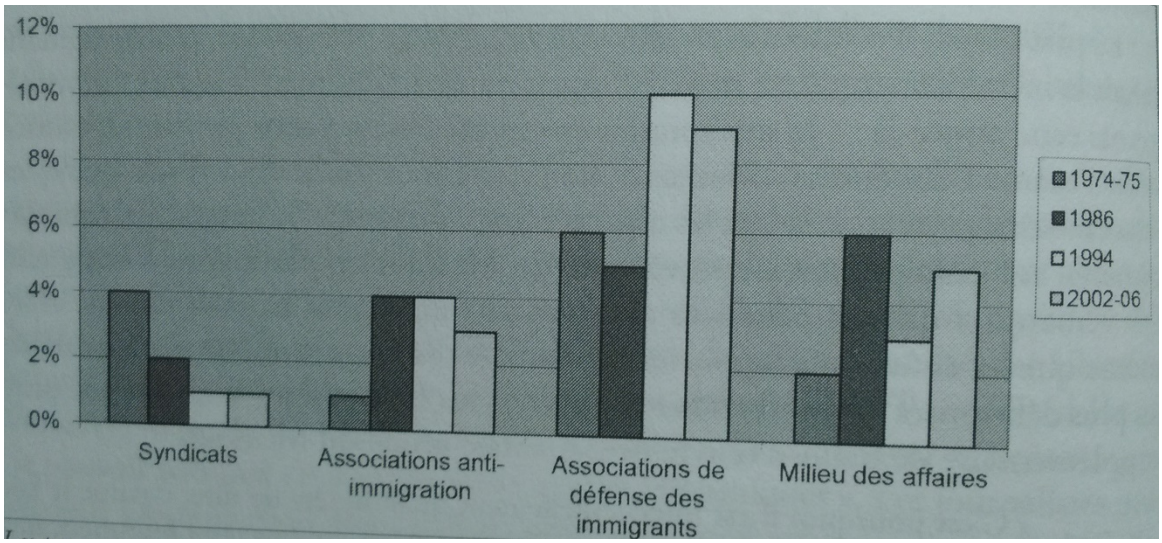
Enfin, concernant les groupes d'intérêt mobilisés, l'auteur confirme quatre des résultats de cette thèse. Premièrement, les partis politiques sont présents dans le débat français alors qu'ils sont absents du débat étasunien – confirmant par là même une plus grande politisation du sujet en France. Deuxièmement, même si c'est moins le cas sur la période récente, les partis d'extrême droite sont fortement privilégiés – reprenant ainsi l'accointance entre la régularisation et le FN du coefficient de Jaccard propre à la presse française. De même, là où le média français privilégie les syndicats dans les années 1970-1980, son confrère étasunien favorise la parole du milieu des affaires et des groupes d'intérêt anti-immigration – ces derniers étant absents du cas français. Troisièmement, les positionnements « très favorable » de la presse française et « relativement favorable » de la presse étasunienne s'expliquent par une plus forte présence du discours des associations pro-immigration en France. Quatrièmement, les groupes d'intérêt français sont, en moyenne, davantage mobilisés que leurs homologues étasuniens. Ces quatre résultats sont donnés dans les deux schémas de Rodney BENSON suivant.

FIGURE 59 • Citation des organisations dans la presse et les journaux télévisés français d'après les résultats de Rodney BENSON, 1973-2006



SOURCE : Rodney BENSON, L'immigration au prisme des médias (Presses universitaires de Rennes, 2017), 143.

FIGURE 60 • Citation des organisations dans la presse et les journaux télévisés étasuniens d'après les résultats de Rodney BENSON, 1974-2006



SOURCE : Rodney BENSON, L'immigration au prisme des médias (Presses universitaires de Rennes, 2017), 94.

Ce résultat est cependant à nuancer au vu des travaux de Virginie GUIRAUDON (2008) portant sur le traitement négatif des migrants plus généralement dans différents médias : "*The media coverage of immigrant-related controversies is biased. Keen on increasing circulation or TV audience, the media also magnify the 'problem' of immigration through the use of violent images, of expressions such as the intifada des banlieues, through the manipulation of statistics most*

typically on criminal aliens and asylum requests".[987] En ce sens, ces résultats valent pour la presse écrite seulement et ne peuvent être généralisés à d'autres médias dont, notamment, la télévision.

Le chapitre suivant traite de ces deux questions – influence des groupes d'intérêt et noyau dur des croyances – pour les sources écrites parlementaires.

CHAPITRE 5. L'OPPOSITION DES PARLEMENTAIRES

Ce cinquième chapitre porte sur le pouvoir législatif et indique, cette fois, qu'une opposition française existe à l'égard de l'accès aux soins des étrangers irréguliers. En ce sens, les parlementaires français témoignent d'une hostilité remarquable en comparaison à leurs homologues étasuniens qui font preuve d'une relative bienveillance. Certains parlementaires français deviennent ainsi de véritables entrepreneurs individuels et usent du Parlement comme forum. À l'inverse, les conséquences électorales et juridiques des textes passés au Congrès soumettent les parlementaires étasuniens à une forme d'autocensure. Ce chapitre permet, enfin, de placer imparfaitement le noyau dur des croyances sur un axe opposant la considération épidémiologique au statut administratif – les deux pôles ne pouvant se concilier. Sauf précision, la notion d'« opposition » fait toujours référence à un désaccord envers les instruments étudiés et non à une minorité parlementaire.

Cette analyse s'effectue en quatre temps. La constitution d'un échantillon représentatif (**section 1**) permet de synthétiser le contenu des rapports parlementaires (**section 2**). Les débats parlementaires sont ensuite analysés de manière quantitative (**section 3**) puis qualitative (**section 4**) de chaque côté de l'Atlantique. Une dernière section conclura ce chapitre (**section 5**).

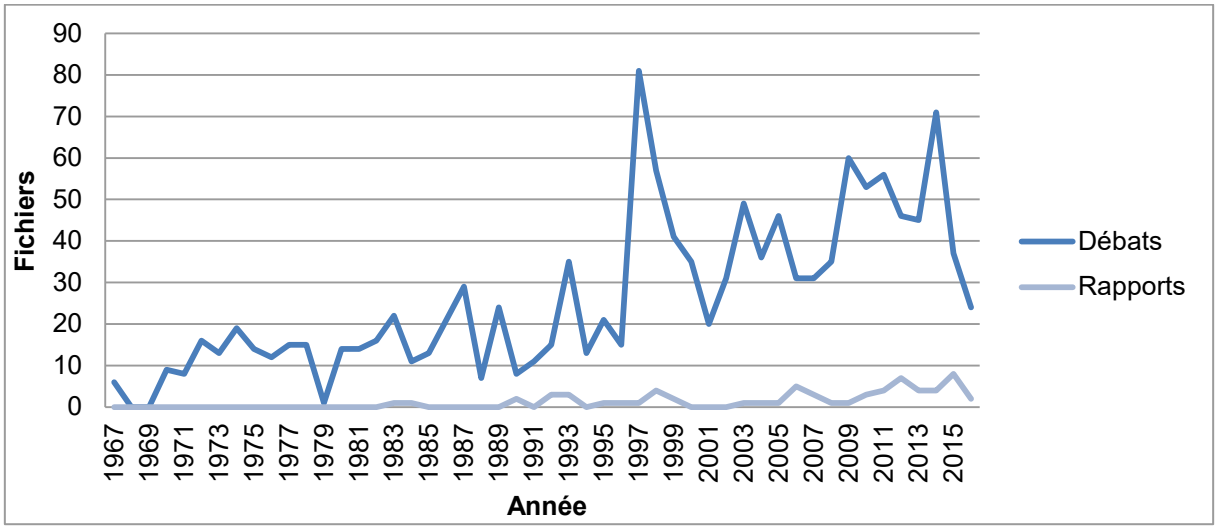
SECTION 1. PRÉSENTATION QUANTITATIVE DES DONNÉES ET CONSTITUTION D'UN ÉCHANTILLON REPRÉSENTATIF

Les sous-sections suivantes constituent un échantillon représentatif en France (**sous-section 1**) et aux États-Unis (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. Constitution d'un échantillon représentatif en France

Un premier échantillon français est créé à partir des débats et des rapports parlementaires ayant au minimum une occurrence du TABLEAU 5. La répartition annuelle de ces documents est illustrée ci-dessous.

FIGURE 61 • Répartition annuelle des débats et des rapports parlementaires français ayant au minimum une occurrence du TABLEAU 5



Pour rappel également, le tableau ci-dessous mesure le degré d'intérêt ainsi que le vocable utilisé par les parlementaires dans l'ensemble de ces sources écrites en respect du TABLEAU 5.

TABLEAU 60 • Répartition des sources parlementaires françaises par occurrence

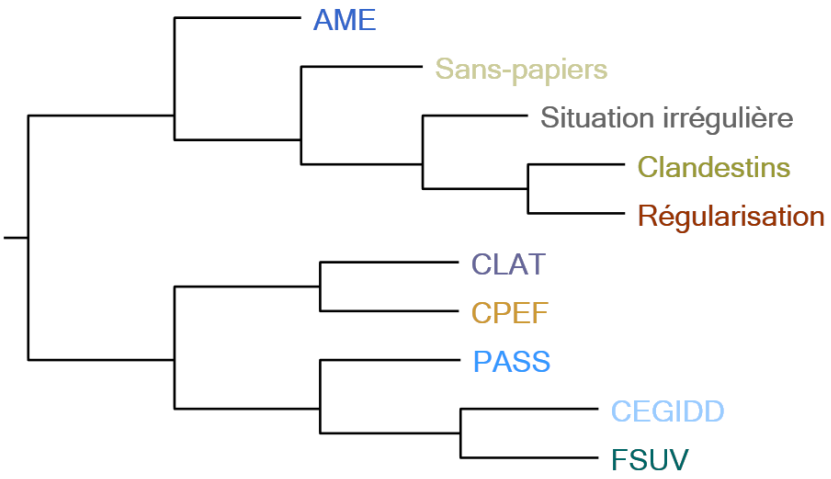
Instrument	Fichiers
Régularisation	765
AME	663
PASS	74
CPEF	69
CLAT	46
CEGIDD	21
FSUV	9
Clandestins	627
Situation irrégulière	532
Sans-papiers	254

Tel qu'observé au chapitre 3, l'utilisation du terme « clandestin » dépend de la date moyenne des sources écrites. Or, les sources législatives étant, en moyenne, plus anciennes que les autres sources étudiées, il est impossible d'affirmer, de manière quantitative, que les parlementaires sont, globalement, plus hostiles aux étrangers irréguliers que la presse, les groupes d'intérêt et

l'administration en raison de ce décalage temporel. Néanmoins, l'analyse qualitative révèle un positionnement exceptionnellement hostile des parlementaires français expliquant cette utilisation du terme « clandestin ».

Les deux instruments privilégiés par ces sources sont, de loin, la régularisation des étrangers et l'AME. Ces deux instruments sont, à nouveau, les seuls à être rattachés aux étrangers irréguliers d'après le coefficient de Jaccard exposé ci-dessous.

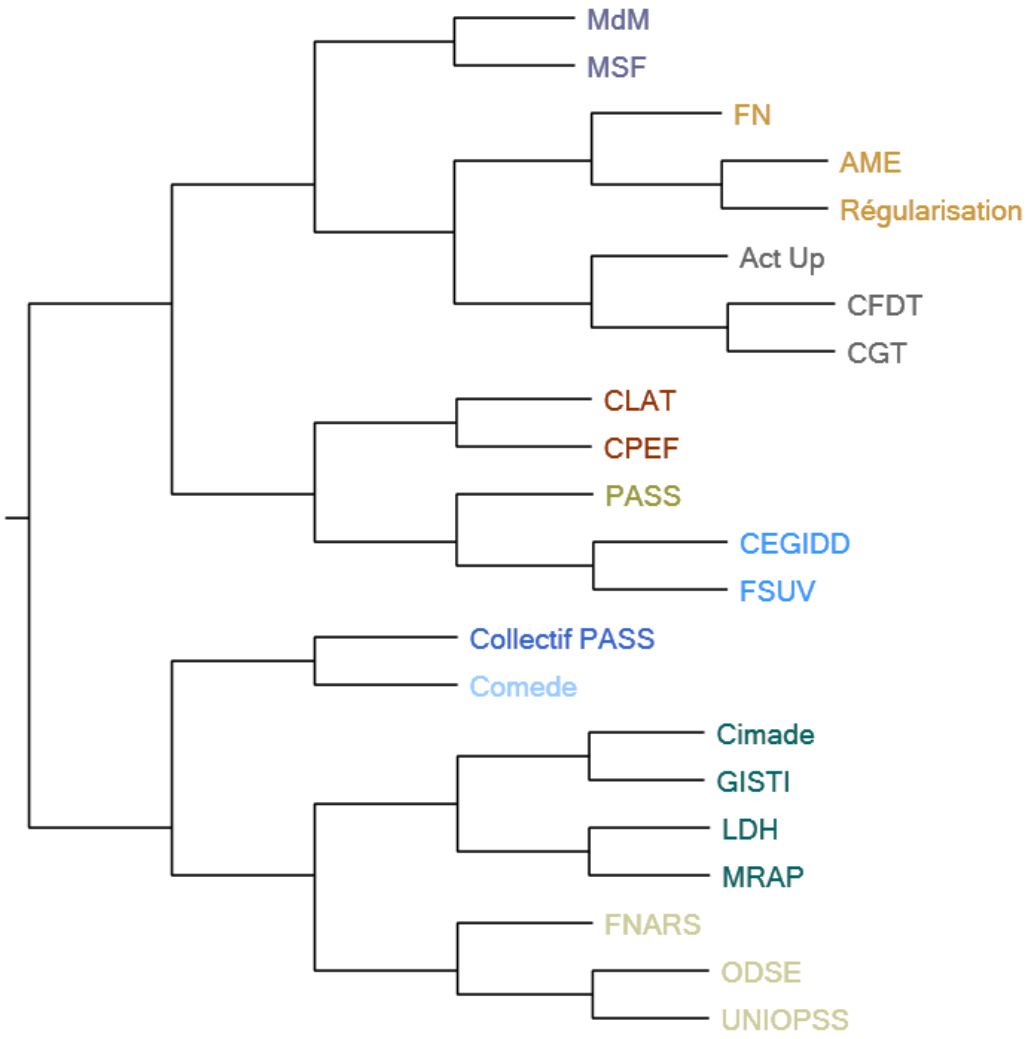
FIGURE 62 • Coefficient de Jaccard des sources parlementaires françaises



Deux grappes sont ainsi visibles : l'une est propre au sous-système mature du premier chapitre (régularisation et AME), l'autre regroupe les autres instruments sanitaires (CLAT, CPEF, PASS, CEGIDD, FSUV). La relative proximité entre l'AME et la notion de « sans-papiers » suggère une attitude bienveillante envers cet instrument. En revanche, le lien entre « clandestin » et « régularisation » ne peut, pour le moment, faire l'objet d'une quelconque interprétation pour les raisons précitées.

Cette première grappe (AME et régularisation) sera traitée dans ce chapitre en raison de sa proximité avec les catégories migratoires. Le coefficient de Jaccard est également donné pour les groupes d'intérêt français et le FN.

FIGURE 63 • Coefficient de Jaccard dans les sources parlementaires françaises avec les groupes d'intérêt et le FN

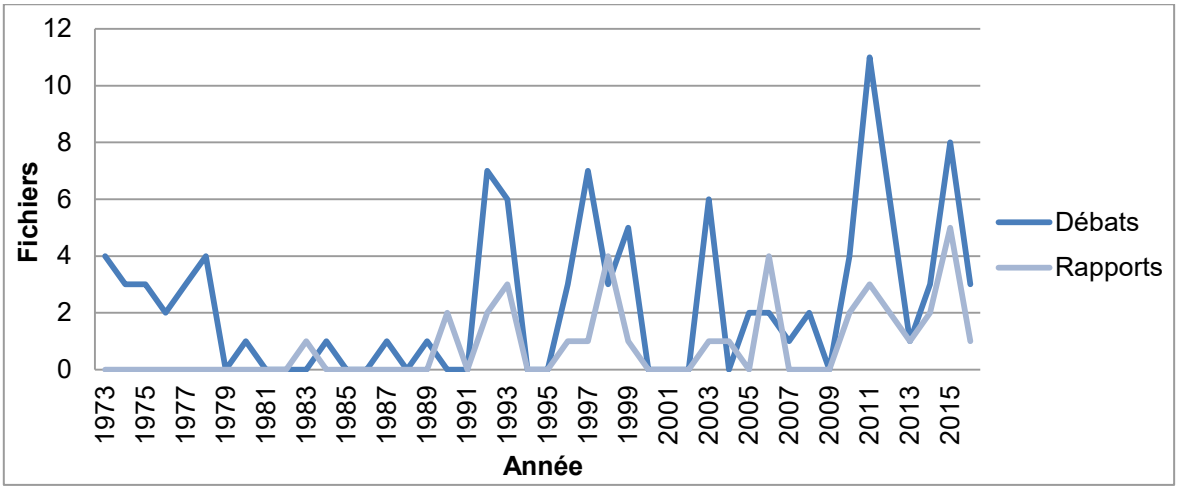


Tel qu'observé ci-dessus, l'AME et la régularisation sont essentiellement associés aux organisations suivantes : FN, Act Up, CFDT, CGT, MdM et MSF. Ce résultat se vérifie dans la presse pour les syndicats (CGT et CFDT), le FN et MdM.

Deux échantillons sont ainsi constitués pour l'AME et la régularisation. Ces deux échantillons sont constitués chacun de soixante-dix fichiers afin d'atteindre, a priori, une saturation de l'information d'après ce qui a été observé pour les articles de presse. Les 140 fichiers ayant le plus grand nombre d'occurrences pour leur instrument respectif sont ainsi conservés.

Ce second échantillon se compose de soixante-dix-huit fichiers issus de l'Assemblée nationale et de soixante-deux fichiers provenant du Sénat. La répartition annuelle de ces documents est donnée ci-après.

FIGURE 64 • Répartition annuelle des débats et des rapports parlementaires français sur un échantillon de 140 fichiers

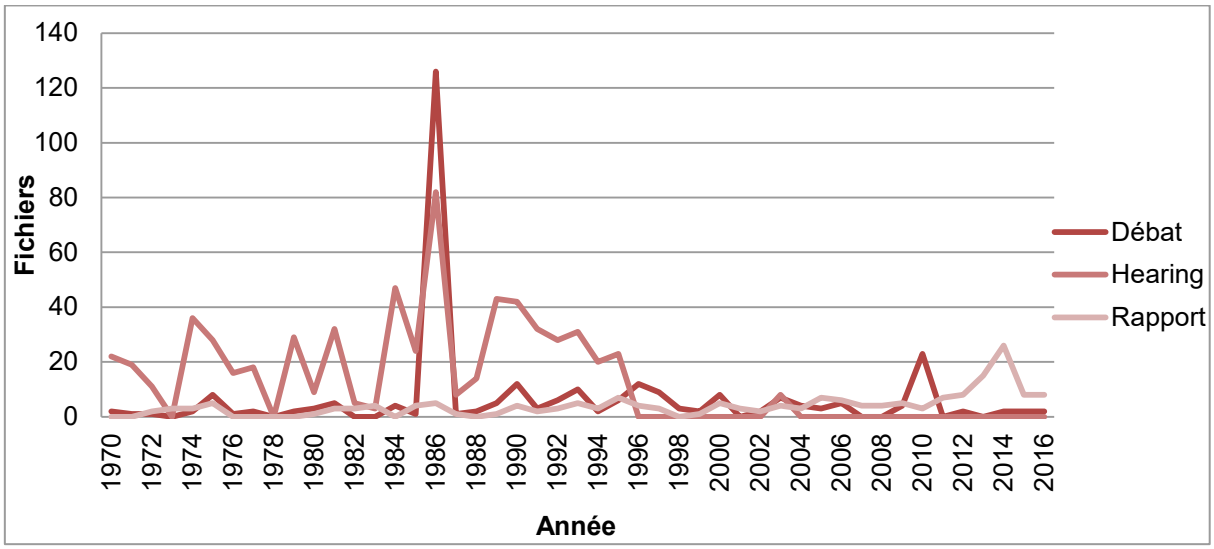


La sous-section suivante constitue un échantillon représentatif pour le cas étasunien.

SOUS-SECTION 2. Constitution d'un échantillon représentatif aux États-Unis

Un fichier NVivo contient l'ensemble des sources écrites à analyser. Le calcul du coefficient de Jaccard ne peut donc être effectué qu'au sein d'un seul et même fichier. Or, ce logiciel limite la taille de ces fichiers à dix gigaoctets maximum sous Windows. Si cela n'a pas posé de problème pour compiler les sources françaises, tel n'est pas le cas pour les données étasuniennes qui sont plus volumineuses. Les sources contenant strictement moins de 100 occurrences (TABLEAU 5) ont donc été éliminées. La répartition annuelle des débats, des *hearings* et des rapports parlementaires contenus dans ce premier échantillon d'un peu moins de dix gigaoctets est donnée ci-après. Par gain de temps, l'année d'un fichier correspond à nouveau à celle de l'année de la loi à laquelle il se réfère et non à l'année réelle du fichier pour les raisons susmentionnées au chapitre 3.

FIGURE 65 • Répartition annuelle des débats, des rapports et des *hearings* parlementaires étasuniens ayant au minimum 100 occurrences du TABLEAU 5



Pour rappel, le tableau ci-dessous expose le nombre d'occurrences totales sur l'ensemble des sources écrites parlementaires en respect du TABLEAU 5.

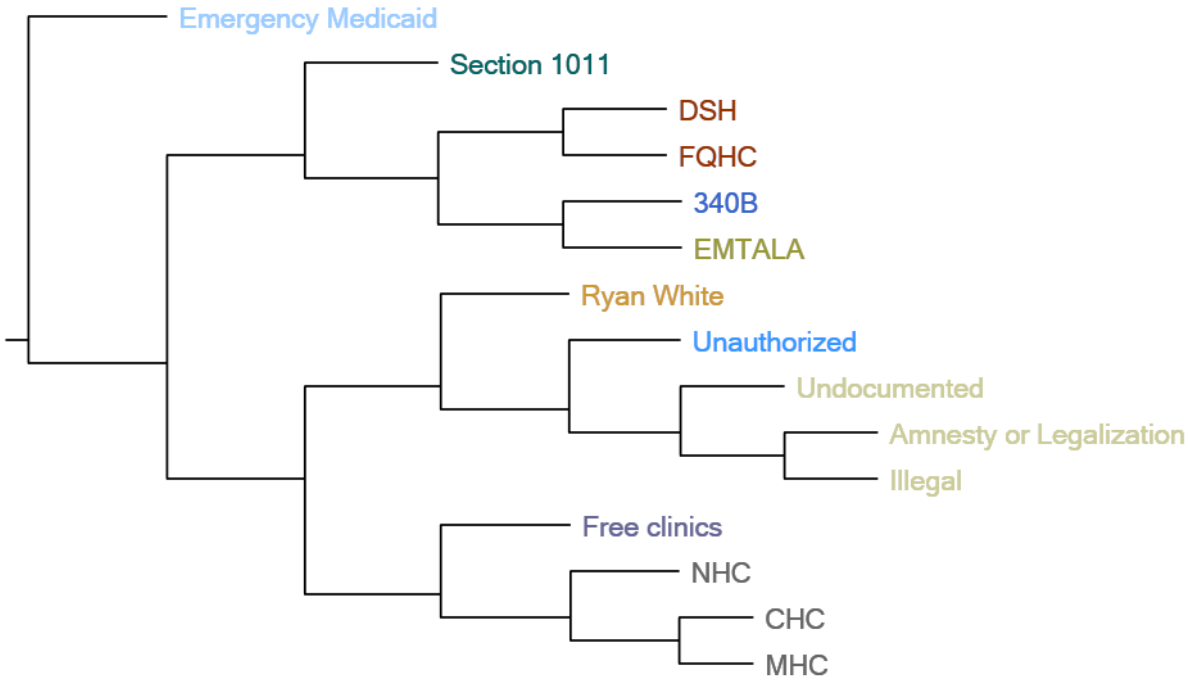
TABLEAU 61 • Répartition des sources parlementaires étasuniennes par occurrence

Instruments étasuniens	Législatif
340B	66
Amnesty/legalization	653
CHC	781
DSH	230
Emergency Medicaid	19
EMTALA	84
FQHC	134
Free clinics	55
MHC	635
NHC	264
Ryan White	323
Section 1011	55
Illegal	1700
Unauthorized	721
Undocumented	440
Amnesty	260
Legalization	567

Les sources parlementaires s'intéressent donc en priorité à la régularisation des clandestins ainsi qu'aux centres de santé (*CHC* et *MHC*) et à *Ryan White*. Le vocable migratoire utilisé est contrasté – les expressions d'hostilité (*illegal*) et de bienveillance (*legalization*) se faisant face.

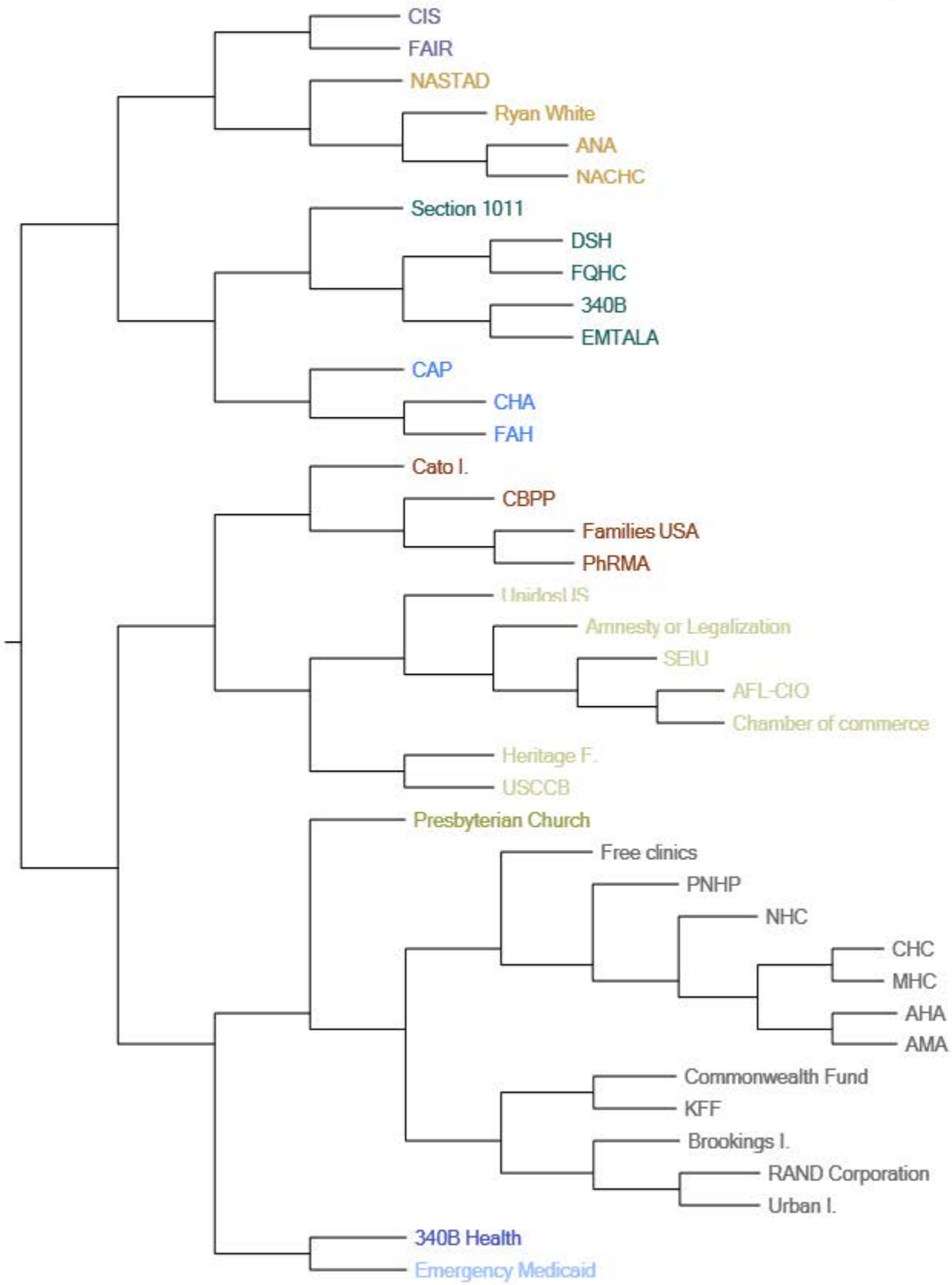
Si un fichier NVivo ne peut dépasser dix gigaoctets, il faut en réalité le réduire encore davantage pour pouvoir effectuer une recherche d'occurrences. Le coefficient de Jaccard schématisé ci-dessous est donc effectué pour les *hearings* et les débats uniquement.

FIGURE 66 • Coefficient de Jaccard des débats et des *hearings* parlementaires étasuniens ayant au minimum 100 occurrences du TABLEAU 5



Les étrangers irréguliers sont logiquement abordés lors des débats portant sur la régularisation. En revanche, cette schématisation révèle également un croisement inattendu des thématiques sanitaires et migratoires sur *Ryan White* et non plus sur *EMTALA*. Une même grappe combine ainsi la régularisation et *Ryan White*. Ce croisement est confirmé par une seconde schématisation du coefficient de Jaccard effectué avec les groupes d'intérêt sur les débats et les *hearings* toujours.

FIGURE 67 • Coefficient de Jaccard des débats et des *hearings* parlementaires étasuniens ayant au minimum 100 occurrences du TABLEAU 5 avec les groupes d'intérêt



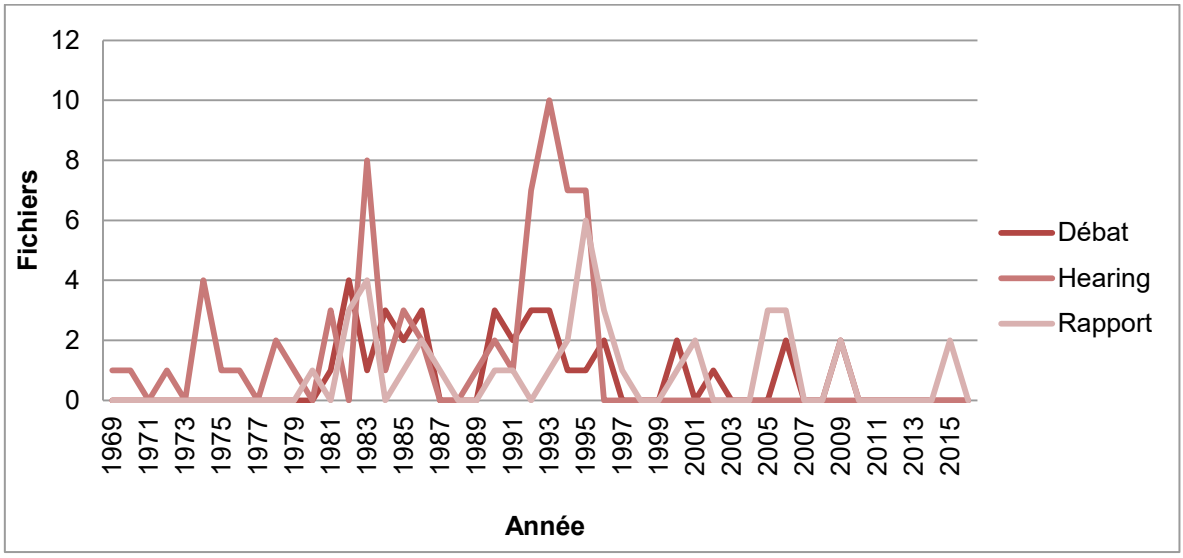
Au même titre que pour la presse, la régularisation est de nouveau associée aux syndicats (*AFL-CIO* et *SEIU*), à la Chambre du commerce et à *UnidosUS*. Deux autres acteurs interviennent également : *Heritage Foundation* (think tank anti-immigrés tel qu'observé précédemment) et *USCCB* (évêques catholiques). Une seconde observation indique que deux groupes d'intérêt anti-immigrés (*CIS* et *FAIR*) s'intéressent à *Ryan White*, au même titre que *NASTAD*, *ANA* et *NACHC* qui sont des groupes d'intérêt sanitaires. Ces cinq groupes d'intérêt n'étaient pourtant pas associés à *Ryan White* dans la presse.

Les données du TABLEAU 39 et du TABLEAU 40 montrent également que, si la presse française présentait une plus grande accointance avec les groupes d'intérêt, tel n'est pas le cas des débats parlementaires où ces groupes sont davantage cités aux États-Unis. Les six et les dix premiers groupes d'intérêt cités respectivement en France et aux États-Unis révèlent une préférence commune entre la presse et les débats parlementaires (MdM, FN, CGT, Cimade et CFDT en France, Chambre du Commerce, *UnidosUS*, *AFL-CIO*, *SEIU*, *Heritage Foundation* et *USCCB* aux États-Unis).

L'échantillon de 140 fichiers porte ainsi sur la régularisation et *Ryan White*. Il se compose de quatre-vingt-sept fichiers issus de la Chambre des représentants (*House of Representatives*), trente-neuf du Sénat (*Senate*), dix du *Government Accountability Office* (*GAO*), deux du *Congressional Budget Office* (*CBO*)[988] et un du *Congressional Research Service* (*CRS*)[989]. Un dernier fichier est une lettre adressée par deux parlementaires à l'*Office of Inspector General*.[990] Ces quatre dernières catégories sont considérées comme étant des rapports.

Cet échantillon de 140 sources se divise en trente-six débats, soixante-quatre *hearings* et quarante rapports. La répartition annuelle de ces documents est donnée ci-dessous. Afin d'affiner cette distribution, la date des documents correspond cette fois à leur date de production et non plus à celle de la loi à laquelle elle se réfère, expliquant notamment le « dégonflement » de l'année 1986 sur les années qui précèdent tel qu'il l'a été stipulé au chapitre 3.

FIGURE 68 • Répartition annuelle des débats, des rapports et des *hearings* parlementaires étasuniens sur un échantillon de 140 fichiers



La section suivante traite, de manière qualitative, des rapports parlementaires.

SECTION 2. ANALYSE DES RAPPORTS PARLEMENTAIRES

Seront successivement analysés les rapports parlementaires français (**sous-section 1**) puis étasuniens (**sous-section 2**) avant de conclure (**sous-section 3**).

SOUS-SECTION 1. Analyse des rapports parlementaires français pour l'AME et la régularisation

Si les rapports sont globalement hostiles à ces deux instruments (**1**), des coalitions s'affrontent tout de même pour l'AME (**2**) et la régularisation (**3**).

1. Des rapports hostiles à ces deux instruments

Les rapports parlementaires français ont été codés à l'aide du logiciel NVivo. Ce codage indique un positionnement relativement négatif vis-à-vis de ces deux instruments. La catégorie « référence » correspond au nombre de codages effectués dans l'ensemble des fichiers. Ces codages incluent généralement un ou plusieurs paragraphes. Ce codage n'inclut pas les débats en commission retranscrits parfois en fin de rapport. Le tableau ci-dessous indique la répartition de ces codages par fichier.

TABLEAU 62 • Positionnement des rapports parlementaires sur l'AME

Intrument	Fichier	Référence
Aide médicale d'État		
CONTRE	15	166
NEUTRE	2	11
POUR	7	111
Régularisation		
CONTRE	7	28
POUR	4	10

Les signataires de ces rapports sont répartis de la manière suivante pour chacun des instruments.

FIGURE 69 • Signataires français des rapports parlementaires pour l'AME

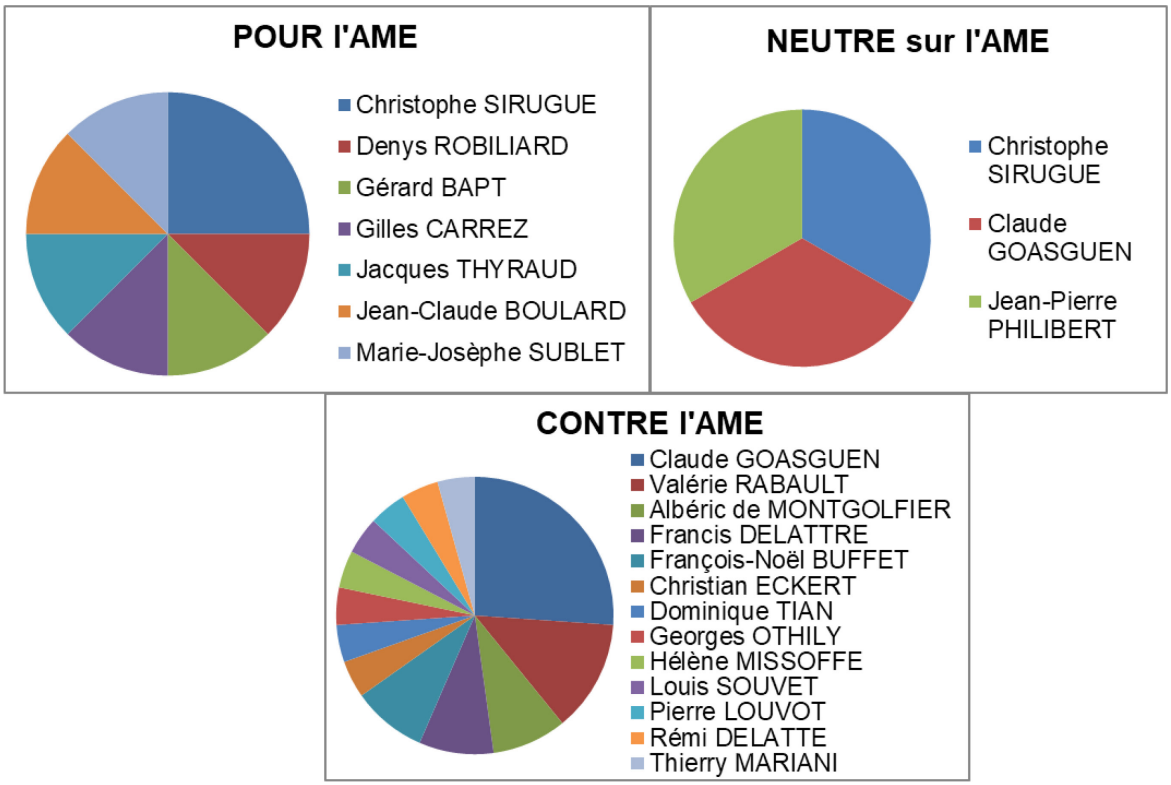
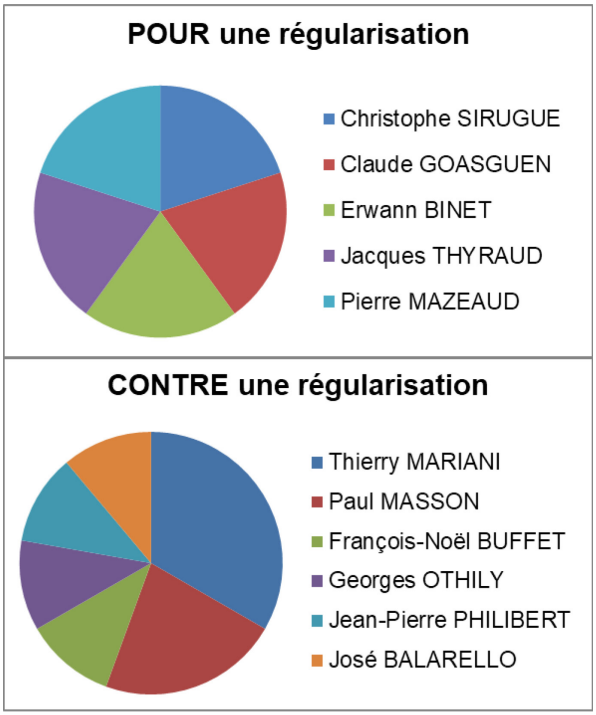


FIGURE 70 • Signataires français des rapports parlementaires pour la régularisation



Les coalitions « contre » font donc l'objet d'un surinvestissement individuel comparativement aux autres coalitions. Claude GOASGUEN et Thierry MARIANI deviennent ainsi les principaux opposants à l'AME et à la régularisation respectivement. Les débats parlementaires confirment la forte opposition de Claude GOASGUEN pour l'AME et, dans une moindre mesure, de Thierry MARIANI pour la régularisation.

Le rattachement partisan de ces signataires est donné ci-après. Il correspond à la date de publication du rapport et ne prend donc pas en compte les affiliations partisanes antérieures ou postérieures. L'Union pour la démocratie française est mentionnée par l'acronyme « UDF ». Le parti « Les Républicains » (LR) regroupe ses ancêtres (Union pour un mouvement populaire/Union pour la majorité présidentielle [UMP] et Rassemblement pour la République [RPR]).

FIGURE 71 • Rattachement des signataires des rapports parlementaires en France pour l'AME

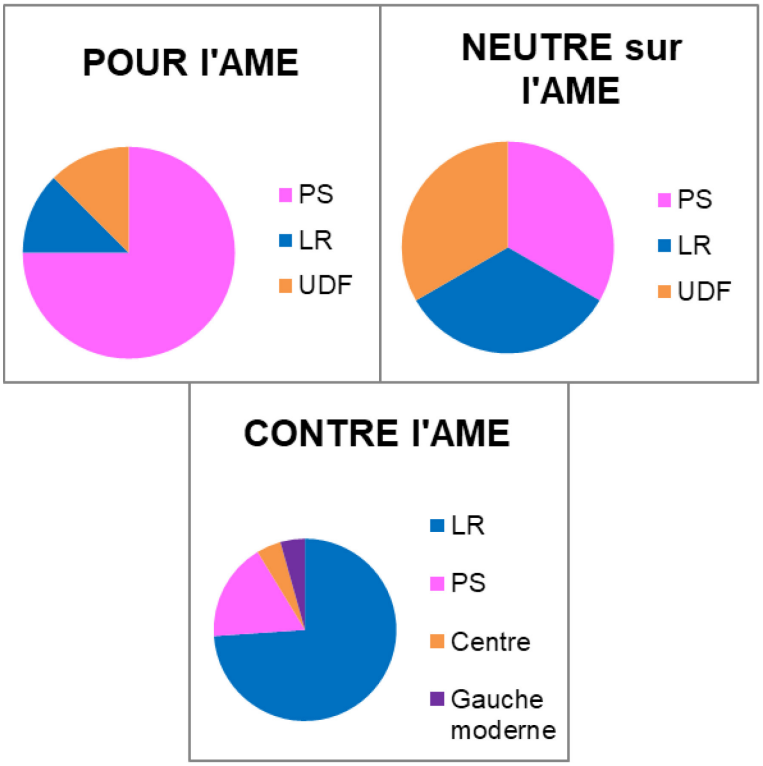
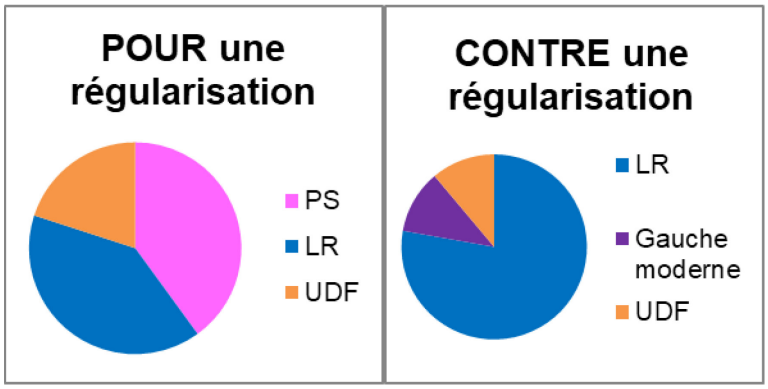


FIGURE 72 • Rattachement des signataires des rapports parlementaires en France pour la régularisation



Le positionnement PS/LR respecte globalement les coalitions respectives « POUR/CONTRE ». Ce résultat se vérifiera pour les débats parlementaires.

2. Positionnement des rapports vis-à-vis de l'AME

Vingt-quatre rapports parlementaires français sont divisés en trois coalitions souhaitant soit un élargissement de l'AME en termes de dépenses et de bénéficiaires (**2.1**), soit un meilleur fonctionnement de l'AME (**2.2**), soit, enfin, une restriction de l'AME (**2.3**).

2.1. Une coalition favorable à l'AME

Le constat établi par cette coalition (**2.1.1**) lui permet d'asseoir plusieurs revendications (**2.1.2**). Cet argumentaire concerne les formes anciennes et récentes du dispositif (aide médicale à domicile, aide médicale hospitalière et AME).

2.1.1. Le constat de cette coalition

La première coalition, composée de sept rapports[991], défend l'élargissement pour six raisons majeures. La santé publique visant à restreindre la propagation d'infections est un premier élément : « le bénéfice de l'AME obéit à des impératifs évidents de santé publique, notamment en matière de prévention et de lutte contre les maladies contagieuses (hépatites, tuberculose ou encore VIH). »[992]

Deuxièmement, sa suppression ou sa restriction représente un risque financier pour les hôpitaux, les associations et les collectivités territoriales : « Limiter l'AME aux soins urgents et prioritaires ne pourra pas se traduire par une diminution de la prise en charge sanitaire des étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire. Une telle mesure se limitera à un transfert de la dépense de l'État vers les établissements médicaux les plus défavorisés, les associations caritatives et les collectivités territoriales. »[993] Par ailleurs, les étrangers ont une faible consommation des soins en dépit de leur forte orientation vers l'hôpital : « Le bénéficiaire de l'AME a consommé en 2008[,] 174 euros de soins, là où le bénéficiaire de la CMUc consomme 2606 euros et le bénéficiaire du régime général 1580 euros. »[994] Quatrièmement, il n'existe pas de tourisme « médical » ou « sanitaire » : « Une étude menée par Médecins du Monde[995] révèle que seuls 6 % des sans-papiers citent la santé comme le principal motif de leur immigration ».[996] Cinquièmement, la jurisprudence et les textes internationaux soutiennent ce dispositif : « Conformément à un avis du Conseil d'État du 8 janvier 1981[997], il n'y a pas lieu d'opposer à l'étranger qui sollicite le bénéfice de l'aide médicale les dispositions relatives à la régularité de séjour en France »[998] ; « l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 prévoit que la Nation 'garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, au vieux travailleur, la protection de la santé' et le Conseil constitutionnel[999] a jugé que le législateur ne pouvait pas priver de garanties légales ce principe constitutionnel de protection de la santé ».[1000] Enfin, des « considérations humanitaires et altruistes » établissent la « nécessité, dans un pays riche et développé, d'assurer une couverture santé, même minimale, à toutes les personnes présentes sur son sol ».[1001]

2.1.2. Les revendications de cette coalition

Dix revendications sont visibles. Il s'agit, premièrement, de supprimer la condition d'ancienneté du séjour : « des lacunes demeurent. Les étrangers résidant sur le territoire métropolitain depuis moins de trois ans n'ont toujours pas accès à l'aide médicale à domicile, sauf dispositions plus favorables décidées par les départements. »[1002] Par ailleurs, cette coalition s'oppose à toute forme de contribution financière : « un droit de timbre pourrait générer un retard dans la prise en charge médicale ».[1003] Troisièmement, afin d'augmenter davantage

encore le nombre de ses bénéficiaires, ces rapports visent à instaurer un calcul des revenus le plus profitable possible : « Seules les ressources du foyer sont prises en compte. En revanche, les charges ne font l'objet d'aucune appréciation. [...] L'inclusion de certaines prestations sociales dans les ressources des intéressés n'apparaît pas justifiée ».[1004] Ensuite, d'autres propositions cherchent à atténuer l'effet de seuil en offrant la possibilité aux étrangers irréguliers ayant un revenu plus élevé de bénéficier de l'AME au prorata de leur salaire : « la mission se demand[e] si la poursuite du bénéfice de l'aide au-delà du plafond de ressources actuel, moyennant le paiement d'une contribution, ne devrait pas être envisagée ».[1005] Cinquièmement, la domiciliation devant être simplifiée, cette coalition se satisfait de la création d'une « procédure d'élection de domicile auprès d'organismes agréés »[1006] et estime qu'« il est indispensable de rappeler aux CPAM leur obligation d'accepter les domiciliations chez autrui ».[1007] Elle exige ainsi la multiplicité des lieux de dépôt des dossiers : « Maintenir une couverture territoriale correcte des structures de dépôt et d'instruction des dossiers permettra de ne pas dissuader les bénéficiaires potentiels ».[1008] Cette coalition désire, septièmement, une aide médicale unique, qualifiant de « largement dépassée » la distinction entre AMH et AMD[1009], évoquant la possibilité d'une « fusion des dispositifs de la CMU et de l'AME »[1010] et se questionnant ainsi : « 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 ? »[1011] Déplorant les sous-budgétisations systématiques[1012] et estimant que l'augmentation du coût de l'AME est due à celle des factures hospitalières[1013], les rapports préconisent également d'introduire la tarification à l'activité (T2A) aux dépens du forfait journalier pour ses patients.[1014] Ils souhaitent, neuvièmement, obtenir une harmonisation des pratiques entre CPAM : « il est nécessaire de souligner auprès du réseau de l'assurance-maladie qu'il est tenu d'appliquer de manière uniforme le dispositif sur le territoire, notamment en ce qui concerne les demandes de pièces justificatives. Les justificatifs ne figurant pas sur les textes applicables n'ont pas à être exigés »[1015] ; « des ruptures de droit tiennent aux faiblesses du réseau informatique entre les CPAM ».[1016] Enfin, cette coalition envisage, plus rarement, d'instaurer « une visite de prévention obligatoire pour les personnes obtenant le bénéfice de l'AME pour la première fois. »[1017]

2.2. Une coalition neutre vis-à-vis de l'AME

Une seconde coalition, plus neutre et composée de deux rapports seulement[1018], cherche à optimiser le fonctionnement actuel de l'AME en rappelant qu'il est « nécessaire de subordonner le bénéfice des aides et prestations versées aux ressortissants étrangers à la régularité du séjour [...] Ces règles nouvelles permettront de relancer la lutte contre le travail des étrangers dépourvus de titre de séjour dont l'irrégularité de la situation est masquée par une affiliation indue à la sécurité sociale ».[1019] Fruit d'une compromission entre deux députés aux opinions diverses sur ce sujet, le rapport de Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE suggère, en 2015, une série de réformes telles qu'« expérimenter une adresse déclarative auprès d'un membre de la famille ou une personne digne de confiance », « généraliser à la patientèle bénéficiaire de l'AME l'obligation de déclarer un médecin traitant », « prévoir un budget de l'ordre de 20 millions d'euros pour l'interprétariat dans les hôpitaux » ou encore « permettre aux directeurs d'établissement de santé ou de caisse primaire d'assurance-maladie d'accéder aux informations de la base 'Réseau mondial visas 2' du ministère des Affaires étrangères, afin de connaître la nature et la durée de validité du visa des demandeurs d'AME ».[1020]

2.3. Une coalition hostile à l'AME

L'état des lieux de cette coalition (**2.3.1**) lui permet d'envisager différentes réformes (**2.3.2**).

2.3.1. Le constat de cette coalition

Une dernière coalition, constituée de quinze rapports[1021], souhaite restreindre le bénéfice de l'AME et encourager une « responsabilisation »[1022] des institutions en charge du dispositif. Cette coalition fait en effet le constat d'une augmentation des dépenses d'AME et du nombre de ses bénéficiaires : « la hausse des dépenses est corrélée exclusivement à la hausse non maîtrisable et mal anticipée des bénéficiaires ».[1023] Elle regrette parallèlement la sous-budgétisation « systématique » du budget de l'AME soumise régulièrement à une loi de finance

rectificative : « l'insincérité budgétaire est devenue la norme ».[1024] Or, cette insincérité grève prioritairement le budget des hôpitaux, mettant ainsi en péril la santé publique des autres patients : « une irresponsabilité sanitaire [...] puisque ce sont désormais les finances de nos hôpitaux publics qui sont fragilisées ».[1025] En effet, un patient couvert par l'AME coûte plus cher qu'un patient couvert par la sécurité sociale : « pour mémoire, le bénéficiaire de l'AME a consommé en 2008, 174 euros de soins, là où le bénéficiaire du régime général a consommé 1580 euros ».[1026] Cette dépense, fortement orientée vers le système hospitalier, n'a pourtant pas été améliorée par la généralisation de la T2A dans le calcul de la tarification hospitalière : « une telle mesure non accompagnée d'une réforme de fond permet avant tout d'abaisser artificiellement une dépense en en transférant la charge sur d'autres acteurs ».[1027] Au-delà de ces considérations financières, les rapports remarquent que l'AME fait l'objet de fraudes : « 51 % d'entre eux avaient fait de fausses déclarations de ressources. [...] 16,2 % des plaintes pour trafic de substitut à l'héroïne concernent des fraudeurs à l'AME [...] un type de fraude qui, bien que niée aujourd'hui par le Gouvernement, est bien connue des professionnels ».[1028] Ils s'inquiètent par ailleurs du déséquilibre établit entre les bénéficiaires de l'AME, qui ne cotisent pas, et les bénéficiaires de la Sécurité sociale, de la couverture maladie universelle (CMU) et de sa complémentaire (CMU-C) qui cotisent : « alors que des efforts sont demandés tous les jours à l'ensemble de nos compatriotes, il semble de plus en plus difficile d'afficher un laxisme financier envers une dépense financée par l'impôt et en faveur d'une population en situation irrégulière ».[1029] Cette coalition ne souhaite cependant pas voir disparaître l'AME afin de continuer à « rendre plus visible le travail clandestin »[1030] et éviter que « des affections contagieuses non soignées ne s'étendent au reste de la population »[1031]

2.3.2. Les revendications de cette coalition

Plusieurs mesures sont envisagées par ces rapports. L'une des plus importantes concerne la restriction du panier des soins de l'AME aux « soins urgents », aux « efforts de prévention et de prophylaxie », aux « soins relatifs aux femmes enceintes » et aux « soins aux mineurs » essentiellement.[1032] Cette restriction peut s'accompagner d'une suppression de la condition d'ancienneté de résidence

sur le territoire.[1033] Deux autres priorités sont également évoquées. La première concerne une participation financière prenant la forme d'un droit d'entrée ou d'un ticket modérateur : « une participation des bénéficiaires semble en outre souhaitable sur le plan de l'équité ».[1034] La seconde priorité s'attache à centraliser les lieux de dépôt et de traitement des demandes d'AME : « la gestion des dépenses de l'AME devrait être regroupée au sein d'une seule caisse d'assurance-maladie à compétence nationale. Les caisses locales serviraient uniquement de guichet pour les bénéficiaires mais l'instruction des dossiers, le suivi des données et les opérations de contrôle seraient centralisés. [...] Cette caisse pourrait par ailleurs agréer un certain nombre de professionnels, établissements de santé, dispensaires ou praticiens libéraux, au titre de l'AME. »[1035] D'autres dispositions veulent lutter plus efficacement contre la fraude[1036], maintenir l'obtention d'une autorisation préalable au remboursement des soins hospitaliers coûteux[1037], interdire les dépassements budgétaires sans une autorisation préalable de la Haute autorité de santé[1038], augmenter le budget des associations pour la médecine de ville des clandestins[1039], rendre possible pour eux l'affiliation à la Sécurité sociale sous réserve d'une contribution financière proportionnelle à leur revenu[1040] et étendre, enfin, l'accès des données du Ministère des Affaires étrangères aux directeurs d'hôpitaux et aux CPAM.[1041] Un rapport plus ancien préfère, enfin, n'accorder le bénéfice de l'aide médicale qu'aux personnes nécessitant des soins : « faut-il pour autant faire de l'aide médicale un droit a priori auquel on peut être admis sans nécessairement avoir besoin de soins ? Faut-il renoncer à tout examen véritable des situations individuelles [...] ? »[1042] Le cas de la régularisation est traité ci-après.

3. Positionnement des rapports vis-à-vis de la régularisation

Sur onze rapports traitant de la régularisation des étrangers irréguliers, seuls quatre[1043] se positionnent en faveur de cet instrument (**3.1**). À l'inverse, sept rapports[1044] s'y opposent ou souhaitent voir restreindre cet outil (**3.2**).

3.1. Une coalition favorable à la régularisation

Concernant la régularisation pour soins, un premier rapport regrette notamment l'« attitude inégale des services préfectoraux pour la délivrance des titres de séjour », les « incertitudes sur les conditions de preuve de la résidence habituelle », le « manque de coordination et d'information entre les services médicaux et préfectoraux » et l'« ignorance des pathologies par les CPAM qui ne dirigent pas l'étranger malade vers la procédure de régularisation ». Or, ces dysfonctionnements « grèvent indûment le budget de l'AME » en raison des titres non délivrés.[1045] Un second rapport défend le critère d'effectivité – la simple absence du traitement au pays d'origine pouvant effectivement « apparaître exagérément restrictive » – et relève l'inquiétude du Défenseur des droits vis-à-vis du transfert de la procédure de l'ARS, sous tutelle du ministère de la Santé, à l'OFII, sous tutelle du ministère de l'Intérieur : « cette crainte est partagée par nombre de personnes et d'institutions auditionnées par votre rapporteur ».[1046]

Concernant la régularisation massive des clandestins, un rapport de 1990 dénonce la « situation de non-droit » dans laquelle sont placés les étrangers irréguliers : « une telle régularisation permettrait de dissiper le mythe sur le nombre de clandestins [...] S'il existe un minimum de 200 000 étrangers travaillant dans des conditions irrégulières, il est illusoire de croire qu'on les découvrirait tous et à supposer que ce soit le cas, qu'on les expulserait tous ».[1047] Un autre rapport de 1996 confirme, pour sa part, qu'« au-delà de son retentissement médiatique et de la récupération politicienne dont elle a fait l'objet, l'affaire dite 'de l'église Saint-Bernard' a au moins eu le mérite de mettre en lumière les problèmes inextricables auxquels étaient confrontés l'administration, les magistrats et les intéressés. »[1048]

3.2. Une coalition hostile à la régularisation

Lors de sa création en 1998, la régularisation pour soins est décriée pour deux raisons. D'une part, l'administration étant déjà en mesure de régulariser un étranger malade pour la durée de son traitement, ce titre restreint « le pouvoir d'appréciation des cas individuels par l'administration ». D'autre part,

« l'attribution de plein droit » de ce titre peut « constituer une incitation à pénétrer irrégulièrement sur le territoire ».[1049] Les années suivantes, les rapports regrettent l'« abus » dont fait l'objet cette procédure qui « apparaît souvent comme la dernière chance pour un étranger de se maintenir sur le territoire métropolitain ».[1050] Les commissions médicales régionales constituent ainsi un « outil utile pour mieux distinguer les demandes fondées de celles qui sont purement dilatoires ».[1051] Le critère d'effectivité est également contesté : « cette interprétation très généreuse fait peser une obligation déraisonnable au système de santé français, ouvrant un droit au séjour potentiel à tout étranger ressortissant d'un pays ne bénéficiant pas d'un système d'assurance social comparable au nôtre ».[1052] Un arrêt[1053] de la Cour européenne des droits de l'homme stipule ainsi que « l'article 3 [de la CEDH] ne fait pas obligation à l'État contractant de pallier lesdites disparités [socioéconomiques] en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire ».[1054]

D'autres rapports s'opposent à une régularisation massive car ils souhaitent avant tout privilégier les « vrais réfugiés politiques » et les « chercheurs et ingénieurs » : « la mauvaise immigration chasse la bonne ».[1055] De même, « les opérations de régularisation massive ou collective » semblent avoir été inefficaces face « aux problèmes de la résorption de l'immigration irrégulière » et « de la lutte contre le travail clandestin ».[1056] Cette inefficacité est visible par « l'appel d'air »[1057] engendré par une telle procédure, couplée à « notre incapacité à garantir le retour des clandestins venus comme simples touristes » étant donné que « quatre-vingt-dix pourcents des 'sans-papiers' sont entrés légalement sur le territoire avec un visa de court séjour ».[1058] Ces procédures ne peuvent non plus ignorer les « dépenses [NDA : sociales] supplémentaires », le « risque d'aggravation du chômage » et les « problèmes de logement [NDA : social] ». Un rapport privilégie en ce sens une régularisation au cas par cas.[1059]

La sous-section suivante traite du cas étasunien.

SOUS-SECTION 2. Analyse des rapports parlementaires étasuniens pour la régularisation et *EMTALA*

À l'inverse du cas français, les rapports étasuniens sont bienveillants (**1**) pour la régularisation (**2**) et *Ryan White* (**3**).

1. Des rapports bienveillants à l'égard de ces deux instruments

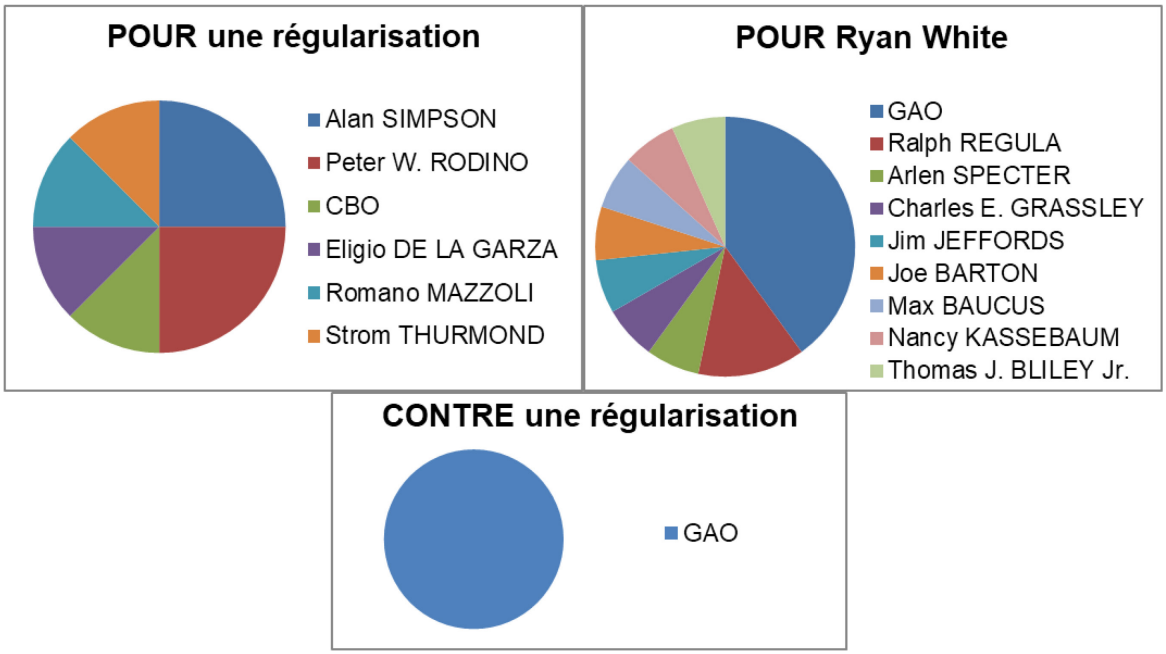
Le codage des rapports étasuniens révèle un positionnement bienveillant pour la régularisation et *Ryan White* tel qu'indiqué ci-dessous.

TABLEAU 63 • Positionnement des rapports parlementaires sur la régularisation et *Ryan White*

Intrument	Fichier	Référence
Régularisation		
CONTRE	2	10
POUR	8	34
Ryan White		
CONTRE	0	0
POUR	14	71

La répartition des signataires de ces rapports est précisée ci-après.

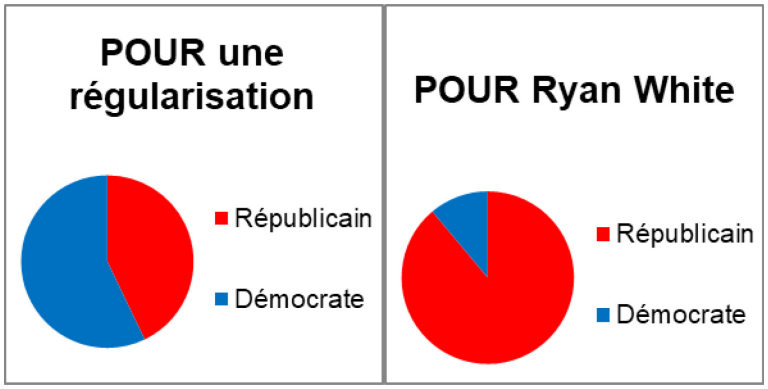
FIGURE 73 • Signataires étasuniens des rapports parlementaires pour la régularisation et *Ryan White*



Certains parlementaires se retrouvent dans les débats pour les coalitions en faveur de la régularisation (Alan SIMPSON, Peter RODINO et Romano MAZZOLI) et de *Ryan White* (Ralph REGULA et Arlen SPECTER). En revanche, contrairement au cas français, aucun parlementaire ne se démarque.

Le positionnement partisan de ces signataires est précisé ci-après.

FIGURE 74 • Rattachement des signataires des rapports parlementaires aux États-Unis pour la régularisation et *Ryan White*



Contrairement au cas français, le parti de droite (Républicain) est en faveur de ces deux instruments, confirmant par là même le plus large consensus à l'égard de ces instruments tel qu'observé au premier chapitre.

L'analyse qualitative de ces sources écrites est effectuée ci-après pour la régularisation.

2. Positionnement des rapports vis-à-vis de la régularisation

Les rapports favorables (**2.1**) sont traités préalablement aux rapports hostiles (**2.2**).

2.1. Coalition favorable à une large régularisation

Le constat établi par cette coalition (**2.1.1**) encourage la mise en place de mesures complémentaires à cette régularisation (**2.1.2**) afin d'en tirer tous ses bénéfices (**2.1.3**).

2.1.1. Le constat établit par cette coalition

Cette coalition favorable à une régularisation massive se compose de huit rapports.[1060] Elle se bâtit sur un quadruple constat. D'une part, une déportation massive serait « coûteuse et inefficace » : "*the alternative of attempting mass deportations would be both costly and ineffective*".[1061] D'autre part, les sans-papiers possèdent un réseau social et des liens familiaux reflétant leur bonne intégration : "*many of these people have been here for a number of years and have become a part of their communities*".[1062] Par ailleurs, les clandestins contribuent à l'économie du pays grâce à leur travail et leurs taxes : "*they have contributed to the United States in myriad ways, including providing their talents, labor and tax dollars*".[1063] Enfin, l'existence d'une telle population met en péril « l'intégrité » des frontières étasuniennes : "*their presence, in violation of our immigration law, bears witness to our past failure to maintain the integrity of our borders*".[1064]

2.1.2. Une régularisation doit s'accompagner de mesures complémentaires

Un tel dispositif ne peut cependant ignorer certaines mesures complémentaires. En premier lieu, les sanctions à l'encontre d'employeurs de clandestins doivent mettre fin à cet « aimant » migratoire qu'est le travail : "*the bill establishes penalties for employers who knowingly hire undocumented aliens, thereby ending the magnet that lures them to this country*".[1065] Deuxièmement, une régularisation doit s'accompagner d'une protection accrue des frontières : "*the United States is unlikely to obtain as much enforcement for its dollar if the Immigration and Naturalization Service attempts to locate and deport those who have become well settled in this country, rather than to prevent new illegal entry or visa abuse*".[1066] Dans les années 1980, il fut également hors de question d'admettre sur le territoire les criminels, les usagers et les trafiquants de drogues, les communistes, les anarchistes et les nazis : "*the more serious violations and related grounds of exclusion such as those for criminals, drug users or sellers, Communists, anarchists, or Nazis, are not waivable*".[1067] De même, l'expérience négative du programme « Bracero » susmentionné implique d'assurer aux travailleurs nouvellement régularisés un niveau de salaire suffisant, une relative autonomie envers leurs employeurs et le bénéfice du droit du travail : "*foreign workers are required to be paid a wage designed to prevent adverse effects on the wages of domestic workers similarly employed*"[1068] ; "*First, the workers must be free to move from employer to employer without risk of negative repercussions. And second, the workers must be fully protected under all federal, state and local labor laws*."[1069]

Enfin, les étrangers fraîchement régularisés ne peuvent bénéficier des prestations sociales et médicales directement mais doivent attendre au minimum trois ans suivant cette procédure. Plusieurs exceptions existent cependant, dont celles relatives à une urgence médicale (*seriousness of the illness or injury*) et à la protection de la santé publique (*medical assistance required in the interest of public health*). [1070] Le caractère constitutionnel de l'exigence des trois ans semble être confirmé par un arrêt[1071] de la Cour suprême de 1976.[1072]

Si le sonnet d'Emma LAZARUS[1073] écrit aux pieds de la Statue de la Liberté s'invite régulièrement dans les discussions sur l'immigration, un sénateur rappelle cependant que les États-Unis ne sont plus un pays vaste, sous-développé, plein de ressources et dépeuplé : "*the moving words on the Statue of Liberty are cited in nearly all discussions of U.S. immigration policy and are certainly consistent with the traditional hospitality and charity of the American people. It is imperative, however, that Americans perceive that this great country is no longer one of vast, undeveloped space and resources, with a relatively small population*."[1074]

2.1.3. Les trois bénéfices d'une régularisation

Trois intérêts sont pointés du doigt par les rapports. Le premier bénéfice mis majoritairement en avant est économique. Une régularisation massive permettrait en effet d'accroître le montant des impôts collectés, d'augmenter la croissance en raison d'une consommation boostée par des salaires plus élevés et, ainsi, de créer de l'emploi : "*legalization policies might result in increased tax revenues* [...] *Employment would have been expected to increase as the labor force expanded because many of the additional immigrants would seek jobs and the larger population would boost demand for goods and services and, in turn, the demand for labor*".[1075] Plus précisément, seule une réforme portée par la « charité » et la « compassion » soutenue par une majorité d'Étasuniens et ne nuisant pas aux intérêts du pays peut être envisagée : "*an immigration policy which would be detrimental to the long-term well-being of the American people should not be adopted. We certainly do not mean to suggest that charity and compassion should not play a role in U.S. immigration policy. Even if a particular charitable policy would not promote the national interest, as long as it would not be harmful to that interest and was supported by a majority of the American people, then it should of course be adopted*."[1076]

La possibilité donnée à des travailleurs agricoles de changer d'employeurs ne saurait en ce sens s'expliquer par une unique considération bienveillante. Si le législateur est effectivement inquiet de l'exploitation dont peut faire l'objet un étranger dépendant de son employeur pour la régularité de son séjour, il est

également attentif aux bienfaits économiques d'une telle flexibilité : "*the inability to change employers as the urgency of harvest demands may lock a worker into an unproductive environment and complicate the needs of agricultural employers who, in such situations, would be forced to seek even more foreign workers*".[1077]

Cette argumentation mêlant l'économie et la philanthropie se retrouve pour le second intérêt. Les rapports dénoncent ainsi l'exploitation dont fait preuve cette population « vulnérable »[1078] sur son lieu de travail. Or, un tel phénomène tire vers le bas les salaires et les conditions de travail des autres travailleurs et affaiblit ainsi la capacité d'intégration de l'ensemble des étrangers : "*the third* [goal] *is to eliminate the illegal subclass now present in our society. Not only does their illegal status and resulting weak bargaining position cause these people to depressed U.S. wages and working conditions, but it also hinders their full assimilation, and they then remain a fearful and clearly exploitable group within the U.S. society*".[1079]

Enfin, dans une moindre mesure, une large régularisation permettrait d'avoir une meilleure connaissance du nombre et de la répartition des sans-papiers : "*it would also provide for the first time reliable data on the source and characteristics of undocumented aliens to further facilitate enforcement efforts to curtail future flows*".[1080]

2.2. Coalition hostile à l'égard d'une large régularisation

Cette coalition ne se compose que de deux rapports du *GAO*[1081] et ses arguments sont peu développés. L'institution se méfie ainsi d'une immigration sanitaire : "*increased border-control activities might, however, decrease the number of surreptitious border-crossings made for the purpose of acquiring health care*".[1082] Elle redoute, enfin, le coût engendré à long terme par l'utilisation des services publics par cette population régularisée : "*government expenditures are estimated to exceed generated* [tax] *revenues*".[1083] La partie suivante examine les positions favorables à l'égard de R*yan White*.

3. Positionnement favorable des rapports vis-à-vis de *Ryan White*

Quatorze rapports[1084] se positionnent favorablement et de manière unanime vis-à-vis de ce programme en raison de la situation épidémiologique (**3.1**) et de son efficacité (**3.2**). Ils adressent, en ce sens, une série de recommandations afin d'améliorer son fonctionnement (**3.3**).

3.1. Le constat épidémiologique

Cette coalition favorable constate, grâce à des données épidémiologiques précises, que le VIH/sida s'est largement répandu sur le territoire : "*more than 243,000 men, women and children have died as the epidemic has encompassed more of the Nation over the last 15 years. More than 100 people in the United States die every day of AIDS-one every 15 minutes*"[1085] ; "*the CDC estimates that there are between 1,039,000 and 1,185,000 people currently living with HIV in the United States, with 40,000 new infections annually*".[1086] Elle est également associée, de manière plus récente, à l'hépatite C : "*over thirty percent of HIV-infected persons in the United States are also chronically infected with the hepatitis C virus*".[1087]

Cette épidémie touche essentiellement les gens « de couleur » (*communities of color*) : "*African Americans, Latinos, Native Americans, Asian Americans, Native Hawaiians, and Pacific Islanders. Department statistics show that racial and ethnic minorities represent the highest number of new AIDS cases*".[1088] De même, elle touche les plus pauvres et paupérise tout autant : "*like many health problems, HIV/AIDS disproportionately affects people in poverty, racial/ethnic populations, and others who are underserved by healthcare and prevention systems. HIV/AIDS often leads to poverty due to costly healthcare or an inability to work that is often accompanied by a loss of employer-related health insurance*".[1089]

3.2. L'efficacité du programme

Ce programme est avant tout reconnu pour sa capacité à vider les urgences hospitalières et, de là, à décroître le coût de la prise en charge sanitaire des patients : "*the CARE Act has helped to reduce both the frequency and length of expensive inpatient hospitalizations by at least 30 percent* [...] *Between 1995 and 1997, the Nation has seen a 30 percent decline in HIV-related hospitalizations–resulting in nearly 1 million fewer HIV-related hospital days. This represents a saving of more than $1 billion*".[1090] Cette prise en charge permet ainsi de soutenir le système sanitaire dans son ensemble : "*the CARE Act provides reimbursement for services that went unreimbursed for too long and threatened the stability of the Nation's health care system*".[1091]

Ryan White est également apprécié au vu des populations vulnérables qu'il parvient à soigner : "*the availability of prescription drugs has assisted many poor and nearpoor Americans to stay healthy longer*".[1092] Un rapport n'oublie pas, en ce sens, la fragilité des étrangers irréguliers : "*undocumented workers and other immigrants may face barriers to accessing and maintaining continuity of care for HIV and other health care because these individuals may lack proper documentation, fear legal action, or lack insurance or other means to pay for care*".[1093]

On lui reconnaît également une propension à lutter contre la propagation du virus : "*the CARE Act has helped to* [...] *reduce AIDS mortality by 70 percent; reduce mother-to-child transmission of HIV by 75 percent; and enhance both the length and quality of life for people living with AIDS*".[1094]

On affectionne, enfin, sa faculté à accroître la productivité du pays : "*Americans who might otherwise become ill and burden our already overcrowded hospital emergency rooms will remain healthy, working and productive members of our society*".[1095]

3.3. Les recommandations à l'égard du programme

Deux sénateurs s'inquiètent cependant de la mauvaise utilisation de *Ryan White* entraînant ainsi un gaspillage financier et dépourvant de soins de potentielles personnes atteintes du VIH/sida : "*misuse of Ryan White CARE Act Funds is certainly discouraging because it means that not only are taxpayers' dollars wasted, but also thousands of individuals suffering from HIV/AIDs are being denied the care and assistance that they need*".[1096]

Le *GAO* note également plusieurs dysfonctionnements du programme. Les algorithmes utilisés pour déterminer les zones géographiques qui peuvent recevoir ce financement sont faillibles. Ils aboutissent en effet à un écart géographique entre les fonds déployés et la répartition du virus sur le territoire et fixent un prix des traitements de manière relativement aléatoire : "*states and territories that have EMAs* [Eligible Metropolitan Area] *within their borders receive more funding per estimated living AIDS case than those without EMAs because cases within EMAs are counted twice*"[1097] ; "*the oldest EMAs receive the most generous funding, and newly emerging EMAs with more recent growth in AIDS cases receive less funding*"[1098] ; "*CARE Act hold-harmless provisions under Titles I and II and the grandfather clause for EMAs under Title I sustain the funding and eligibility of CARE Act grantees on the basis of a previous year's measurements of the number of AIDS cases in these jurisdictions*"[1099] ; "*each ADAP* [AIDS drug assistance program] *has considerable flexibility in designing eligibility and other program criteria to determine who will be covered by the program. Consequently, an individual eligible for ADAP services in one state may not be eligible for services in another.* [...] *In their quarterly reports to HRSA, some ADAPs reported prices that were above the 340B price for some of the 10 drugs GAO compared. These 10 drugs accounted for 73 percent of ADAP drug spending*".[1100]

Un point positif concerne, cependant, les minorités ethniques, les femmes et les usagers de drogue pour qui ce programme semble bénéficier : « *minorities, women, and IDUs* [injection drug user] *generally use services at a rate that reflect their representation in the HIV-infected population* ».[1101]

Le *GAO* invite ainsi le Congrès et *HRSA* à modifier ces algorithmes afin de mieux coller à la réalité épidémiologique.[1102]

SOUS-SECTION 3. Conclusion sur les rapports parlementaires

Les rapports parlementaires français et étasuniens contrastent ainsi avec les sources écrites précédentes. En ce sens, si la France fait preuve d'une hostilité remarquable, les États-Unis se définissent davantage par leur bienveillance. De même, si aucun parlementaire étasunien n'est mis en avant, deux parlementaires français s'opposent nettement à l'AME (Claude GOASGUEN) et à la régularisation (Thierry MARIANI) – tous deux étant membres des Républicains. L'argumentation française « favorable » aux instruments évoque très nettement celle des groupes d'intérêt tandis que son négatif « hostile » insiste sur les répercussions économiques de ces instruments – se rapprochant ainsi de la rhétorique étasunienne. Inversement, l'argumentation étasunienne portant sur *Ryan White* se rapproche sensiblement de la France en raison, selon elle, du bénéfice épidémiologique de ce dispositif. En revanche, le discours étasunien portant sur la régularisation reste principalement économique et se rapproche fortement de la rhétorique bienveillante des groupes d'intérêt étasuniens.

La section suivante est une analyse quantitative des débats parlementaires.

SECTION 3. ANALYSE QUANTITATIVE DES DÉBATS PARLEMENTAIRES

Le cas français (**sous-section 1**) est traité préalablement au cas étasunien (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. Analyse quantitative des débats parlementaires en France

En France, les débats en commission traités pour cette étude sont ceux inscrits en fin des rapports parlementaires sélectionnés pour l'échantillon des 140 fichiers. Le codage des débats en hémicycle et en commission révèle ainsi une préoccupation parlementaire plus importante pour l'AME que pour la régularisation. Le positionnement des interventions orales est davantage bienveillant à l'égard de l'AME et mobilise plus de personnes.

TABLEAU 64 • Degré de préoccupation et de clivage des débats parlementaires sur l'AME et la régularisation en France

Intrument	Orateur	Intervention orale
Aide médicale d'État		
CONTRE	111	540
NEUTRE	27	75
POUR	153	670
CONTRE/POUR	**0,73**	**0,81**
Régularisation		
CONTRE	72	205
NEUTRE	11	25
POUR	81	227
CONTRE/POUR	**0,89**	**0,90**

Les camemberts ci-dessous sont calculés sur les interventions orales – que celles-ci soient de simples interjections ou des discours plus longs. Une intervention correspond ainsi à une prise de parole ou à une interjection interrompant un autre orateur. Une intervention interrompue au milieu d'une phrase, à une ou plusieurs reprises, vaut pour une seule intervention et non pour la somme de ses troncatures. Le décompte des interventions démarre donc à chaque début de phrase et non au cours d'une phrase.

Les débats parlementaires – en commission et au sein de l'hémicycle – peuvent être étudiés selon quatre paramètres : la fonction de l'orateur (**1**), son parti politique (**2**), le nombre de ses interventions (**3**) et le contexte dans lesquelles sont données ces interventions (**4**). L'interprétation de ces résultats est faite par la suite (**5**).

1. Fonction des orateurs selon leur positionnement

Les fonctions des orateurs sont divisées en cinq catégories : député, sénateur, rapporteur, président de commission et exécutif (ministre et secrétaire d'État). La fonction de rapporteur ou de président de commission prime donc celle de député ou de sénateur. Pour le cas de Pierre MAZEAUD, la fonction de président de commission prime également celle de rapporteur. Les interventions correspondent donc aux fonctions mentionnées ci-dessous.

FIGURE 75 • Fonction des orateurs selon leur positionnement vis-à-vis de l'AME

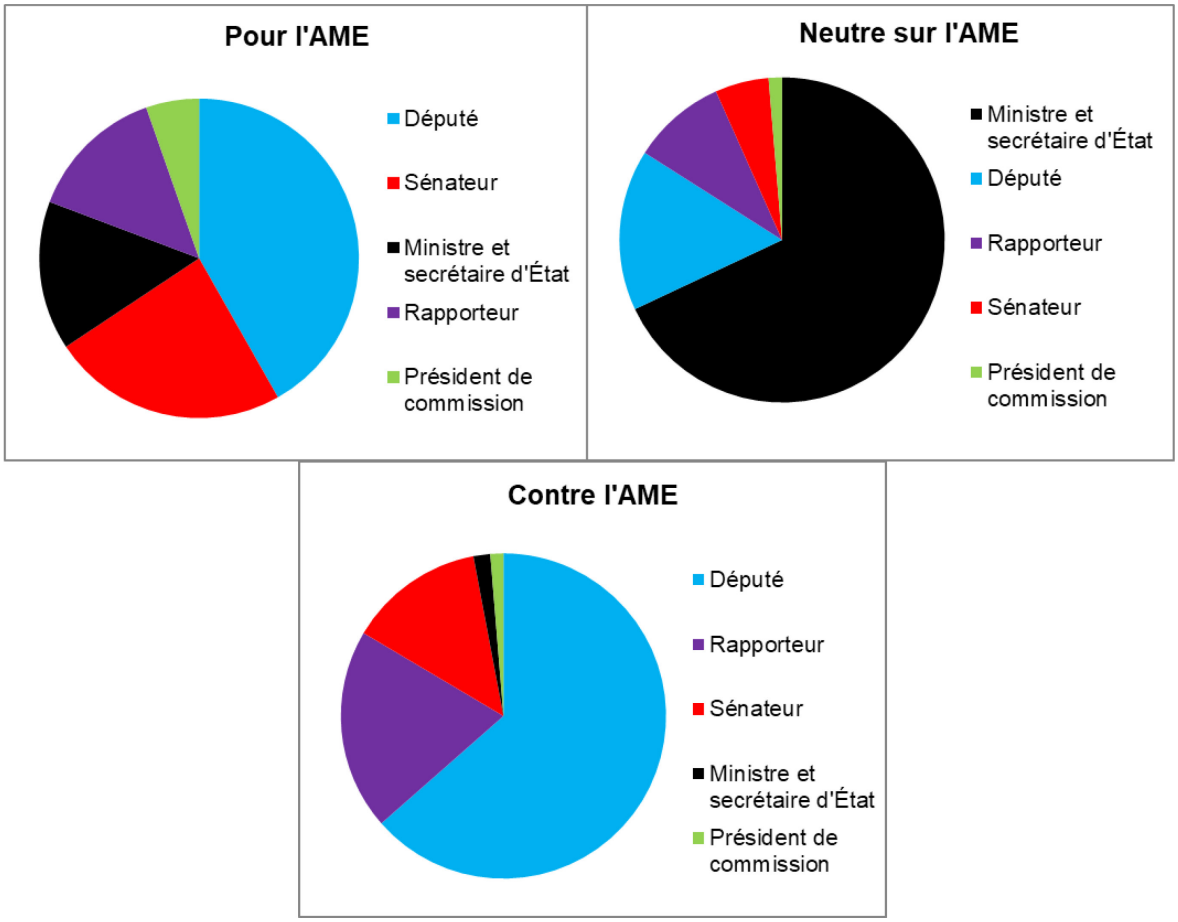
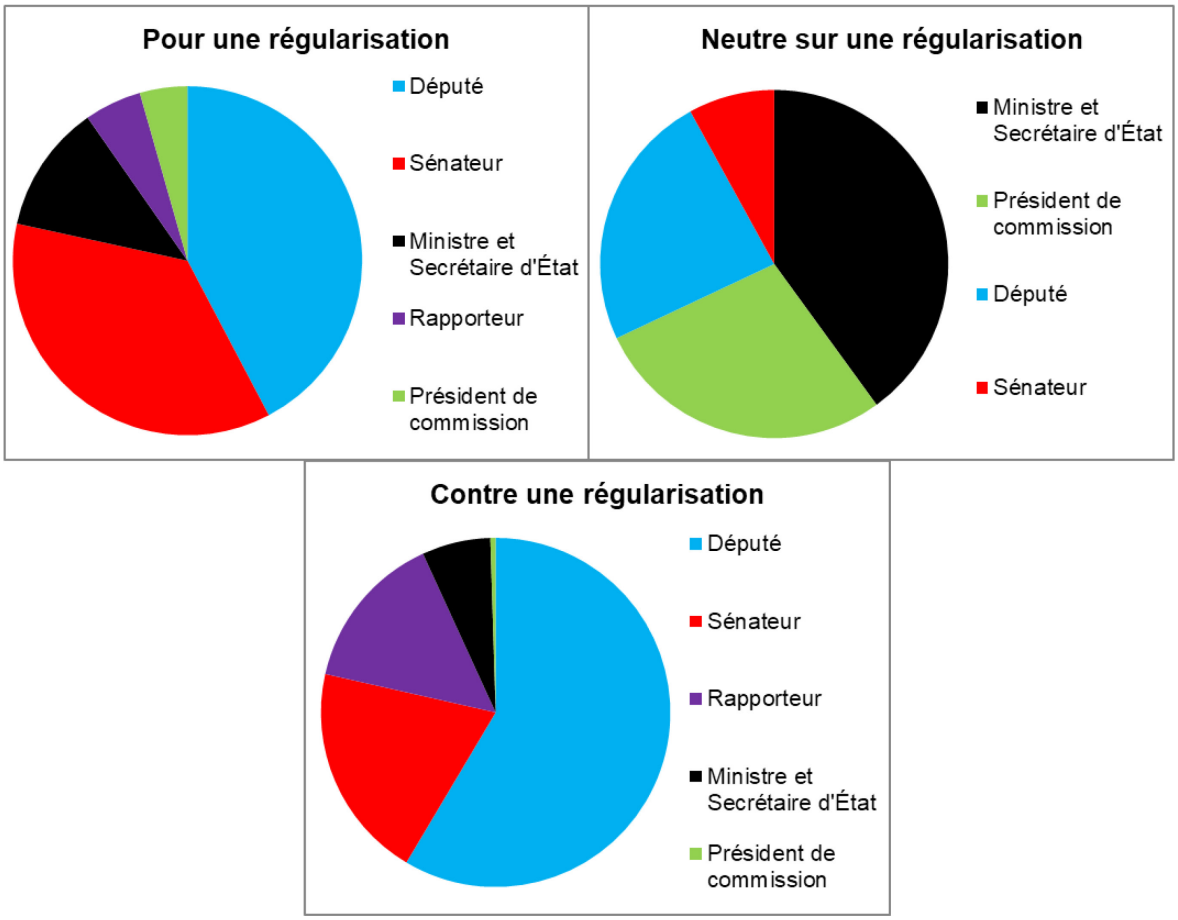


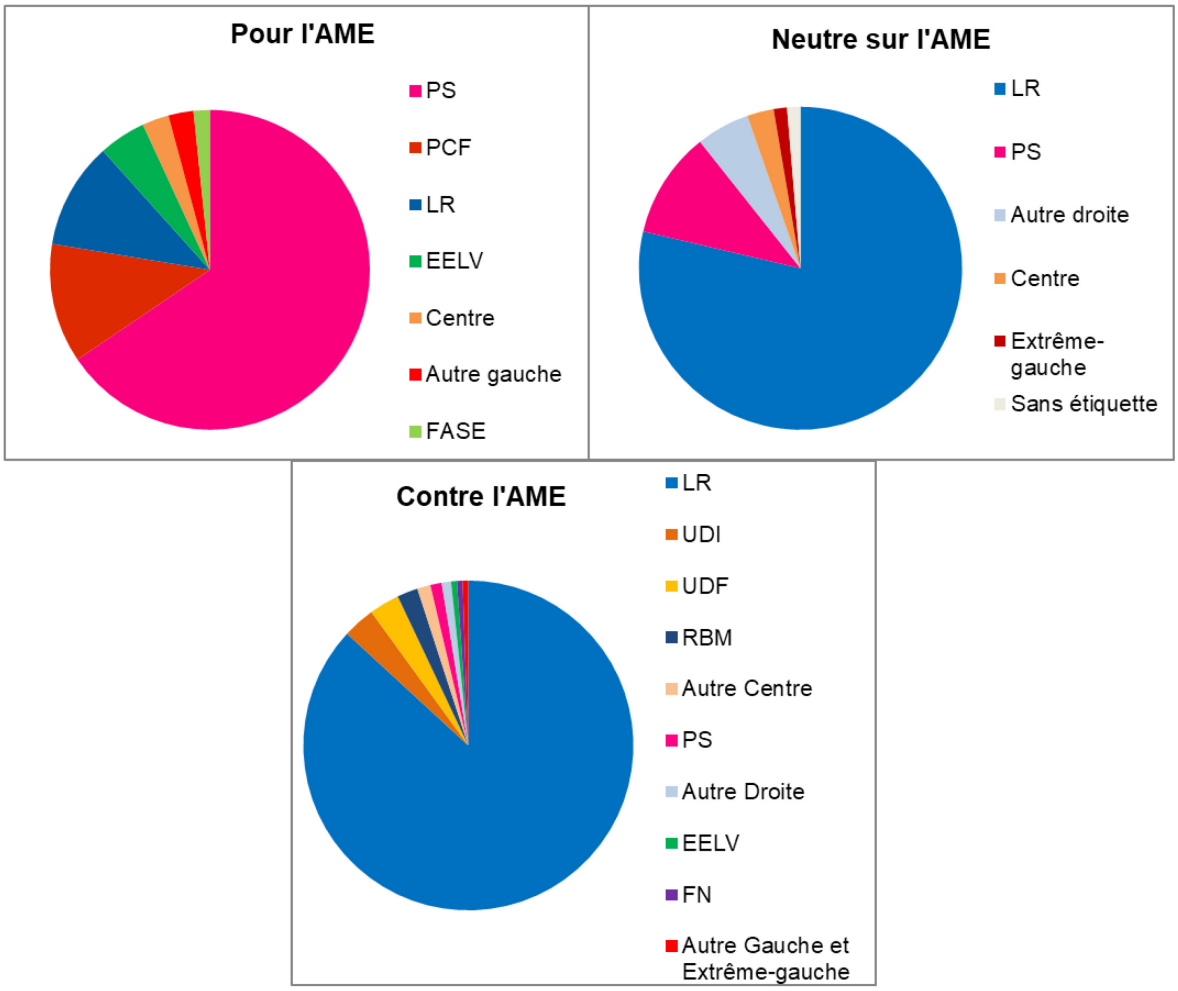
FIGURE 76 • Fonction des orateurs selon leur positionnement vis-à-vis de la régularisation



2. Parti politique des orateurs selon leur positionnement

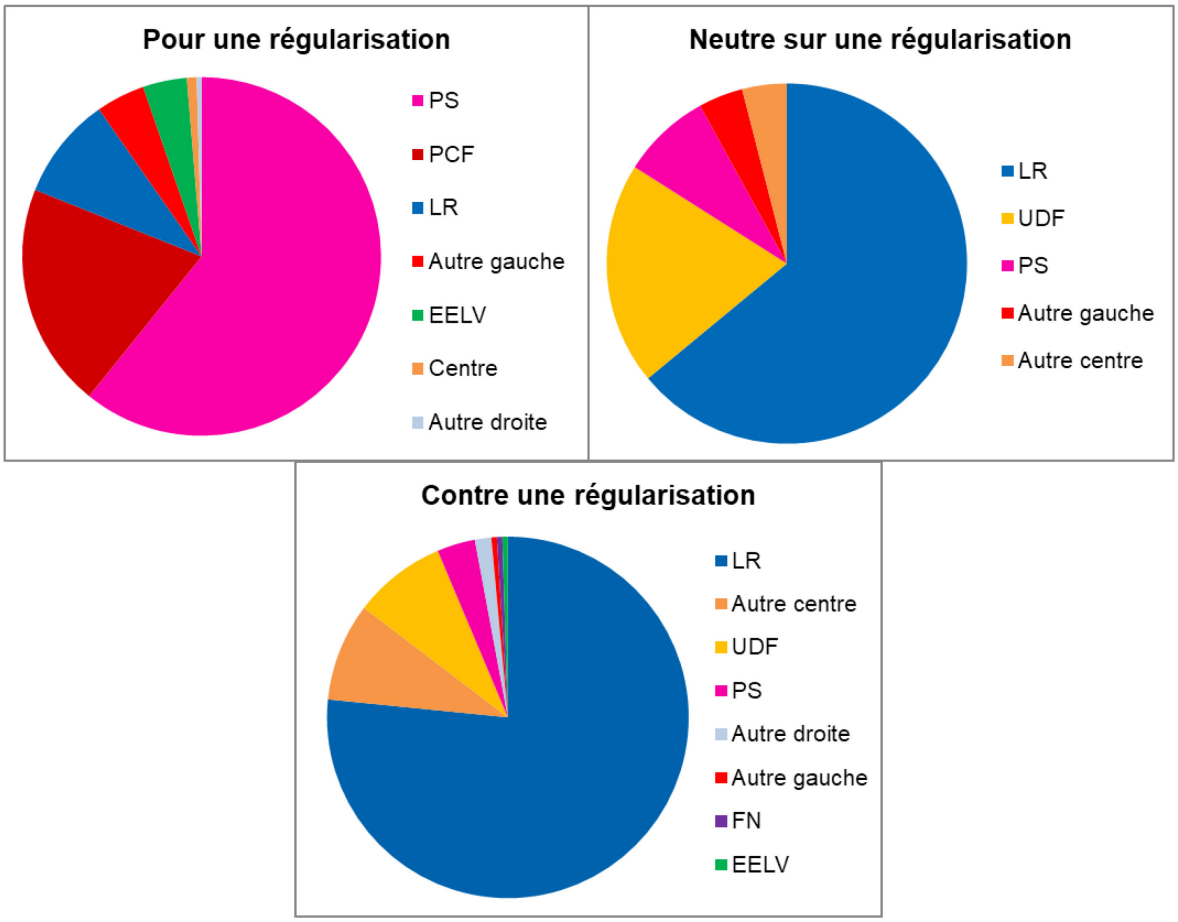
Ces interventions sont également classées selon le parti politique auquel est rattaché l'orateur au moment de sa prise de parole. Le parti « EELV » inclut son ancêtre (les Verts). L'UDF étant plus représentative que son successeur, le MoDem (Mouvement démocrate), cette première appellation a donc été conservée. Le résultat est stipulé ci-dessous.

FIGURE 77 • Parti politique des orateurs selon leur positionnement vis-à-vis de l'AME



ACRONYME : FASE : Fédération pour une alternative sociale et écologique ; RBM : Rassemblement bleu Marine ; UDI : Union des démocrates et indépendants.
NOTE : Le « centre » et l'« autre centre » incluent le Centre des démocrates sociaux, la Démocratie libérale, le Mouvement démocrate, le Mouvement libéral et modéré, le Parti républicain, l'UDI, l'UDF et le Nouveau Centre. L'« autre gauche » regroupe Colère et espoir, Ensemble, la FASE, le Mouvement des progressistes, le Mouvement indépendantiste martiniquais, le Mouvement républicain et citoyen, le Mouvement pour la Réunion, le Parti de gauche et le Parti radical de gauche. L'« autre droite » contient le Mouvement pour la France, le Parti chrétien-démocrate, la Relève et l'Union des démocrates pour la République. L'« extrême gauche » correspond au PCF.

FIGURE 78 • Parti politique des orateurs selon leur positionnement vis-à-vis de la régularisation



NOTE : Le « centre » et l'« autre centre » incluent l'Alliance centriste, la Démocratie libérale, la Force européenne démocrate, le MoDem, le Nouveau Centre, le Parti républicain, les Républicains indépendants, l'UDF et l'UDI. L'« autre gauche » regroupe le Mouvement des citoyens, le Parti radical de gauche et l'Union démocratique bretonne. L'autre droite contient l'Alliance royale.

3. Orateurs les plus prolixes

Enfin, la part totale des interventions est mentionnée ci-dessous en fonction de l'orateur et de son positionnement. La catégorie « autre » des positionnements « pour » et « contre » englobe les orateurs ayant prononcé strictement moins de huit (AME) ou quatre (régularisation) interventions dans l'ensemble des 140 fichiers. La catégorie « autre » du positionnement « neutre sur l'AME » inclut les orateurs n'ayant qu'une seule intervention.

FIGURE 79 • Part des interventions par orateur et par positionnement sur l'AME

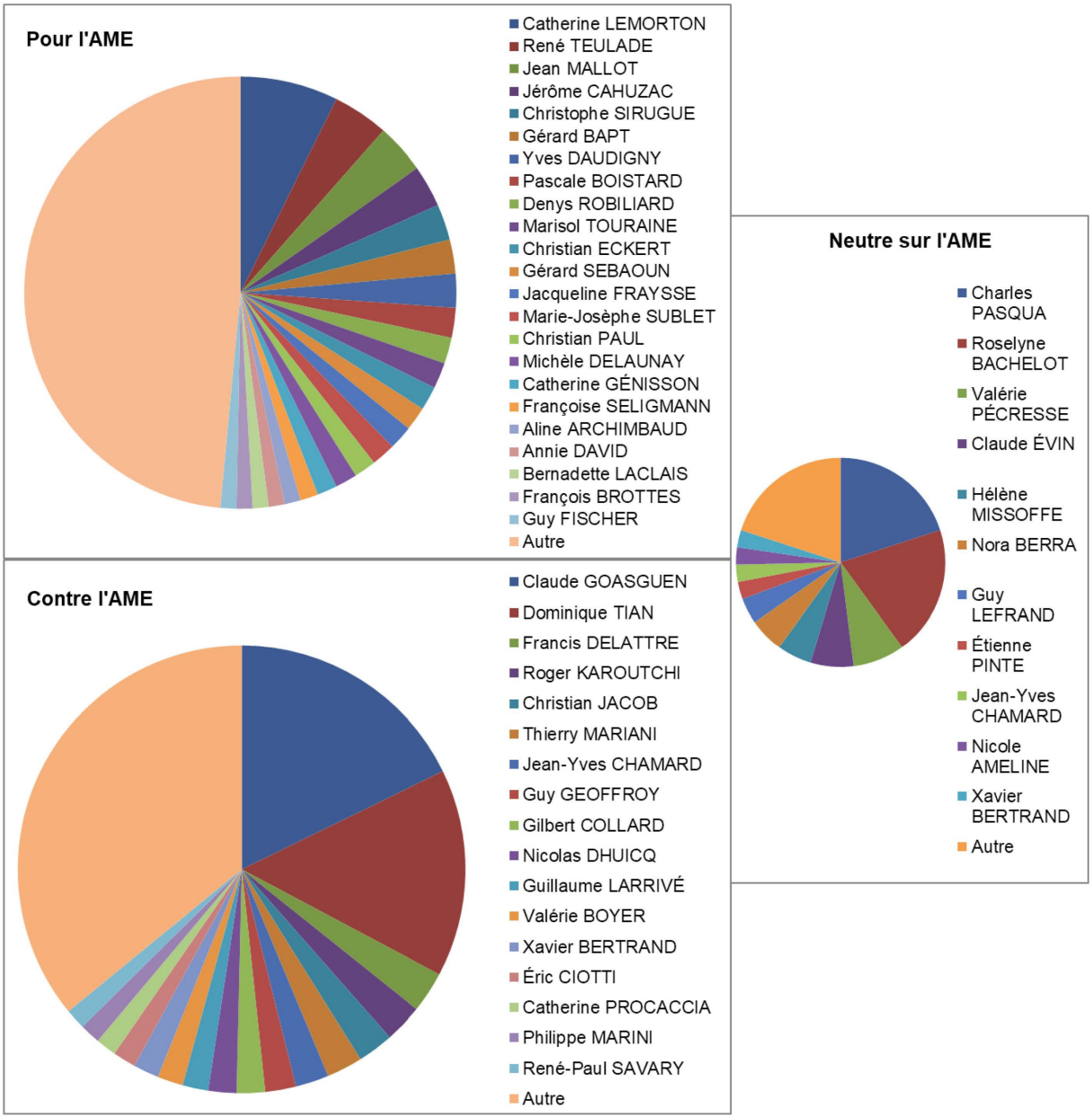
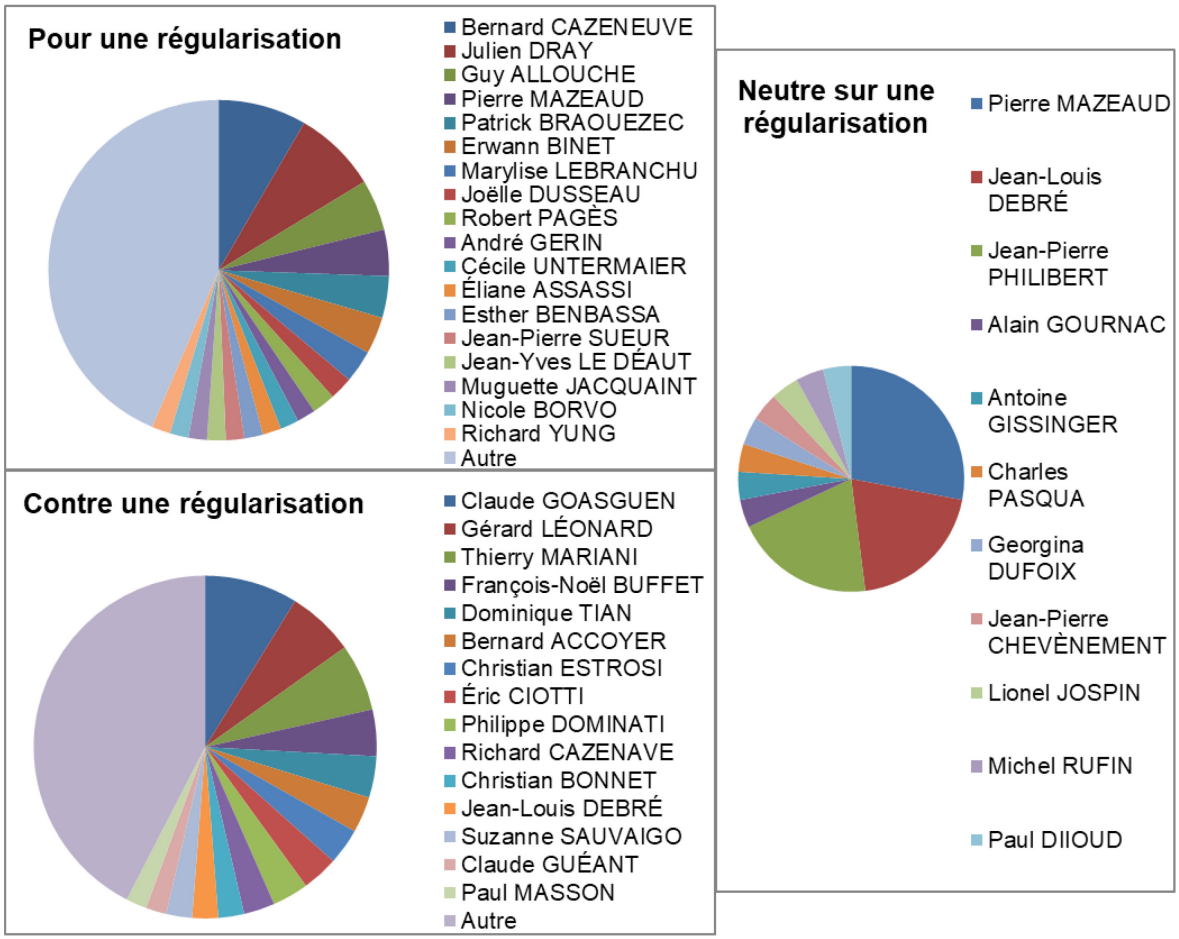


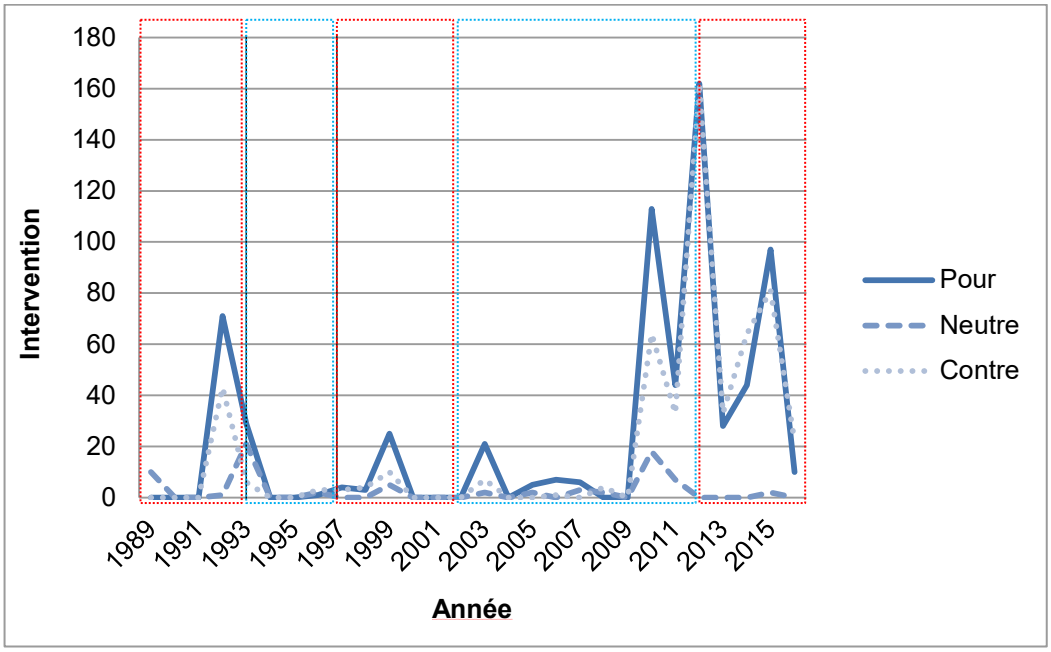
FIGURE 80 • Part des interventions par orateur et par positionnement sur la régularisation



4. Majorité de l'Assemblée nationale au cours des interventions

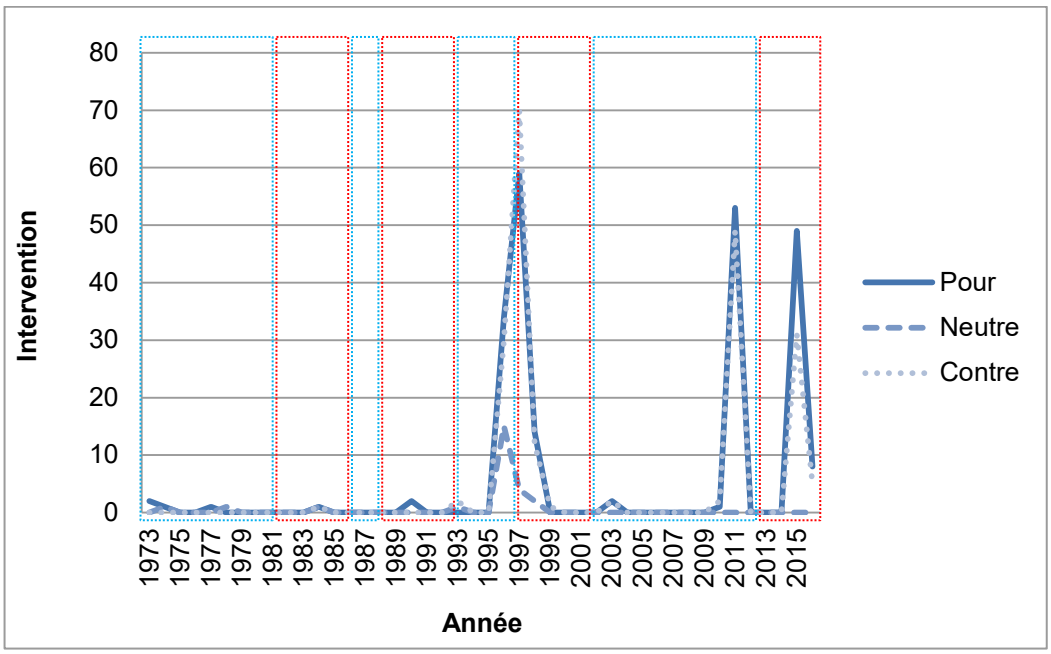
Les interventions sont classées selon leur date ci-dessous. Les cadres rouges (gauche) et bleus (droite) indiquent la majorité en place dans l'Assemblée nationale. À noter que la majorité sénatoriale n'a été à gauche que de 2011 à 2014.

FIGURE 81 • Majorité de l'Assemblée nationale lors des interventions sur l'AME dans les deux chambres



NOTE : les cadres rouges (gauche) et bleus (droite) indiquent les majorités de l'Assemblée nationale.

FIGURE 82 • Majorité de l'Assemblée nationale lors des interventions sur la régularisation dans les deux chambres



NOTE : les cadres rouges (gauche) et bleus (droite) indiquent les majorités de l'Assemblée nationale.

5. Interprétation des résultats

Quatre principaux résultats se dégagent des données. Le premier concerne la surreprésentation des membres de l'exécutif et du parti LR dans la catégorie « neutre » pour les deux instruments. Or, la part de LR dans la catégorie « pour » est plus importante que celle du PS dans la catégorie « contre ». Ce résultat suggère ainsi que les membres de l'exécutif tentent d'établir une jonction entre deux fractions opposées de leur propre famille politique afin de réunir cette famille. Cette position délicate du « neutre » se retrouve dans l'ensemble des doublons des personnalités les plus prolixes que sont Charles PASQUA (« neutre » sur l'AME et la régularisation), Xavier BERTRAND (à la fois « neutre » et « contre » l'AME), Pierre MAZEAUD (« pour » et « neutre » sur la régularisation) et Jean-Louis DEBRÉ (« neutre » et « contre » la régularisation).

Le second résultat se réfère au clivage partisan très net. En ce sens, si le PS et le PCF soutiennent l'AME et la régularisation, LR s'y oppose. Au vu de leur représentation dans chacune des chambres, le PCF est particulièrement mobilisé sur ce sujet.

Le troisième résultat est relatif à l'accaparement du débat par quelques parlementaires, notamment dans la catégorie « contre ». En ce sens, si aucun parlementaire ne se retrouve dans les deux catégories « pour », un pont semble se constituer chez leurs adversaires avec Claude GOASGUEN, Dominique TIAN, Thierry MARIANI et, dans une moindre mesure, Eric CIOTTI – ces derniers se retrouvant en effet dans les deux positionnements « contre » les plus prolixes sur l'AME et la régularisation simultanément. Claude GOASGUEN et Thierry MARIANI sont largement confirmés en entretien[1103] et ont déjà été mis en avant par les rapports parlementaires pour l'AME et la régularisation respectivement. Ces quatre députés expliquent ainsi, en partie, pourquoi davantage de députés se retrouvent sur cette prise de position en comparaison à la coalition « pour ».

Le quatrième et dernier résultat traduit la non-influence de la majorité de l'Assemblée nationale sur la ferveur oratoire de la minorité parlementaire. Cette minorité n'est donc pas plus virulente que la majorité contrairement à ce qui

pourrait être supposé. En revanche, cette minorité déploie, parfois, une capacité de mobilisation particulièrement élevée lors de certains « pics » oratoires.

Ces résultats montrent donc deux éléments. Tout d'abord, les interventions sont légèrement bienveillantes pour l'AME (670 « pour » et 540 « contre ») mais sont divisées pour la régularisation (227 « pour » et 205 « contre »). Ces interventions se divisent en coalitions témoignant d'un certain niveau d'ouverture ou de fermeture parlementaire face aux revendications de l'exécutif ou de l'extérieur. Le degré d'ouverture de cette « fenêtre d'opportunité »[1104] est aisément identifiable pour la gauche mais est plus confus pour la droite.

Secondement, des « entrepreneurs » parlementaires existent pour la coalition « contre ». Ceux-ci peuvent notamment contribuer à élever des « pics » oratoires pour influencer une droite divisée. Ils agissent ainsi comme des « entrepreneurs moraux » partant en « croisade »[1105] pour incliner leur propre famille politique divisée. Ces « entrepreneurs » sont d'autant plus influents qu'ils ont tous été rapporteurs à un moment donné. Ces « entrepreneurs » représentent donc l'opposition à l'accès aux soins des étrangers irréguliers en France.

La sous-section suivante traite du cas étasunien.

SOUS-SECTION 2. Analyse quantitative des débats parlementaires aux États-Unis

En plus des députés, des sénateurs et des ministres, les *hearings* étasuniens, c'est-à-dire les débats en commission, comportent également le témoignage des groupes d'intérêt et d'autres membres du gouvernement et des autorités publiques locales. Dans les rares cas où plusieurs personnes interviennent au nom d'un même témoignage ou d'une même organisation, ces derniers sont multipliés par le nombre de ces personnes. Les règles de comptabilité du cas français s'appliquent également aux États-Unis. Le nombre d'interventions, plus élevé en France, n'est pas comparable entre les deux pays. En effet, si la France retranscrit les interruptions d'autres orateurs, tel n'est pas le cas aux États-Unis où il n'y a aucune interjection. Le degré de préoccupation et de clivage des

débats parlementaires étasuniens est donné ci-dessous pour les deux instruments retenus.

FIGURE 83 • Degré de préoccupation et de clivage des débats parlementaires sur la régularisation et *Ryan White* aux États-Unis

Instrument	Orateur	Intervention orale
Régularisation		
CONTRE	68	133
NEUTRE	19	23
POUR	154	266
CONTRE/POUR	**0,44**	**0,50**
Ryan White		
CONTRE	3	16
POUR	90	139
CONTRE/POUR	**0,03**	**0,12**

Comme confirmée par les occurrences, la régularisation des clandestins intéresse davantage que le programme *Ryan White*. Les camemberts ci-dessous illustrent le détail de ces interventions selon cinq paramètres : le type d'orateur (**1**), la fonction et le parti des membres du Congrès (**2**), les parlementaires (**3**), les organisations les plus prolixes en *hearings* (**4**) et, enfin, le contexte dans lesquelles sont données ces interventions (**5**). L'interprétation globale de ces données est effectuée par la suite (**6**).

1. Les interventions par type d'orateur

La répartition des orateurs est stipulée ci-dessous. Les *hearings* incluent des membres du gouvernement, des groupes d'intérêt et des autorités publiques locales. Les députés (chambre des représentants) et les sénateurs (sénat) sont mentionnés par leur chambre respective. L'unique superposition entre ces fonctions concerne les témoignages effectués par des parlementaires au nom de la *National Conference of State Legislatures* (*NCSL*). Dans ce cas, l'auditeur est comptabilisé comme « *NCSL* » et non comme un parlementaire.

FIGURE 84 • Type d'orateur par positionnement sur la régularisation aux États-Unis

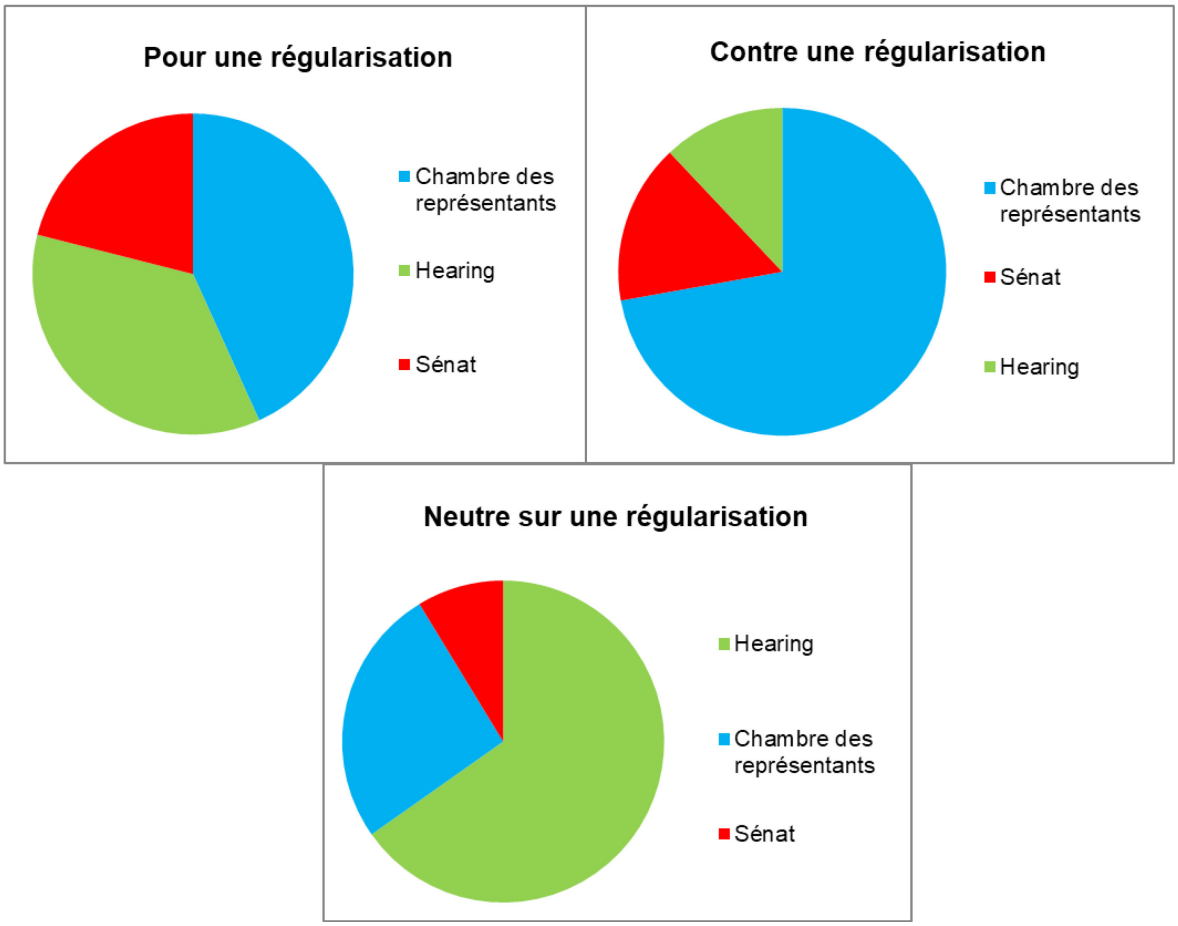
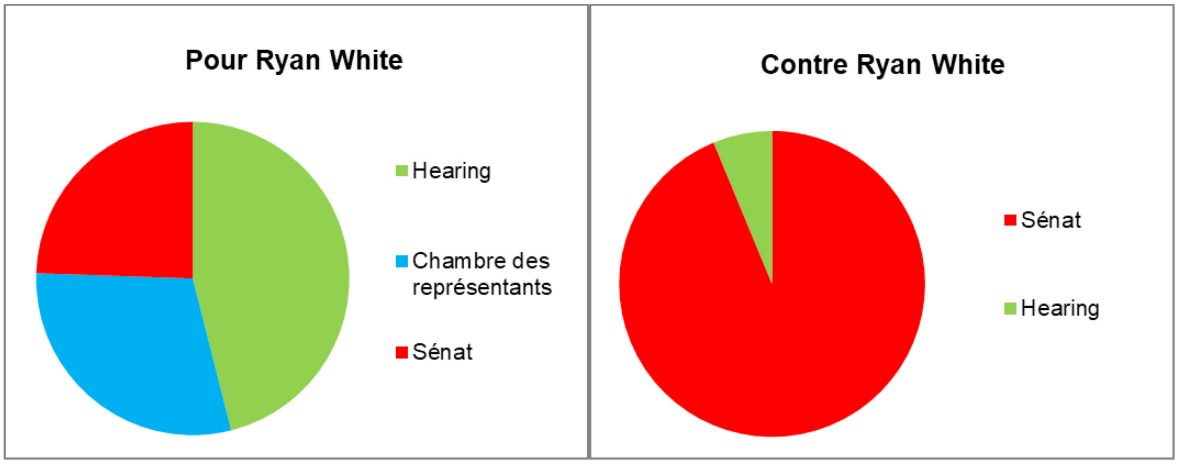


FIGURE 85 • Type d'orateur par positionnement sur *Ryan White* aux États-Unis



2. Les interventions par fonction et par parti politique

Les fonctions retenues concernent le président *pro tempore* du Sénat, les leaders et les présidents (*whips*) des familles politiques ainsi que les présidents des commissions (*committee*) et des caucus du Congrès. La répartition partisane et par fonction des interventions est donnée ci-dessous.

FIGURE 86 • Parti politique et fonction par positionnement sur la régularisation aux États-Unis

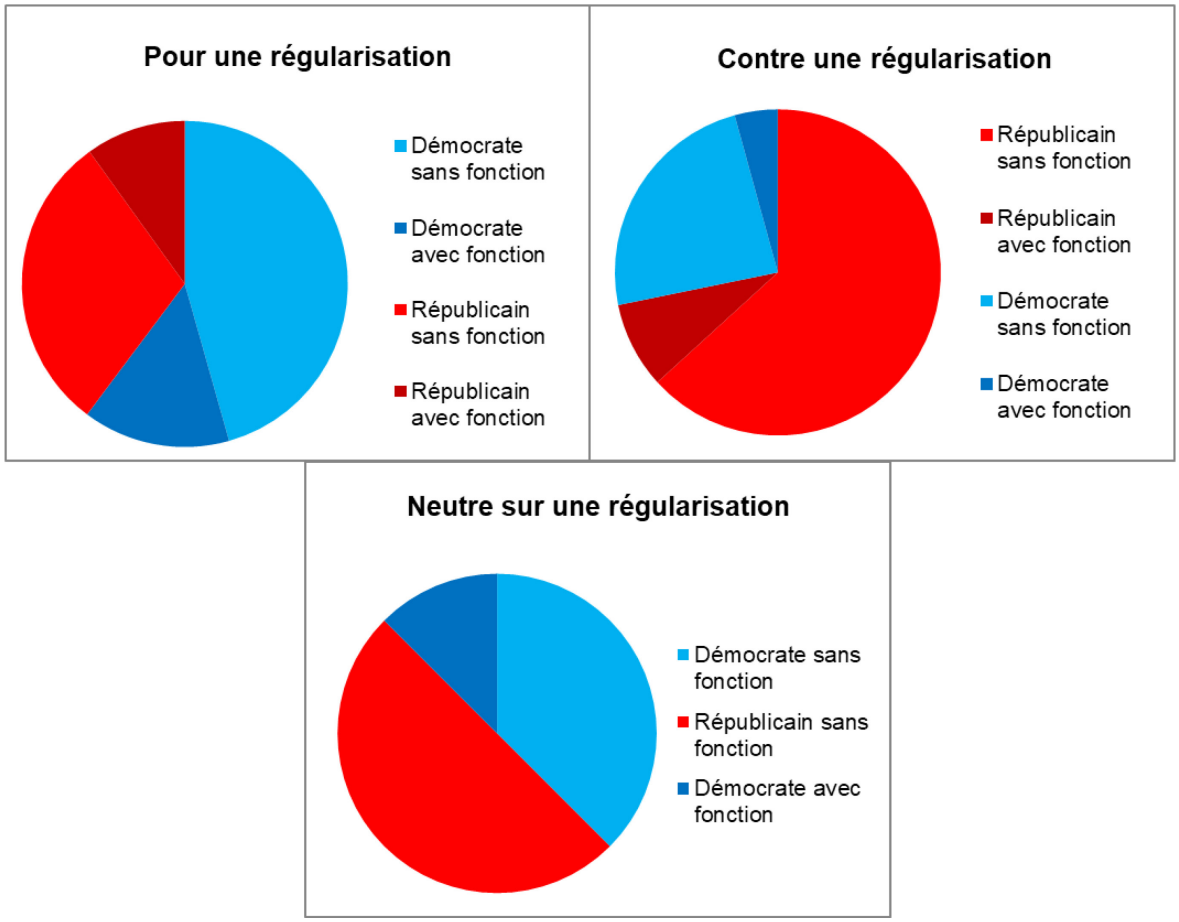
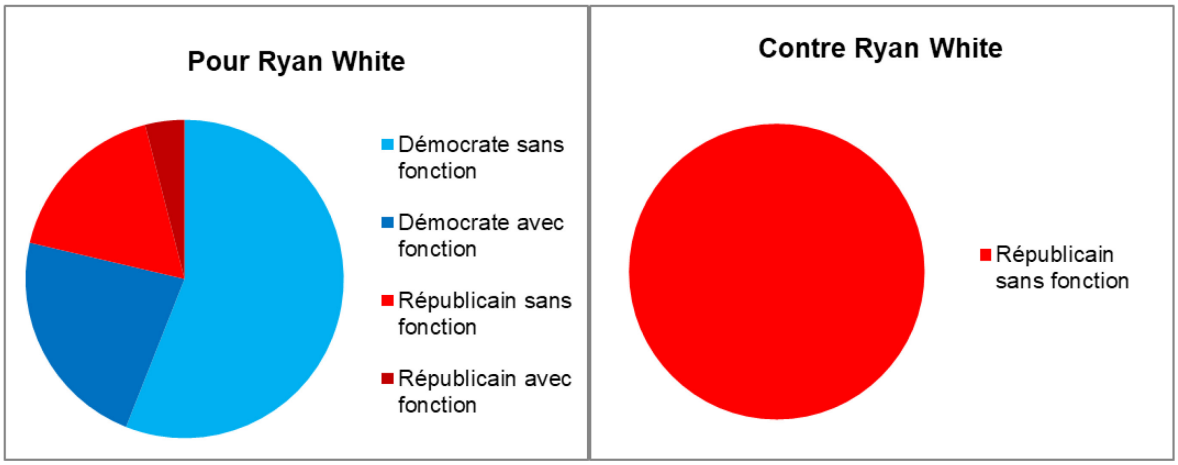


FIGURE 87 • Parti politique et fonction par positionnement sur *Ryan White* aux États-Unis



3. Les parlementaires les plus prolixes

La répartition des parlementaires par nombre d'intervention est schématisée ci-dessous.

FIGURE 88 • Parlementaires les plus prolixes par positionnement sur la régularisation aux États-Unis

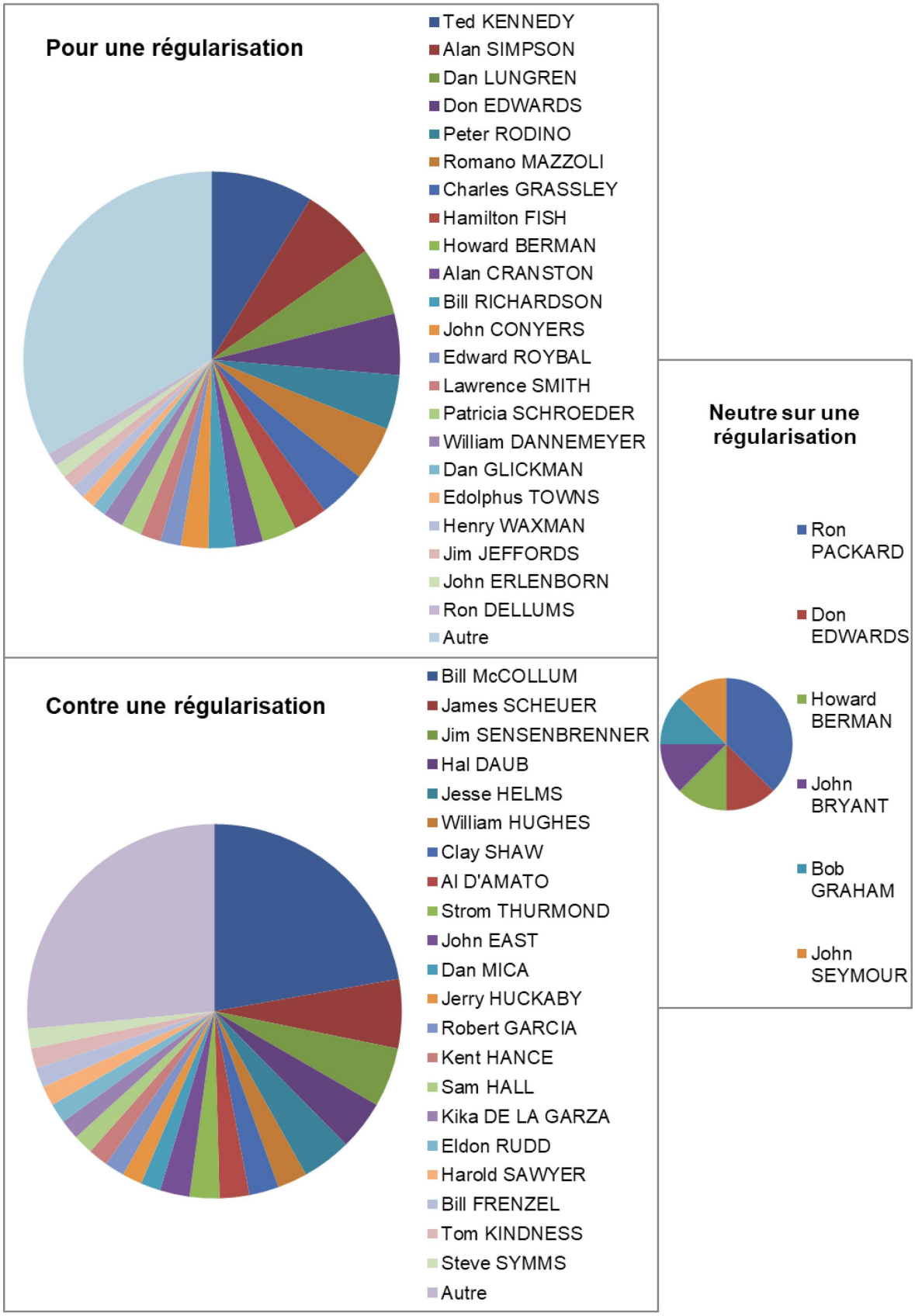
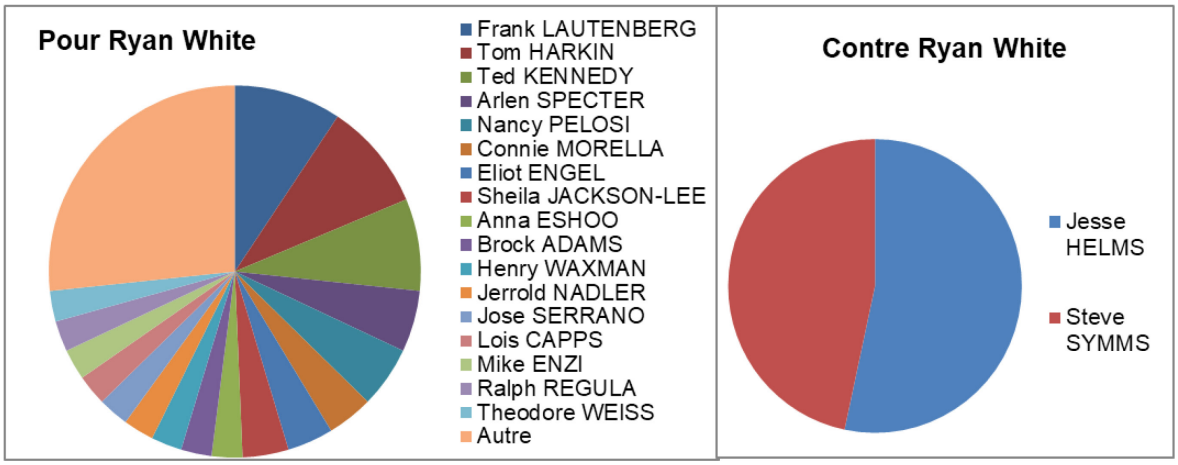


FIGURE 89 • Parlementaires les plus prolixes par positionnement sur *Ryan White* aux États-Unis



4. Les organisations les plus prolixes

Les organisations ayant le plus grand nombre d'interventions en *hearings* sont données ci-dessous.

FIGURE 90 • Organisations les plus prolixes par positionnement sur la régularisation aux États-Unis

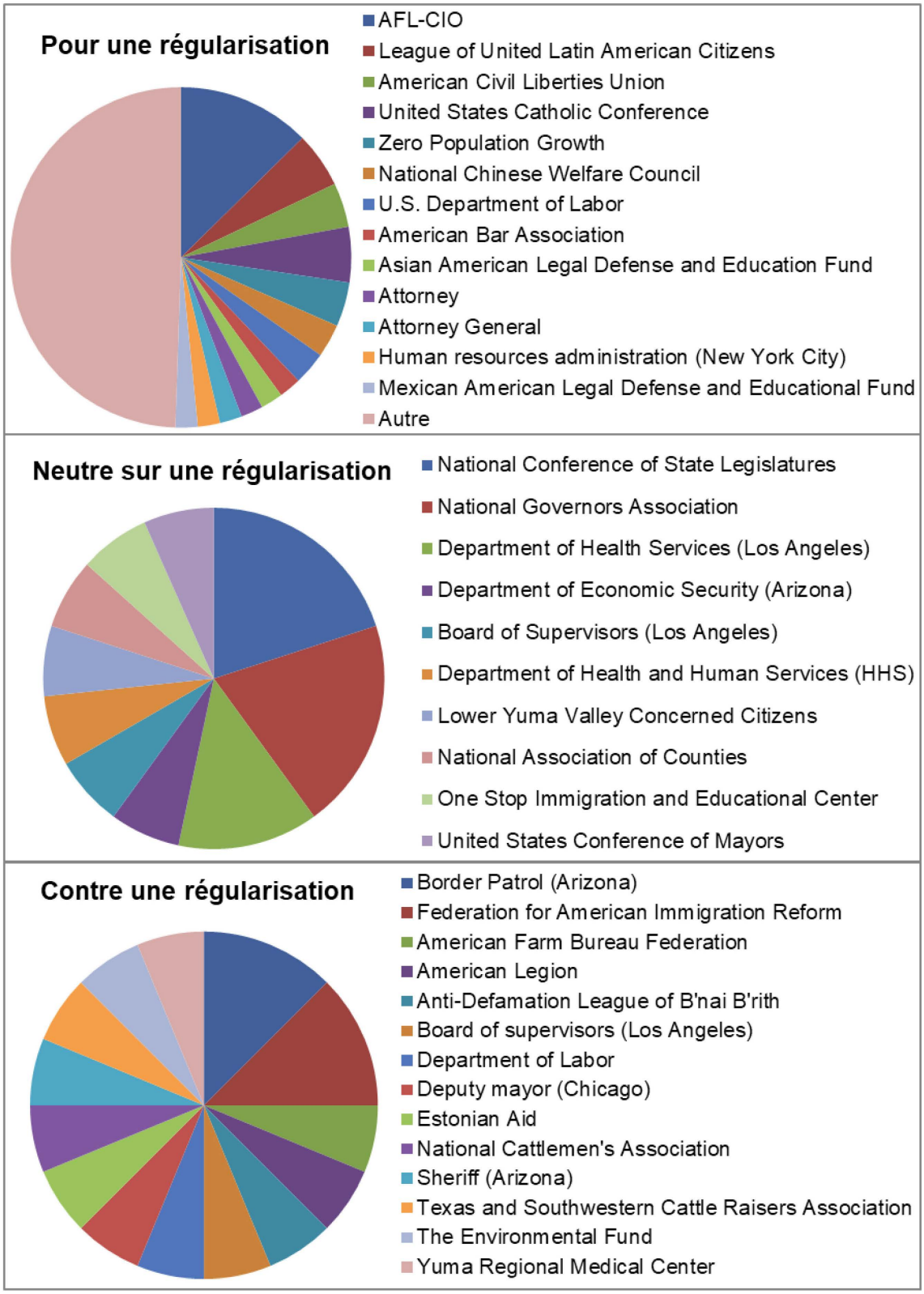
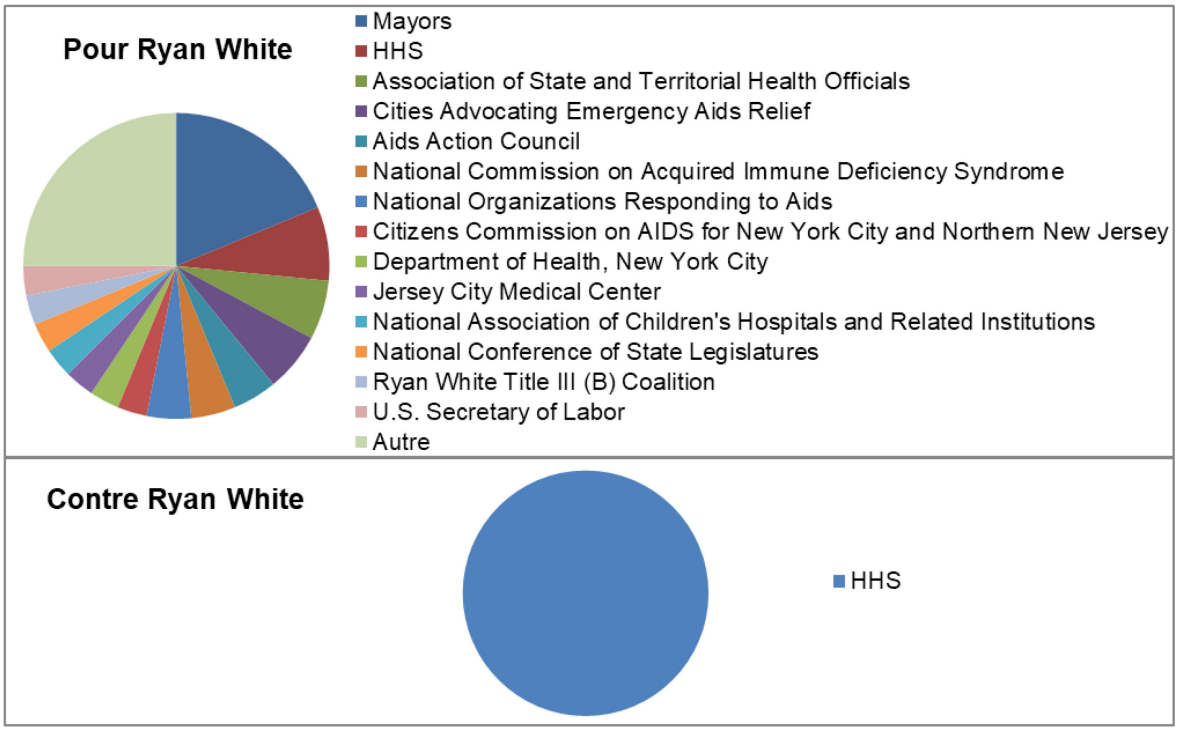


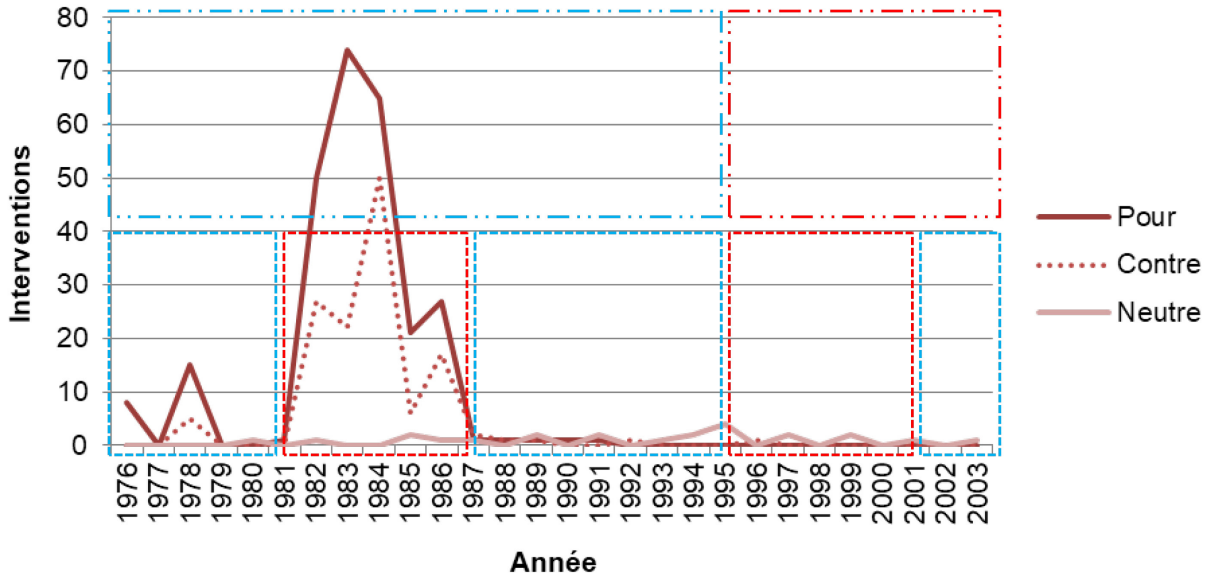
FIGURE 91 • Organisations les plus prolixes par positionnement sur *Ryan-White* aux États-Unis



5. Majorités parlementaires lors des interventions

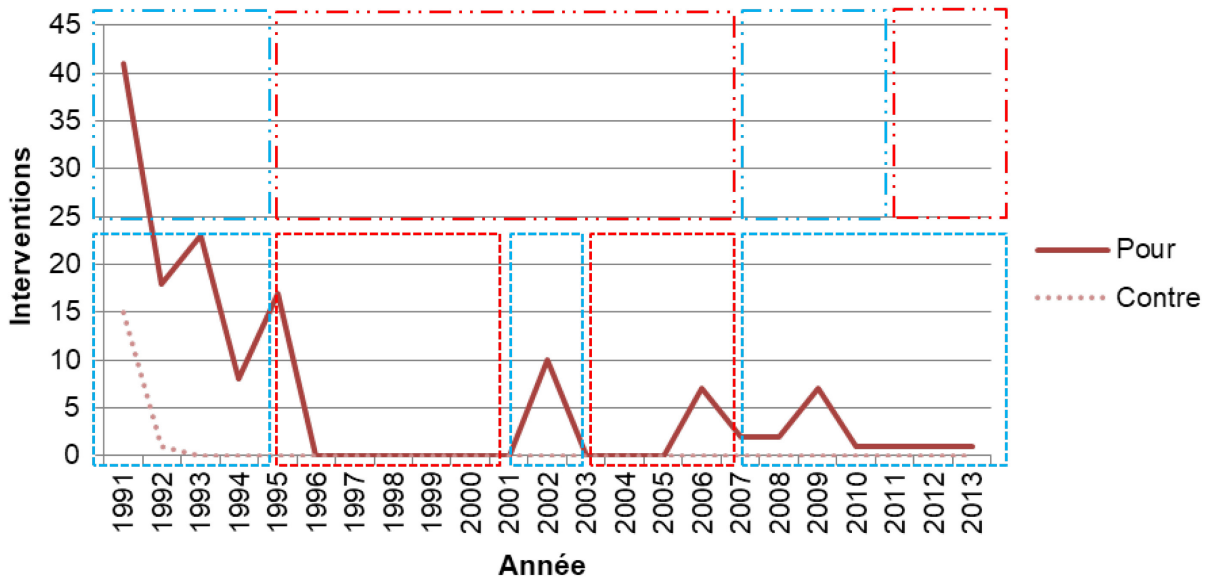
Enfin, les majorités parlementaires lors des interventions sont illustrées ci-dessous. Les rectangles bleus (démocrate) et rouges (républicain) donnent les majorités à la Chambre des représentants (_ . . _) et au Sénat (. . .). En effet, contrairement au cas français où, dans la plupart des cas, l'Assemblée nationale peut décider seule de l'adoption d'une loi, les deux chambres étasuniennes doivent généralement donner leur aval à l'unisson.

FIGURE 92 • Majorités parlementaires lors des interventions sur la régularisation



NOTE : les cadres bleus (démocrate) et rouges (républicain) indiquent les majorités parlementaires à la Chambre des représentants (_ . _) et au Sénat (_ _).

FIGURE 93 • Majorités parlementaires lors des interventions sur *Ryan-White*



NOTE : les cadres bleus (démocrate) et rouges (républicain) indiquent les majorités parlementaires à la Chambre des représentants (_ . _) et au Sénat (_ _).

6. Interprétation des résultats

Ces données suggèrent six interprétations. La première concerne, dans les années 1980, le relatif engouement à l'égard de la régularisation des clandestins. Les interventions et les orateurs défendant ce mécanisme sont ainsi deux fois plus nombreux que ceux s'y opposant (266 contre 133 interventions, 154 contre 68 orateurs). En revanche, à l'issu de la grande régularisation de 1986 (*IRCA*), cet instrument n'a plus jamais été abordé de manière aussi importante. À l'inverse, *Ryan White* fait l'objet d'un consensus pratiquement unanime, notamment lors de ses réautorisations de 1996[1106], 2006[1107] et 2009[1108]. Seule celle de 2000[1109] n'a pas fait l'objet de soutien dans l'échantillon traité. Le Congrès semble donc privilégier des sujets consensuels. Ce résultat suggère deux suggestions. La première invite à utiliser la notion de « campagne permanente »[1110] de Sidney BLUMENTHAL (1982) concernant les Représentants étasuniens élus tous les deux ans seulement. Un tiers du Sénat étant également renouvelé sur cette courte durée, le Congrès paraît ainsi éviter les sujets controversés pour éviter d'éventuelles répercussions électorales négatives. Une seconde suggestion est qu'une modification législative est plus aisée en France qu'aux États-Unis.[1111] Les lenteurs du Congrès étasunien accroissent ainsi l'enjeu : il est plus risqué d'user du Parlement comme forum aux États-Unis en raison des répercussions que peut avoir une modification législative sur la durée.

La deuxième interprétation concerne le clivage partisan autour de ces deux instruments. Les Démocrates soutiennent ainsi la régularisation et *Ryan White* là où les Républicains s'y opposent plus volontiers. Ce clivage partisan est cependant moins net que pour le cas français et l'opposition à *Ryan White* se limite à deux sénateurs républicains. La part des parlementaires ayant une fonction représentative est également plus forte (régularisation) et beaucoup plus forte (*Ryan White*) du côté des soutiens à ces instruments. La discipline partisane, moins poussée qu'en France, tend à confirmer la littérature récente sur le poids grandissant des partis politiques étasuniens dans le processus législatif.[1112] Anciennement reconnues pour leur indépendance, les commissions

législatives sont ainsi, depuis les années 1970, instrumentalisées par les leaders politiques.[1113]

Troisièmement, à l'identique du cas français, une minorité parlementaire s'oppose de manière virulente à ces instruments (Bill McCOLLUM pour la régularisation, Jesse HELMS et Steve SYMMS pour *Ryan White*). En revanche, à l'inverse du cas français, cette opposition est délimitée dans le temps (années 1980 pour la régularisation et début des années 1990 pour *Ryan White*). Ce résultat renvoie au précédent : le Congrès évite les sujets trop controversés en raison des répercussions électorales et des conséquences qu'une réforme peut avoir sur la durée.

Quatrièmement, à la différence du cas français qui connaissait l'existence d'un « pont » hostile constitué de quatre parlementaires (Claude GOASGUEN, Dominique TIAN, Thierry MARIANI et Eric CIOTTI), les États-Unis en possèdent deux formés de deux parlementaires chacun. Ted KENNEDY et Henry WAXMAN défendent ainsi ces deux instruments, là où Jesse HELMS et Steve SYMMS s'y opposent. Parmi les plus prolixes, aucun autre parlementaire ne se prononce sur ces deux instruments simultanément. Or, à l'exception de Steve SYMMS, tous ces parlementaires ont été des leaders parlementaires. Ainsi, lors des discussions sur *Ryan White*, Henry WAXMAN[1114] présidait la commission de surveillance et de réforme de l'action gouvernementale (*on oversight and government reform*) et Ted KENNEDY dirigeait la commission sur la santé, l'éducation, le travail et les pensions (on *Health, Education, Labor and Pensions* – « *HELP* »). De même, lors des débats sur la régularisation, Jesse HELMES conduisait la commission sur l'agriculture, la nutrition et les forêts (*on agriculture, nutrition and forestry*). Ces leaders peuvent donc, eux aussi, être qualifiés d'entrepreneurs moraux.

Cinquièmement, la majorité parlementaire ne semble pas influencer les « pics oratoires » au même titre que ce qui a été observé pour le cas français.

Enfin, les orateurs en *hearings* soutiennent globalement les deux instruments. Quatre groupes d'intérêt ont déjà été étudiés : *AFL-CIO* et *USCCB*[1115] (« pour »

une régularisation), *FAIR* (« contre » une régularisation) et *NCSL* (« neutre » sur une régularisation et « pour » *Ryan White*). Ces deux instruments étasuniens correspondent donc aux desiderata des groupes d'intérêt, des autorités locales et des membres du gouvernement. Ce résultat va dans le sens d'une partie de la littérature démontrant l'influence des *hearings*[1116], et plus spécifiquement des groupes d'intérêt[1117], dont les *thinks tanks*[1118], sur les décisions du Congrès. La section suivante traite des débats parlementaires de manière qualitative.

SECTION 4. ANALYSE QUALITATIVE DES DÉBATS PARLEMENTAIRES

Les arguments déployés dans les débats correspondent, peu ou prou, à ceux des rapports. Seule une coalition « neutre sur une régularisation » est nouvelle et sera donc succinctement traitée ici pour chacun des pays. Le cas français (**sous-section 1**) est examiné avant le cas étasunien (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. Analyse qualitative des débats parlementaires en France

Après avoir rappelé le contenu de la coalition « neutre sur une régularisation » (**1**), cette sous-section explore le lexique utilisé par les différentes coalitions pour l'AME (**2**) et la régularisation (**3**).

1. La coalition « neutre sur une régularisation »

La coalition « neutre sur une régularisation », absente des rapports parlementaires, souhaite obtenir le renforcement des frontières ainsi que des catégories de régularisation législatives restreintes. De même, au milieu des années 1990, cette coalition ne souhaite pas légaliser le séjour des étrangers malades car cette procédure est déjà appliquée au cas par cas par les préfectures suite, notamment, à deux décisions du Conseil d'État.[1119] Elle souhaite, en revanche, maintenir la protection des étrangers malades à l'égard des expulsions.

2. Le lexique des coalitions sur l'AME

Le logiciel NVivo permet de sélectionner les mots les plus utilisés d'un corpus. Cette recherche est effectuée pour l'ensemble des interventions dans chacune des coalitions. Les 200 premières occurrences des mots ayant au minimum cinq caractères sont listées en partie dans le tableau suivant. Les mots non conservés sont donnés dans l'**annexe 5**. Les nombres entre parenthèses correspondent à ceux des occurrences. Le lexique commun est celui partagé par au moins deux coalitions. Les couleurs correspondent au lexique sanitaire (bleu), économique (rouge), migratoire (vert foncé), géographique (orange), institutionnel (violet),

frauduleux (rose fuchsia), frontalier (rose clair), laborieux (marron pour la régularisation ou gras pour l'AME) ainsi qu'à l'éloignement (rose foncé) et à l'expression orale des groupes parlementaires (vert clair). Les termes en gras sont isolés mais d'intérêt. Les termes identiques différenciés par les caractères « ‘ », « ’ » et « ' » ont été fusionnés. Les couleurs sont appliquées en respect de l'utilisation contextuelle majoritaire. Par exemple, la notion de « charge » ne relève pas du lexique économique en raison de son usage (« prise en charge médicale », « ministre en charge de », etc.) De même, « l'union » faisant principalement référence à la communication non verbale de l'UDF et de l'Union centriste, ce terme n'a pas été colorisé. Inversement, le terme d'« augmentation » est appliqué au contexte économique car il concerne essentiellement le budget de cette aide. De même, le « conseil » fait référence au Conseil d'État. Enfin, si les « droits » sont mis en gras, tel n'est pas le cas de son singulier (« droit ») qui est utilisé de manière disparate (« droit commun », « droit d'asile », « droit de timbre », etc.) Le résultat de cette analyse est donné ci-après pour l'AME.

TABLEAU 65 • Fraction des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires sur l'AME en France

	Lexique propre	Lexique commun
POUR l'AME	raisons (59), **associations** (57), population (57), populations (55), malades (51), l'igas (48), **risque** (48), graves (43), pathologies (43), prévention (43), patients (42), tuberculose (42), l'inspection (38), protection (38), années (37), papiers (37), propos (37), fraudes (35), solidarité (35).	l'ame (508), soins (461), santé (332), droit (315), médicale (313), personnes (257), bénéficiaires (239), situation (200), sociale (189), charge (171), l'aide (168), dépenses (154), étrangers (151), euros (150), publique (132), l'aide (128), france (122), maladie (121), mesure (117), gouvernement (116), rapport (115), l'accès (111), d'état (109), millions (105), dispositif (104), finances (103), projet (101), nombre (93), timbre (92), d'euros (91), irrégulière (90), l'état (90), ministre (83), sécurité (83), **droits** (82), soigner (73), titre (72), cause (71), fraude (71), sociales (67), politique (66), maladies (63), mesures (63), applaudissements (60), affaires (60), débat (60), territoire (60), dépense (59), **système** (57), hôpitaux (56), nationale (56), sanitaire (56), crédits (55), sujet (55), réalité (52), départements (51), français (51), médecins (51), problème (49), contrôle (48), couverture (48), goasguen (48), ressources (48), résidence (47), mission (46), rapporteur (45), personne (44), besoin (43), bénéficier (41), monde (41), séjour (40), accès (39), raison (37), prestations (37), budget (34).
CONTRE l'AME	d'urgence (59), national (53), chiffres (43), clandestins (38), étranger (37), immigrés (36), milliard (35), payer (33), commun (32), d'assurance (31), concitoyens (30), illégalement (30), annuel (29), **justice** (29), montant (29), européens (28), d'ame (27), médecine (27), ville (27), année (26), exclamations (26), forfait (26), participation (26), appel (25), budgétaire (25), claude (25), comptes (25), l'heure (25), médical (25), secrétaire (24), traitement (24).	l'ame (457), soins (274), situation (233), médicale (204), millions (200), d'euros (186), droit (161), euros (132), irrégulière (131), **système** (131), personnes (128), étrangers (120), sociale (119), charge (115), l'aide (112), français (110), bénéficiaires (108), dépenses (99), dispositif (94), france (90), santé (88), d'état (87), maladie (87), ministre (80), gouvernement (80), sécurité (80), crédits (78), finances (74), rapport (73), territoire (73), l'état (70), nombre (69), contrôle (64), problème (64), budget (62), mesure (60), l'aide (59), hôpitaux (55), projet (52), débat (51), bénéficier (50), raison (50), fraude (49), mesures (48), monde (48), personne (47), cause (45), régulière (45), caisses (42), gestion (42), timbre (41), titre (41), l'immigration (39), soigner (39), politique (38), **droits** (37), panier (37), sociales (37), rapporteur (35), dépense (34), sujet (34), hospitaliers (33), l'accès (33), goasguen (32), demande (31), départements (31), couverture (30), applaudissements (29), augmentation (29), sanitaire (29), affaires (28), besoin (28), l'assurance (28), **travail** (28), accès (27), mission (27), nationale (27), maladies (26), ressources (26), réalité (26), services (25), lutter (24).
NEUTRE sur l'AME	assurés (15),organismes (12), favorable (11), législation (11), sociaux (11), urgents (11), condition (10), bénéficiaire (9), domicile (9), œuvre (9), conseil (8), disposition (8), ticket (8), établissements (8), bénéfice (7), charges (7), conventions (7), décret (7), mineurs (7), modérateur (7), moyen (7), médicaments (7), régime (7), régimes (7), tarifs (7), demandeurs (6), discussion (6), durée (6), lutte (6), médicaux (6), principe (6), progressé (6), service (6), versées (6), complexe (5), contrôles (5), dispositifs (5).	soins (70), l'ame (63), médicale (56), sociale (49), l'aide (45), bénéficiaires (44), charge (36), gouvernement (36), situation (34), dépenses (31), maladie (29), étrangers (29), personnes (28), sécurité (28), droit (26), millions (26), irrégulière (23), santé (23), dispositif (22), mesure (20), l'état (19), séjour (19), titre (19), france (18), départements (17), projet (17), caisses (15), d'euros (15), mesures (14), prestations (14), d'assurance (13), d'état (13), sociales (13), contrôle (12), hôpitaux (12), l'accès (12), l'aide (12), nombre (12), résidence (12), **système** (12), ministre (11), rapport (11), services (11), gestion (10), médecins (10), publique (10), affaires (9), **droits** (9), régulière (9), territoire (9), applaudissements (8), demande (8), hospitaliers (8), lutter (8), l'assurance (8), nationale (8), augmentation (7), besoin (7), bénéficier (7), **travail** (7), crédits (6), euros (6), finances (6), l'immigration (6), médical (6), panier (6), rapporteur (6), ressources (6), commun (5).

La répartition de ces occurrences est précisée ci-dessous. Les nombres en gras sont les plus élevés.

TABLEAU 66 • Thématique des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires sur l'AME en France

	Couleur	POUR l'AME	CONTRE l'AME	NEUTRE sur l'AME
Sanitaire	Bleu	16	**17**	14
Migratoire	Vert foncé	**12**	**12**	10
Institutionnel	Violet	**7**	**7**	4
Frontalier	Rose clair	0	0	0
Éloignement	Rose foncé	0	0	0
Économique	Rouge	9	**19**	14
Géographique	Orange	6	**9**	4
Frauduleux	Rose fuchsia	3	3	**4**
Laborieux	Gras	0	**1**	**1**
Expression orale	Vert clair	1	**2**	1

Le premier résultat notable est l'écart concernant le lexique économique. Là où la coalition « pour » y accorde peu d'intérêt, les coalitions « contre » et « neutre » sont particulièrement sensibles à la question du budget public. Ainsi, si les dix premiers termes de la coalition « pour » s'intéressent essentiellement à la « santé »[1120], ceux de la coalition « contre » affectionnent prioritairement les millions d'euros consacrés à l'AME. Parallèlement, la coalition « neutre » s'inquiète des « dépenses », au même titre que les deux autres coalitions si l'on pousse l'analyse sur les dix mots suivants. Les vingt premiers termes révèlent également que les coalitions « pour » et « neutre » se préoccupent de la « maladie » et la coalition « neutre » s'intéresse à la « santé ». La santé publique (« pour ») s'oppose ainsi au budget public (« contre ») et la coalition « neutre » est en équilibre sur ces deux arguments. Tel que l'affirme ainsi Gérard BAPT : « au prix de la monstruosité que vous enfantez en termes de santé publique, vous ne réaliserez pas les centaines de millions d'euros d'économies escomptées. »[1121] La coalition « pour » est ainsi la seule à évoquer les notions de gravité (« graves » ici), de « prévention » et de « tuberculose ». Elle insiste ainsi sur l'argumentaire déployé par les « associations » : « les mesures envisagées sont graves aussi sur le plan de la santé publique, comme l'ont dénoncé de nombreuses ONG et associations agissant dans le domaine médical et humanitaire. »[1122] Elle en appelle, par ailleurs, aux « droits » fondamentaux et aux droits de l'homme : « selon l'OMS, 'la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale'. »[1123]

Le second résultat est la différence entourant les notions géographiques. Absente de la coalition « neutre », la notion de « français » (avec ou sans majuscule) est fortement privilégiée par la coalition « contre » et relativement délaissée par son homologue « pour ». La coalition « contre » est également la seule à user des termes de « concitoyens » et d'« européens ». L'AME étant relativement isolée sur la scène européenne, ce dernier adjectif est généralement utilisé dans le cadre d'une harmonisation afin de restreindre l'attractivité de la France dans un espace de libre circulation : « après avoir examiné les procédures du dispositif sanitaire en faveur des immigrés illégaux dans les autres pays européens, il convient de souligner que la nature du panier de soins universel fait de la France une exception »[1124] ; « la solution est dans une harmonisation européenne fondée sur les problèmes d'urgence. »[1125] La préférence accordée aux nationaux est ainsi une particularité de la coalition « contre ». Cette préférence se précise également avec la notion de « travail » proche de certains arguments étasuniens : « je ne vois pas pourquoi ce sont toujours les mêmes qui, par le fruit de leur effort et de leur travail, paieraient pour les autres sans que ces derniers montrent la moindre volonté de participer un minimum. »[1126] La notion de « justice » prend alors tout son sens : « où est la justice quand des Français ou des étrangers en situation régulière, qui relèvent du régime d'assurance-maladie, ont à payer un forfait ou une franchise, alors que les étrangers en situation irrégulière n'en paient pas ? »[1127] C'est donc l'ensemble du « système » que dénonce la coalition « contre » : « personne, en effet, ne peut se satisfaire d'un système qui encouragerait la fraude ou les abus. »[1128]

Le troisième résultat relève du vocabulaire migratoire en partie déjà observé. Là où la coalition « pour » favorise la notion de « sans-papiers » (« papiers » ici), sa consœur « contre » privilégie les termes de « clandestins » et d'illégal (« illégalement » ici). La situation « irrégulière » fait ainsi figure de zone tampon propre au lexique commun. Une autre spécificité relève de l'extension du vocable sanitaire de la coalition « pour » qui n'hésite pas à qualifier les étrangers de « patients » et de « malades » (comme nom ou adjectif).

Le quatrième résultat est relatif à la fraude qui intéresse en proportion équivalente l'ensemble des coalitions, la coalition « pour » répondant globalement aux attaques de la coalition « contre » sur ce point : « Prendre prétexte de la fraude pour limiter les soins prodigués aux étrangers est humainement discriminant, contre-productif en termes de santé publique et, comme vient de le dire le rapporteur, économiquement inefficace. »[1129]

Un cinquième résultat intéresse l'expression orale des groupes parlementaires. En ce sens, si l'ensemble des coalitions fait l'objet d'« applaudissements », seule la coalition « pour » use d'« exclamations » à l'encontre de son homologue « contre » témoignant par là même d'un certain émoi sur le sujet.

Comme observée au premier chapitre au sein des entretiens, la régularisation des étrangers fait l'objet d'un clivage plus atténué et moins passionnel que l'AME.

3. Le lexique des coalitions sur la régularisation

Le détail des occurrences concernant la régularisation est donné ci-après.

TABLEAU 67 • Fraction des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires sur la régularisation en France

	Lexique propre	Lexique commun
POUR la régularisation	papiers (42), parents (25), ministère (24), délivrance (23), graves (22), **contrôle** (21), personne (21), l'ofii (20), pasqua (20), maladie (19), l'accès (18), l'autorité (18), médecin (18), sénat (18), traitements (17), titres (16), l'assemblée (15), risque (15), **saint** (15), années (14), **bernard** (14), clandestinité (14), résidant (14), population (13), temporaire (13), **vivre** (13), arguments (12).	france (150), étrangers (137), séjour (120), santé (87), situation (85), personnes (84), traitement (84), malades (76), droit (68), soins (68), régularisation (65), titre (55), d'origine (54), ministre (54), gouvernement (45), projet (40), français (39), dispositif (37), médical (35), médicale (35), carte (34), l'immigration (34), nombre (34), malade (32), politique (32), l'étranger (30), raison (30), étranger (29), nationale (28), situations (28), médecins (27), territoire (26), **droits** (25), effectivement (24), préfet (24), rapport (24), régulariser (24), première (23), problème (23), travail (23), charge (22), régularisations (22), accès (21), exceptionnelle (21), rapporteur (21), bénéficier (20), conseil (20), critères (20), l'état (20), raisons (20), soigner (20), approprié (19), travailleurs (19), administrative (18), circulaire (18), clandestins (18), d'état (18), grave (18), immigrés (18), pathologie (18), rédaction (18), demande (17), française (17), gravement (17), irrégulière (17), mesure (17), publique (17), durée (16), monde (16), réalité (16), conséquences (15), décision (15), république (15), humanitaire (14), expulsables (13), public (13), sociale (13).
CONTRE la régularisation	**système** (21), appel (14), disposition (14), jurisprudence (14), l'union (12), moyens (12), **socialiste** (12), année (10), circonstances (10), débat (10), européenne (10), présent (10), régulière (10), revenir (10), d'accès (9), **développement** (9), millions (9), problèmes (9), sécurité (9), venir (9).	étrangers (87), france (72), séjour (63), l'immigration (54), malades (54), soins (54), situation (53), régularisation (51), droit (49), santé (45), personnes (35), clandestins (33), gouvernement (33), irrégulière (33), français (32), traitement (32), carte (31), titre (29), conseil (28), ministre (28), d'état (27), d'origine (27), médecins (27), territoire (27), monde (25), étranger (22), rapporteur (22), rédaction (22), dispositif (21), politique (21), malade (20), médicale (20), nombre (20), clandestine (19), l'état (19), régularisations (19), applaudissements (18), charge (18), l'étranger (18), **droits** (17), régulariser (17), soigner (17), problème (16), projet (16), raison (16), effectivement (15), française (15), principe (15), publique (15), conséquences (14), république (14), critères (13), gravement (13), sociale (13), besoin (12), cause (12), première (12), accès (11), administrative (11), bénéficier (11), circulaire (11), mesure (11), rassemblement (11), travail (11), nationale (10), préfet (10), raisons (10), rapport (10), réalité (10), décision (9), exceptionnelle (9), lutte (9), médical (9), public (9), approprié (8).
NEUTRE sur la régularisation	d'étrangers (4) remarque (4) sauvaigo (4) catégorie (3) d'immigration (3) l'individu (3) régularisée (3) réponse (3) sujet (3) appliquer (2) assemblée (2) assurer (2) centre (2) chiffres (2) **choquant** (2) d'admission (2) d'etat (2) d'immigrés (2) d'origine (2) demander (2) **droite** (2) **démocratie** (2) faible (2) frontière (2) frontières (2) **gauche** (2) gravité (2) illégal (2) impôts (2) intervention (2) intéressés (2) irréguliers (2) l'autre (2) l'intéressé (2) logique (2) migratoire (2) national (2) nécessaire (2) pathologies (2) philibert (2) **philosophie** (2) protection (2) préoccupation (2) reconduites (2) refoulés (2) renforcement (2) renvoi (2) retour (2).	personnes (15) situation (13) séjour (10) france (8) l'immigration (7) titre (7) étrangers (7) gouvernement (6) nombre (6) politique (6) situations (6) critères (5) droit (5) irrégulière (5) projet (5) raisons (5) régularisation (5) besoin (4) clandestins (4) française (4) ministre (4) république (4) travailleurs (4) cause (3) conséquences (3) demande (3) décision (3) exceptionnelle (3) problème (3) rassemblement (3) régulariser (3) territoire (3) étranger (3) applaudissements (2) clandestine (2) conseil (2) **droits** (2) durée (2) expulsables (2) grave (2) humanitaire (2) immigrés (2) lutte (2) nationale (2) pathologie (2) première (2) principe (2) public (2) raison (2).

La répartition des occurrences est mentionnée ci-dessous.

TABLEAU 68 • Thématique des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires sur la régularisation en France

	Couleur	POUR la régularisation	CONTRE la régularisation	NEUTRE sur la régularisation
Sanitaire	Bleu	**22**	15	8
Migratoire	Vert foncé	17	12	**20**
Institutionnel	Violet	**11**	8	6
Frontalier	Rose clair	0	0	**3**
Éloignement	Rose foncé	1	0	**5**
Économique	Rouge	0	**1**	**1**
Géographique	Orange	7	**8**	6
Frauduleux	Rose fuchsia	0	0	0
Laborieux	Marron	**2**	1	1
Expression orale	Vert clair	0	**1**	**1**

Le premier résultat est l'importance du vocable sanitaire de la coalition « pour ». Cette dernière insiste en effet sur le risque sanitaire qu'engendrerait l'absence d'accès aux soins des étrangers irréguliers : « nous savons tous que la clandestinité accroît le risque sanitaire, à la fois pour les clandestins eux-mêmes et pour nos concitoyens. »[1130]

Le second résultat reprend l'observation précédente concernant les termes de « sans-papiers », de « clandestins » et de situation « irrégulière ».

Troisièmement, tel que décrit précédemment dans cette section, la coalition « neutre » souhaite renforcer les frontières et protéger les étrangers malades d'une expulsion : « nous estimons tous qu'il serait insupportable de permettre des reconduites à la frontière qui équivaudraient à des arrêts de mort »[1131] ; « je ne peux qu'approuver le nécessaire renforcement des contrôles aux frontières »[1132].

Un quatrième résultat concerne l'importance du vocable institutionnel par rapport aux débats sur l'AME. La coalition « pour » fustige ainsi les lois Pasqua de 1993 ainsi que le passage de l'évaluation médicale de l'ARS à l'OFII : « votre projet ne règle pas les situations intolérables créées par les lois Pasqua »[1133] ; « le transfert à l'OFII de l'évaluation médicale avant la décision relative à la délivrance de la carte constitue une réelle source d'inquiétude. »[1134] Elle souhaite ainsi que ces évaluations de l'OFII soient effectuées sous le regard du Ministère de la

Santé en raison du « contrôle » excessif exercé sur les clandestins : « un tel transfert contrevient au principe déontologique d'étanchéité entre médecine de prévention et médecine de contrôle »[1135] Le « Conseil » d'État et la « jurisprudence » font également l'objet d'attaques de la part de la coalition « contre » en raison du revirement plus généreux du Conseil à l'égard des étrangers en 2010[1136] : « il nous semble légitime de vouloir revenir à l'état du droit qui prévalait antérieurement à la jurisprudence excessivement libérale du Conseil d'État. »[1137] Inversement, sa consœur « pour » défend cette juridiction : « on nous a affirmé que tout allait bien auparavant, mais que l'arrêt Jabnoun du Conseil d'État – instance composée, comme chacun sait, de membres coupés des réalités ! – aurait ouvert les hôpitaux français à toute la misère du monde… Mais regardons objectivement les chiffres ! »[1138]

Concernant le critère géographique, la coalition « contre » use également des décisions de la Cour européenne des droits de l'homme pour appuyer son argumentaire : « la Cour européenne des droits de l'homme, qui n'est pas une agence totalitaire incitant les États à trucider les malades, a estimé, en 2008, qu'un État contractant n'est pas tenu de 'pallier les disparités socioéconomiques entre les pays en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire'. [...] l'interprétation du Conseil d'État [qui] va au-delà de l'avis de la Cour européenne, en introduisant un critère d'accessibilité, c'est-à-dire de prix des soins. »[1139]

Le vocable relatif au travail est délimité dans le temps pour la coalition « pour » et fait référence aux volontés, de la part du gouvernement, dans les années 1970, de régulariser les travailleurs sans-papiers : « les travailleurs étrangers fabriquent une machine sur sept, un appartement sur deux, deux voitures sur quatre, quatre-vingt-dix kilomètres d'autoroute sur cent »[1140] ; « il n'y a pas d'un côté des travailleurs français et, de l'autre, des travailleurs étrangers. Il y a des travailleurs soumis à la même exploitation. »[1141] De même, l'ensemble des « saint » de la coalition « pour » font référence exclusivement aux débats parlementaires des années 1996-1997 sur les grèves de la faim et les occupations d'églises : « l'objet de ce projet de loi est d'éviter que ne se reproduisent des situations dites

de ‘Saint-Bernard’. N’en créez pas de nouvelles, mes chers collègues ! La France est un pays humaniste. »[1142]

Enfin, les expressions orales des groupes parlementaires témoignent d’un moindre émoi, notamment de la part de la coalition « pour » qui, contrairement à l’AME, n’est sujette ni aux « applaudissements » ni aux « exclamations ».

En dépit d’un lexique commun important, cette analyse montre des différences d’argumentation pour chacune des coalitions. Cette manière d’appréhender le sujet diffère aux États-Unis.

SOUS-SECTION 2. Analyse qualitative des débats parlementaires aux États-Unis

Après observation du contenu de la coalition « neutre sur une régularisation » (**1**), cette sous-section analyse le lexique des coalitions pour la régularisation (**2**) et *Ryan White* (**3**).

1. La coalition « neutre sur une régularisation »

La coalition « neutre » vis-à-vis d’une régularisation ne se prononce pas sur cet instrument en tant que tel mais s’inquiète du coût d’un tel programme sur le budget des autorités locales en raison des nouveaux bénéficiaires sociaux et médicaux. Cette coalition est ainsi particulièrement sensible au montant du *State Legalization Impact Assistance Grant* (*SLIAG*) crée par *IRCA*, c’est-à-dire au transfert d’une partie du budget fédéral aux échelons inférieurs afin de compenser ces nouveaux coûts. Le programme *SLIAG* n’exista que cinq années.

2. Le lexique des coalitions sur la régularisation

Les débats parlementaires incluent également les *hearings*. En revanche, les citations ne proviennent que des parlementaires. La langue anglaise n’étant pas concernée par les apostrophes (« ' », « ‘ » et « ’ »), les mots sont sélectionnés dès quatre caractères et non plus cinq. Les occurrences non retenues sont

listées dans l'**annexe 5**. Le lexique est de nouveau colorisé par thèmes : État providence (bleu clair), institutions (violet), régularisation (rose fuchsia), travail (marron), expulsion (rose foncé), étrangers irréguliers (vert foncé), étrangers réguliers (gris), géographie (orange), attente (bleu foncé), économie (rouge) et frontière (rose clair). Les mots concernant deux ou plusieurs de ces thèmes sont de couleurs différentes et en gras. Le résultat de ces occurrences est donné ci-après.

TABLEAU 69 • Fraction des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires et les *hearings* sur la régularisation aux États-Unis

	Lexique propre	Lexique commun
POUR la régularisation	social (55), agencies (40), generous (39), **eligibility** (37), worker (36), deportation (35), humane (34), discrimination (33), report (33), residence (32), conditions (31), domestic (30), qualify (30), security (30), communities (29), available (28), exploitation (28), senator (28), children (27), bracero (26), income (26), wages (25), deport (24), hire (24), secure (24), protection (23), entered (22).	legalization (497), aliens (301), undocumented (256), immigration (228), workers (209), illegal (188), states (165), status (153), sanctions (145), united (145), country (135), employer (134), amnesty (132), people (116), many (109), enforcement (108), employers (103), years (96), persons (91), legal (88), labor (85), work (82), resident (80), immigrants (79), permanent (77), temporary (71), federal (69), rights (68), legalized (67), american (66), eligible (65), employment (65), government (64), committee (62), society (61), state (58), benefits (56), foreign (56), number (55), working (55), residents (52), services (52), health (49), percent (49), population (48), local (47), individuals (45), **system** (44), year (43), alien (42), **million** (41), costs (40), president (40), citizens (38), taxes (37), commission (34), right (34), service (34), borders (33), care (33), control (33), granted (33), resources (33), nation (32), jobs (31), millions (31), border (30), welfare (30), burden (29), congress (29), assistance (28), cost (27), illegally (26), mexican (25), americans (24), national (23), economic (22).
CONTRE la régularisation	illegals (51), blanket (44), legally (42), unfair (42), **thousands** (40), citizenship (36), relatives (35), waiting (33), world (33), magnet (32), granting (29), countries (28), unemployment (26), **mass** (25), estimated (22), immigrate (22), lawbreakers (22), line (22), encourage (21), family (21), hope (21), numbers (21), high (20), increase (20), opportunity (20), unemployed (20), wrong (19), much (18), great (17), mccollum (17), subcommittee (17), wait (17), bring (15), stay (15), dollars (14).	amnesty (389), illegal (261), aliens (253), immigration (207), legalization (170), country (163), years (119), people (112), american (100), many (88), millions (81), million (79), sanctions (74), workers (73), states (72), employer (70), control (66), united (66), borders (65), jobs (64), citizens (62), immigrants (59), legal (57), illegally (53), americans (52), status (52), costs (49), number (44), year (42), legalized (42), state (42), labor (41), work (40), border (39), enforcement (38), welfare (38), eligible (36), federal (36), government (36), employment (35), benefits (32), committee (31), cost (31), alien (30), resources (30), economic (29), permanent (29), undocumented (28), granted (26), percent (26), billion (25), nation (25), grant (24), local (24), resident (24), **system** (23), society (21), working (20), congress (19), employers (19), immigrant (19), services (19), health (18), president (18), temporary (18), foreign (17), assistance (16), commission (16), population (16), right (16), service (16), burden (15), education (15), mexican (15), persons (15), rights (15), america (14).
NEUTRE sur la régularisation	governments (37), sliag (31), california (28), fiscal (23), funds (22), county (19), reimbursement (19), responsibility (17), funding (16), edward (14), irca (14), budget (13), angeles (12), ncsl (10), block (9), department (8), financial (8), newly (8), share (8), afford (7), amount (7), community (7), fund (7), balance (6), cuts (6), educational (6), english (6), expenditures (6), fundamental (6), humanitarian (6), incentive (6), medical (6), provides (6), revenue (6), senate (6), approximately (5), assist (5), authorize (5), expenses (5), legalize (5), localities (5), loss (5), money (5), provided (5), representative (5), residing (5), significant (5), aiding (4), contribute (4).	state (85), federal (72), states (66), local (59), aliens (42), assistance (37), costs (36), year (36), legalized (34), billion (33), government (32), services (30), health (29), amnesty (27), congress (27), illegal (26), million (26), population (24), legalization (23), cost (22), immigration (19), persons (17), immigrants (16), status (16), education (15), care (14), united (13), committee (12), grant (12), many (12), undocumented (12), number (11), years (11), control (10), percent (9), president (9), benefits (7), eligible (7), granted (7), legal (7), temporary (7), welfare (7), workers (7), immigrant (6), individuals (6), people (6), citizens (5), economic (5), national (5), residents (5), **system** (5), taxes (5), america (4).

La répartition de ces occurrences par thèmes est précisée ci-dessous.

TABLEAU 70 • Thématique des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires et les *hearings* sur la régularisation aux États-Unis

	Couleur	POUR la régularisation	CONTRE la régularisation	NEUTRE sur la régularisation
État providence	Bleu clair	13	10	**16**
Régularisation	Rose fuchsia	9	**15**	5
Institution	Violet	**8**	7	7
Travail	Marron	**17**	11	1
Éloignement	Rose foncé	**2**	1	0
Étranger irrégulier	Vert foncé	21	**27**	18
Étranger régulier	Gris	4	**6**	3
Géographie	Orange	11	**14**	**14**
Attente	Bleu foncé	2	**6**	1
Économie	Rouge	7	7	**31**
Frontière	Rose clair	**4**	**4**	1

Un premier résultat concerne la façon de qualifier les étrangers et la régularisation telle qu'observée précédemment. Là où la coalition « pour » privilégie les termes de "*legalization*" et d'"*undocumented*", sa consœur « contre » favorise les notions d'"*amnesty*", d'"*illegal*" et de "*blanket*". La coalition « neutre » a, pour sa part, une très légère préférence pour le lexique de la coalition « contre ».

Deuxièmement, comme précisée dans cette section, la coalition « neutre » s'inquiète du budget des États en raison du financement à prévoir des services publics consacrés à une population nouvellement régularisée : "*In establishing SLIAG, the Congress recognized that this newly legalized population would pose a major cost consequence for State and local governments. Moreover, Congress affirmatively stated through the SLIAG provision that the Federal Government has a role to play in alleviating this fiscal Impact*."[1143] La coalition « neutre » est ainsi particulièrement sensible aux arguments touchant à l'État providence, à l'échelon local et au critère économique.

Inversement, concernant ces trois thèmes, les deux autres coalitions n'accordent, à première vue, qu'un faible intérêt au coût financier de la régularisation. Cette observation est cependant nuancée par l'analyse des services publics où un débat, absent du cas français, porte sur la possibilité d'accéder directement à ces services pour les étrangers nouvellement régularisés. En ce sens, la coalition « pour » souhaite que cette population fraîchement légale puisse bénéficier de

ces prestations sans avoir à attendre plusieurs années sur le territoire en situation régulière : "*Denial of benefits to those who qualify for the legalization program is unwarranted and contrary to our tradition of equity and equality. These people contribute to the tax base which finances all these programs and should therefore be entitled to benefits*."[1144] À l'inverse, la coalition « contre » s'y oppose : "*amnesty would increase welfare costs dramatically*. [...] *By giving permanent resident status and access to our generous welfare programs to millions of illegals currently in low-paying agricultural jobs, amnesty will encourage legalized aliens to move away from this type of work and into the welfare system.*"[1145]

Enfin, concernant le critère géographique, la coalition « contre » estime qu'une régularisation permettrait d'accéder trop aisément à la nationalité (*citizenship*) étasunienne, quitte à confondre régularisation et naturalisation : "*millions of people around the world clamor for the honor of becoming a U.S. citizen. U.S. citizenship is one of the most sought-after prizes in the world. Yet if we agree to the amnesty provision, we hand, on a silver platter, the coveted prize of citizenship to some 3 to 12 million lawbreakers*"[1146] ; "*granting them citizenship through amnesty will be an open invitation to future illegal aliens to come to America where it would appear that immigration laws are made to be broken*."[1147]

Un quatrième résultat relève du lexique propre au travail. La coalition « contre » craint ainsi le chômage que peut engendrer une régularisation massive : "*many illegal aliens are holding good jobs that Americans would gladly accept, and* [that] *illegal immigration contributes to our high unemployment rate and depresses wages and working conditions of many American workers*."[1148] Inversement, la coalition « pour » souligne que les sans-papiers sont productifs mais également soumis à l'exploitation économique au même titre que les anciens "*braceros*" : "*the undocumented worker is an industrious, productive individual*"[1149] ; "*they are significant contributors to American productivity*"[1150] ; "*we really have only three choices: we can engage in mass deportation of millions of people; we can allow them to stay here and condone their continued exploitation; or we can recognize the reality of the situation and bring them under the protection of our laws*."[1151]

En revanche, les sanctions à l'encontre des employeurs ont la particularité de diviser chacune des coalitions. Tel est le cas pour la coalition « pour » : "*employer sanctions and legalization are necessarily intertwined, and* [that] *no bill can pass without a marriage of the two concepts*"[1152] ; "*employer sanctions do not work. A look at history shows that wherever employer sanctions have been tried, they have proven ineffective*."[1153] La coalition « contre » est également partagée : "*We have a fair bill that is fair to everybody with employer sanctions*"[1154] ; "*Sanctions exist today in Canada and a number of European countries. However, a General Accounting Office study of these programs reveals that they have not achieved their goal of reducing knowing employment of illegal aliens*."[1155]

Cinquièmement, contrairement au cas français, les Étasuniens débattent avec des chiffres et des principes moraux. La quantification concerne davantage la coalition « contre » et son lexique propre portant sur le nombre d'étrangers ("*thousands*", "*estimated*", "*numbers*"), de régularisations et d'expulsions ("*mass*"), le taux de chômage ("*high*") et le coût des services publics ("*increase*"). Dans une moindre mesure, le langage commun comporte également un tel vocable pour la régularisation ("*number*"), les étrangers ("*percent*", "*million*[s]", "*many*") et le coût économique ("*million*", "*billion*"). Les principes moraux ne concernent, quant à eux, que la régularisation. En ce sens, là où la coalition « pour » qualifiera cet instrument de « généreux » et d'« humain » ("*generous*", "*humane*"), sa consœur « contre » n'hésitera pas à employer les termes d'« injuste » et de « mauvaise » ("*unfair*", "*wrong*"). Plus précisément, cet instrument est injuste à l'encontre des étrangers faisant la queue aux guichets et respectant la loi : "*it is a slap in the face to those thousands, if not millions, who stood in line in countries around the world, waiting their turn to become legal immigrants to America*."[1156]

D'autres arguments divisent ces deux coalitions. La coalition « pour » estime ainsi qu'une régularisation est nécessaire au vu de l'incapacité pratique et morale à expulser l'ensemble des sans-papiers présents sur le territoire : "*we cannot, practically or morally, embark upon a massive and expensive effort to deport millions of people*."[1157] Inversement, la coalition « contre » insiste sur le risque d'appel d'air d'un tel instrument : "*to others who might not be willing to try the*

fraudulent route, we are saying we have done it once now, we will probably do it again. I think that is a horrible magnet message to be sending out."[1158]

Enfin, ces deux coalitions se retrouvent sur la nécessité de renforcer les contrôles aux frontières et de faire respecter les politiques migratoires. La coalition « pour » s'exprime en ce sens : "*the Immigration and Naturalization Service has informed us that there is only one officer per 12.5 miles of border. No one could seriously suggest that this is a real effort at keeping the borders secure*."[1159] La coalition « contre » la rejoint sur ce point : "*we should at least see if the legislation will work in allowing us to gain control of our borders, if we can, and then if amnesty would seem appropriate, let us do it.*"[1160]

Deux coalitions, plus déséquilibrées, s'affrontent également sur la question de *Ryan White*.

3. Le lexique des coalitions sur *Ryan White*

Deux couleurs diffèrent vis-à-vis de la régularisation : le bleu foncé (épidémiologie) et le vert foncé (bénéficiaires du programme). Les occurrences n'apparaissant qu'une seule fois au sein de la coalition « contre » ont été supprimées. Le classement des occurrences est donné ci-après.

TABLEAU 71 • Fraction des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires et les *hearings* sur *Ryan White* aux États-Unis

	Lexique propre	Lexique commun
POUR Ryan White	title (385), epidemic (199), funds (194), increase (163), cities (161), communities (132), emergency (124), nation (117), children (116), community (114), prevention (113), resources (113), comprehensive (98), system (93), york (93), systems (91), committee (83), women (83), city (79), increased (78), life (77), many (77), funded (71), infected (70), americans (69), assistance (68), national (68), access (64), help (62), service (58), drug (55), **total** (55), centers (53), **critical** (53), growing (53), receive (53), infection (50), patients (50), intervention (48), persons (48), california (47), living (47), pediatric (46), counseling (45), medical (45), testing (45), grants (44), high (44), providers (44), subcommittee (44), authorization (43), country (41), individuals (41), jersey (41), reporting (41), coalition (40), cost (40), families (40), hope (40), **unfortunately** (40), report (39), formula (38), populations (38), provides (37), death (36), disaster (36), population (36), labor (35), eligible (34), thousands (34), titles (34), available (33), education (33), fund (32), lives (32), amount (31), control (31), risk (31), much (30), inflation (29), live (29).	aids (908), care (766), funding (520), million (373), health (335), ryan (334), white (334), services (333), year (291), states (275), people (207), fiscal (154), **percent** (150), disease (137), years (130), president (120), state (120), research (109), treatment (95), budget (94), number (93), federal (92), congress (82), provided (77), money (66), united (62), hospitals (53), dollars (52), american (51), increases (51), senator (49), increasing (45), government (32), cause (31), senate (30).
CONTRE Ryan White	debt (10), spend (10), billion (6), trillion (4), rising (3), senators (3), spent (3), america (2), **banana** (2), burden (2), bush (2), cancer (2), carolina (2), deficits (2), estimate (2), helms (2), hrsa (2), income (2), media (2), north (2), reagan (2), responsibility (2), spending (2), university (2), world (2).	percent (14), year (14), aids (12), senator (11), congress (10), president (9), fiscal (8), disease (7), money (7), research (7), government (6), care (5), federal (5), states (5), united (5), budget (4), funding (4), health (4), increases (4), increasing (4), dollars (3), ryan (3), senate (3), services (3), white (3), american (2), cause (2), hospitals (2), million (2), number (2), people (2), provided (2), state (2), treatment (2), years (2).

La répartition de ces occurrences par thématique est précisée ci-dessous.

TABLEAU 72 • Thématique des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires et les *hearings* sur *Ryan White* aux États-Unis

	Couleur	POUR *Ryan White*	CONTRE *Ryan White*
État providence	Bleu clair	**21**	6
Régularisation	Rose fuchsia	0	0
Institution	Violet	8	**10**
Travail	Marron	0	**1**
Éloignement	Rose foncé	0	0
Bénéficiaire	Vert foncé	**12**	1
Étranger régulier	Gris	0	0
Géographie	Orange	**14**	9
Épidémiologie	Bleu foncé	**28**	8
Économie	Rouge	**26**	20
Frontière	Rose clair	0	0

Trois principaux résultats peuvent être dégagés. Tout d'abord, la coalition « pour » a la particularité de maquiller les bénéficiaires du programme. En effet, tandis que le VIH/sida touche principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ainsi que les minorités ethniques[1161], cette coalition met l'accent sur les femmes et les enfants : "*the dire need to better address the plight of HIV-infected children and pregnant women*"[1162] ; "*the tragedy of AIDS in New Jersey is compounded by the high proportion of women and children among those affected*."[1163]

Le nom même du programme « Ryan White », jeune adolescent hémophile décédé du Sida en 1990 suite à une transfusion sanguine contaminée, a ainsi permis de contrer le puritanisme[1164] étasunien grâce à cet « enfant-poster » (*poster child*) évoqué par l'un des enquêtés.[1165]

Par ailleurs, un conflit se fait jour concernant l'enveloppe budgétaire du programme. La coalition « pour » souhaite ainsi l'augmenter : "*I would have liked to see a much greater increase in fiscal year 1992 funding for Ryan White*"[1166] ; "*I am also pleased that HIV/AIDS care and treatment through the Ryan White Care Act has been increased by $112 million, and HIV prevention at the CDC has been increased by $86 million*."[1167] À l'inverse, la coalition « contre », peu développée, insiste sur l'endettement du pays et estime qu'un tel investissement risquerait de transformer cette nation en une véritable république « bananière » : "*if we continue on the course of tax and spend and tax and spend and then print*

more money, we are all going to need banana lapel pins as the United States of America slids itself into the debt picture and becomes a banana republic".[1168]

Enfin, là où la coalition « contre » s'intéresse peu aux données épidémiologiques, tel n'est pas le cas de la coalition « pour » qui s'inquiète de la propagation de la maladie : "*recently, the U.S. Conference of Mayors reported dramatic increases in the number of AIDS patients*. [...] *by the year 1996, according to the U.S. Conference of Mayors, the number of AIDS cases in many cities will increase by more than 200 percent*"[1169] ; "*between 2004 and 2007, we saw a 15-percent increase in HIV diagnoses*."[1170]

La section suivante conclut ce chapitre.

SECTION 5. CONCLUSION DU CHAPITRE : L'OPPOSITION EXCEPTIONNELLE DES PARLEMENTAIRES FRANÇAIS ET LA BIPOLARITÉ DU NOYAU DUR DES CROYANCES

Ce chapitre a ainsi présenté l'hostilité exceptionnelle des parlementaires français par rapport aux autres sources écrites (groupes d'intérêt et presse) et la relative bienveillance des parlementaires étasuniens vis-à-vis de la régularisation et de *Ryan White*. Ainsi, là où l'opposition étasunienne est essentiellement présente dans les groupes d'intérêt, l'opposition française existe avant tout dans le pouvoir législatif et met en scène des entrepreneurs individuels particulièrement volontaires pour la rédaction des rapports et excessivement verbeux pour les débats.

Ce chapitre présente également le même résultat que pour la presse : la polarité idéelle en France est plus grande que la polarité étasunienne. Cette polarité peut s'expliquer doublement. Premièrement, le sujet étant plus politisé en France, les positionnements sont logiquement plus nets et vifs en intensité. Cette première interprétation renvoie à la définition du degré de maturité du sous-système donnée au premier chapitre : plus un sous-système est « mature » (ancien) et plus les positionnements des coalitions sont nets – les alliés et les adversaires étant aisément identifiables. Secondement, le Congrès étasunien implique une consensualité plus grande qu'en France en raison des « campagnes permanentes » et des retombées plus importantes dans le temps. Il est donc plus facile, pour des parlementaires français, de transformer l'hémicycle en forum public.

Plus précisément, les rapports et les débats parlementaires français dévoilent la croisade d'entrepreneurs se mouvant dans un « forum de la rhétorique politique » pour reprendre la terminologie de Bruno PALIER et Yves SUREL (2005) : « la logique qui structure les discours dans la sphère de la communication politique est celle de la rhétorique politique pour la conquête du pouvoir, qui doit agréger différents intérêts pour devenir majoritaire. »[1171] Cette croisade peut ainsi s'effectuer pour deux répercussions possibles : un bénéfice électoral et l'inflexion d'une famille politique divisée (LR). Concernant le bénéfice électoral, à

l'exception de Claude GOASGUEN qui est à Paris, Thierry MARIANI (Vaucluse), Dominique TIAN (Bouches-du-Rhône) et Eric CIOTTI (Alpes-Maritimes) sont effectivement trois députés inscrits dans une circonscription où l'extrême-droite est généralement en deuxième et troisième position au premier tour des législatives depuis les années 1990. Cette base électorale explique également, en partie, le départ des Républicains de Thierry MARIANI – ce dernier s'étant effectivement associé, en janvier 2018, à la liste du Rassemblement national pour les élections européennes.

En France, l'AME est ainsi accusée d'impacter négativement sur l'ensemble du système de santé en raison de l'explosion de son budget et du nombre de ses bénéficiaires. Ses adversaires souhaitent ainsi restreindre son panier de soins sans pour autant supprimer ce dispositif. La régularisation pour raison de santé est également décriée car l'administration pouvait déjà régulariser, au cas par cas, les étrangers malades. De plus, cette procédure ferait aujourd'hui l'objet d'abus. La régularisation massive des clandestins pourrait, enfin, entraîner un appel d'air contribuant à augmenter le chômage et les dépenses publiques. Cet argumentaire se rapproche ainsi de celui observé jusqu'à présent pour les États-Unis.

Aux États-Unis, la plupart des arguments déployés dans les groupes d'intérêt et dans la presse se retrouvent au sein des sources parlementaires. L'intérêt économique de la régularisation est ainsi particulièrement mis en avant. *Ryan White* est, pour sa part, apprécié pour ses bienfaits épidémiologiques et économiques ainsi que pour sa capacité à toucher les plus vulnérables.

En revanche, parmi les orateurs parlementaires français les plus prolixes de la coalition « pour », il est étonnant de constater qu'aucun d'eux n'établisse de « pont » entre l'AME et la régularisation au vu des fortes publicisation et politisation du sujet.

Ce renversement par rapport à ce qui a été observé précédemment – bienveillance française, hostilité étasunienne – se vérifie également en comparant l'intérêt accordé à l'épidémiologie dans les sources écrites. En effet,

les coalitions bienveillantes analysées jusqu'à présent sont particulièrement attentives à la santé publique contrairement à leurs homologues hostiles qui, globalement, privilégient l'image du gouffre économique. Cet intérêt épidémiologique est évalué par occurrence en respect des mots-clés ci-dessous concernant le VIH/sida, la tuberculose et l'hépatite.

TABLEAU 73 • Mots-clés utilisés pour les occurrences épidémiologiques

FRANCE	ÉTATS-UNIS
VIH OR sida	HIV OR AIDS
tuberculose OR TB	tuberculosis OR TB
hépatite OR l'hépatite OR d'hépatite OR l'hépatite OR d'hépatite OR VHB OR VHC	hepatitis OR HBV OR HCV

Le résultat est donné ci-dessous. Les proportions en gras sont les plus élevées.

TABLEAU 74 • Fichiers évoquant le VIH/sida, la tuberculose et l'hépatite dans les sources écrites

		VIH/SIDA		TUBERCULOSE		HÉPATITE	
	TOTAL	Fichiers	Fichiers/ TOTAL	Fichiers	Fichiers/ TOTAL	Fichiers	Fichiers/ TOTAL
GROUPES D'INTÉRÊT							
France	**680**	340	**0,50**	128	**0,19**	152	**0,22**
États-Unis	**881**	215	0,24	53	0,06	59	0,07
PRESSE							
France	**15625**	2549	**0,16**	596	**0,04**	548	**0,04**
États-Unis	**16970**	2054	0,12	213	0,01	120	0,01
LÉGISLATIF							
France	**1366**	380	0,28	219	0,16	194	0,14
États-Unis	**1110**	667	**0,60**	561	**0,51**	353	**0,32**
États-Unis (hors *hearings*)	**476**	177	**0,37**	144	**0,30**	72	**0,15**
ADMINISTRATION							
France	**190**	153	**0,81**	106	**0,56**	89	**0,47**
États-Unis	**105**	51	0,49	21	0,20	12	0,11

Les sources écrites françaises pour les groupes d'intérêt, la presse et l'administration sont ainsi plus sensibles aux retombées épidémiologiques que leurs consœurs étasuniennes. Seules les sources parlementaires renversent cette tendance au même titre que ce qui a été observé pour ce chapitre. La rhétorique bienveillante, largement répandue en France, est donc fortement

associée à une considération épidémiologique. Un enquêté français s'exprime en ce sens.

> *Le monde du VIH, c'est un monde, sauf exception, qui est plutôt assez progressiste.* [...] *Il y a quand même une tradition d'humanisme en infectiologie qu'il y a peut-être moins, ou en tout cas qui est peut-être plus développée que dans d'autres spécialités.*

Un immunologue français se prononce également au sujet de l'anonymat :

> *Il faut que les gens aient confiance dans le système organisationnel et qu'ils aient un bénéfice quelconque, qu'il y ait un bénéfice parce que sinon, ils vont tenter d'échapper. Un toxico, il a un bénéfice s'il imagine qu'il va pouvoir s'en sortir, qu'on va pouvoir l'aider et qu'on ne va pas en même temps le dénoncer aux flics.*

Le noyau dur des croyances semble ainsi se positionner sur deux pôles, entre, d'une part, l'intérêt accordé à l'épidémiologie (d'origine catholique) et, d'autre part, le primat donné au coût financier (d'origine protestante). Le degré de tolérance à l'égard de la violation des règles positionne ainsi le noyau dur entre ces deux pôles. Les sources écrites de l'administration, largement bienveillantes à l'égard des instruments, confirment une telle bipolarité.

CHAPITRE 6. L'ADMINISTRATION ET L'ÉPIDÉMIOLOGIE

Ce sixième et dernier chapitre montre, enfin, l'intérêt exceptionnel qu'accorde l'administration, française notamment, à l'égard de l'épidémiologie. Il présente également le positionnement bienveillant de ce pouvoir à l'encontre des instruments étudiés ainsi qu'un taux d'influence des groupes d'intérêt élevé en France. En revanche, les discours présidentiels français sont hostiles à l'égard d'une régularisation. L'opposition française ne se résume donc pas qu'aux parlementaires : elle regroupe des élus issus du législatif et de l'exécutif (discours présidentiels). L'opposition est donc institutionnellement située : élus en France et groupes d'intérêt aux États-Unis. Dans une moindre mesure, une opposition mineure existe également dans la presse française.

Après une brève présentation des données collectées (**section 1**), ce chapitre traite des instruments sélectionnés de manière qualitative pour la France (**section 2**) et les États-Unis (**section 3**). Deux dernières sections permettent, enfin, de conclure ce chapitre (**section 4**) et cette partie (**section 5**).

SECTION 1. PRÉSENTATION QUANTITATIVE DES DONNÉES

Comme pour les précédents échantillons, la répartition des données est relativement déséquilibrée et favorise la période récente notamment pour le cas français.

FIGURE 94 • Répartition des données françaises issues de l'administration

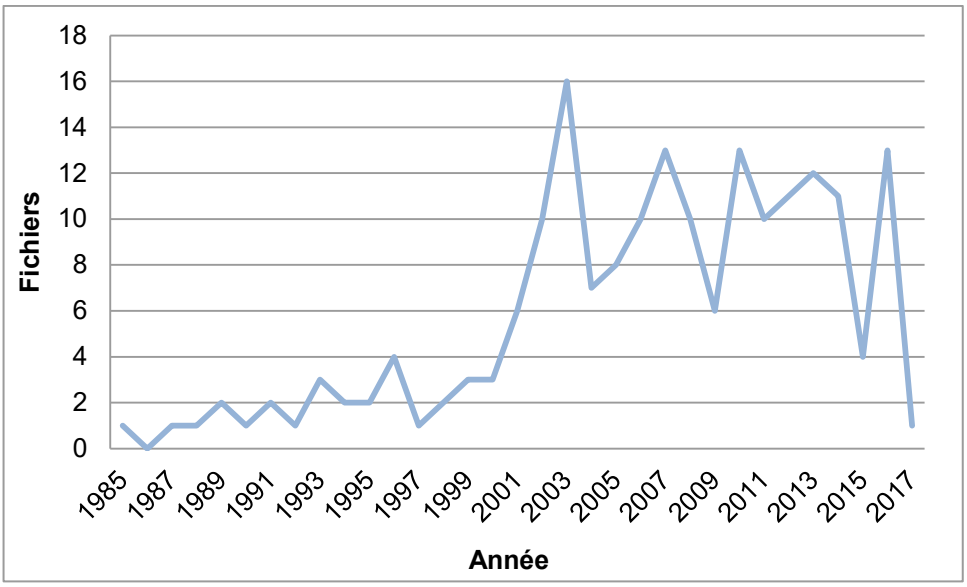
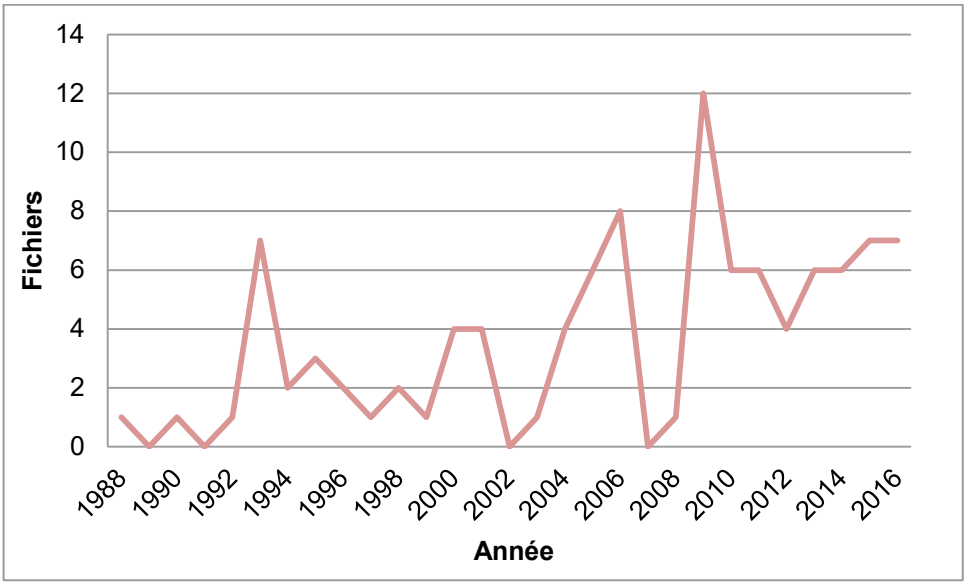


FIGURE 95 • Répartition des données étasuniennes issues de l'administration



NOTE : deux documents sont non datés.

Les auteurs de ces fichiers sont donnés ci-après. Pour le cas français, les circulaires ont volontairement été retirées de l'échantillon afin de ne pas surévaluer le rôle des différentes directions. La multiplicité des organismes sanitaires, comparativement au cas étasunien, a été étudiée par la littérature dans une démarche non comparative.[1172]

TABLEAU 75 • Répartition des fichiers issus de l'administration française

	Fichiers
Discours présidentiels (MITTERRAND F., CHIRAC J., SARKOZY N., HOLLANDE F.)	33
Ministère de la Santé (autre)	27
HCSP (CSHP)	20
DGS, DSS, DGEF, DGOS (DHOS), DREES, SGII	21
CNS, ANRS, conférence nationale de la santé	23
InVS, INPES	13
IGA, IGAS, IGF	12
HAS	9
CNCDH	6
Cour des comptes	6
Défenseur des Droits (HALDE)	6
ANAES	2
CNLE	2
Ministère de l'Intérieur (autre)	2
Premier Ministre	2
ARS Ile-de-France	1
CNIL	1
Comité national de suivi du plan de lutte contre le VIH et les IST	1
Commissaire au plan	1
CRIPS	1
EN3S	1
IRESP	1

NOTE : un fichier est en trop en raison d'un document cosigné par le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur. L'IRESP est exceptionnellement placé du côté de l'administration en raison des liens étroits qu'il entretient avec la DGS, la DREES, l'InVS, la HAS, l'INPES et la CNAM.

ACRONYMES : ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ; ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales ; CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés ; CNLE : Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ; CNS : Conseil national du sida et des hépatites virales ; CRIPS : Réseau national des Centres Régionaux d'Information et de Prévention du Sida ; DGEF : Direction générale des étrangers en France ; DGOS (DHOS) : Direction générale de l'offre de soins (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) ; DGS : Direction Générale de la Santé ; DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; DSS : Direction de la Sécurité Sociale ; EN3S : École nationale Supérieure de Sécurité Sociale ; HALDE : Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité ; HAS : Haute Autorité de Santé ; HCSP (CSHP) : Haut Conseil de la santé publique (Conseil supérieur d'hygiène publique de France, son prédécesseur) ; IGA : Inspection générale de l'administration ; INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé ; InVS : Institut de veille sanitaire (actuelle Santé publique France) ; IRESP : Institut de Recherche en Santé Publique ; SGII : Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration.

TABLEAU 76 • Répartition des fichiers issus de l'administration étasunienne

	Fichiers
White House	41
OIG	31
HRSA	21
ASPE	3
CDC	3
HHS (autre)	2
Social Security Board	2
Department of Commerce	1
MEDPAC	1

ACRONYMES : ASPE : Assistant Secretary for Planning and Evaluation; CDC: Centers for Disease Control and Prevention; MEDPAC: Medicare Payment Advisory; Commission ; OIG: Office of Inspector General.

Les occurrences relatives aux instruments sont également rappelées ci-dessous.

Les nombres en gras sont les plus élevés.

TABLEAU 77 • Occurrences présentes dans l'administration française

Instruments français	Exécutif
AME	**79**
CEGIDD	61
CLAT	48
CPEF	40
FSUV	7
PASS	54
Régularisation	**71**
Clandestins	29
Sans-papiers	37
Situation irrégulière	**80**

TABLEAU 78 • Occurrences présentes dans l'administration étasunienne

Instruments étasuniens	Exécutif
340B	25
Amnesty/legalization	21
CHC	**31**
DSH	15
Emergency Medicaid	1
EMTALA	8
FQHC	16
Free clinics	4
MHC	21
NHC	4
Ryan White	**39**
Section 1011	2
Illegal	**29**
Unauthorized	11
Undocumented	28
Amnesty	13
Legalization	**14**

Les étrangers irréguliers sont également associés aux instruments suivants.

FIGURE 96 • Coefficient de Jaccard pour l'administration française

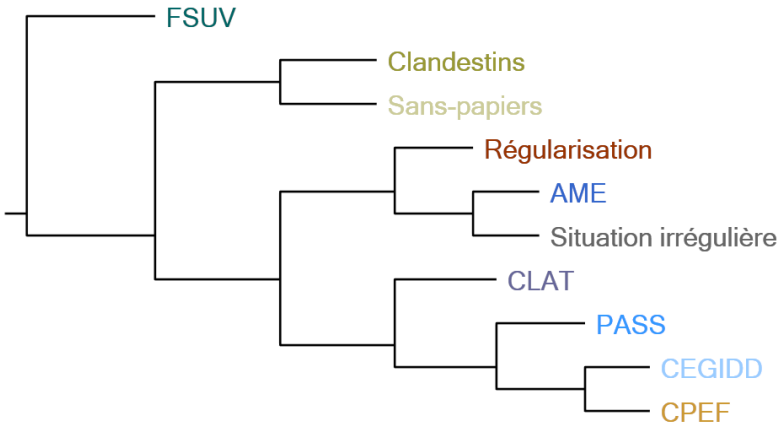
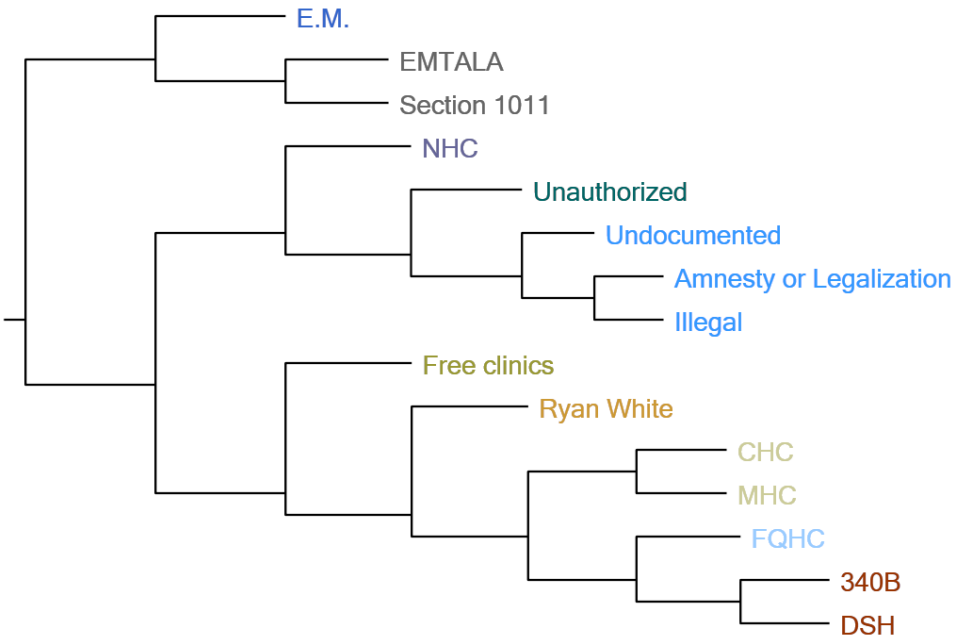


FIGURE 97 • Coefficient de Jaccard pour l'administration étasunienne



Contrairement au cas étasunien, les sources françaises neutralisent le débat en employant la notion de « situation irrégulière » qui est associée à nouveau à l'AME et à la régularisation. Aux États-Unis, l'étranger irrégulier fait davantage l'objet d'un jugement de valeur ("*undocumented*", "*illegal*") et est associé à la régularisation également. L'AME et la régularisation seront donc traités dans ce chapitre pour le cas français. *Ryan White* ayant déjà été analysé pour le cas étasunien, ce chapitre s'intéressera à la régularisation et aux centres de santé subventionnés (*FQHC*, *CHC*, *MHC* et *NHC*) non traités jusqu'ici pour la presse et les sources parlementaires. Ces instruments sont associés aux organisations suivantes.

FIGURE 98 • Coefficient de Jaccard de l'administration française avec les groupes d'intérêt et le FN

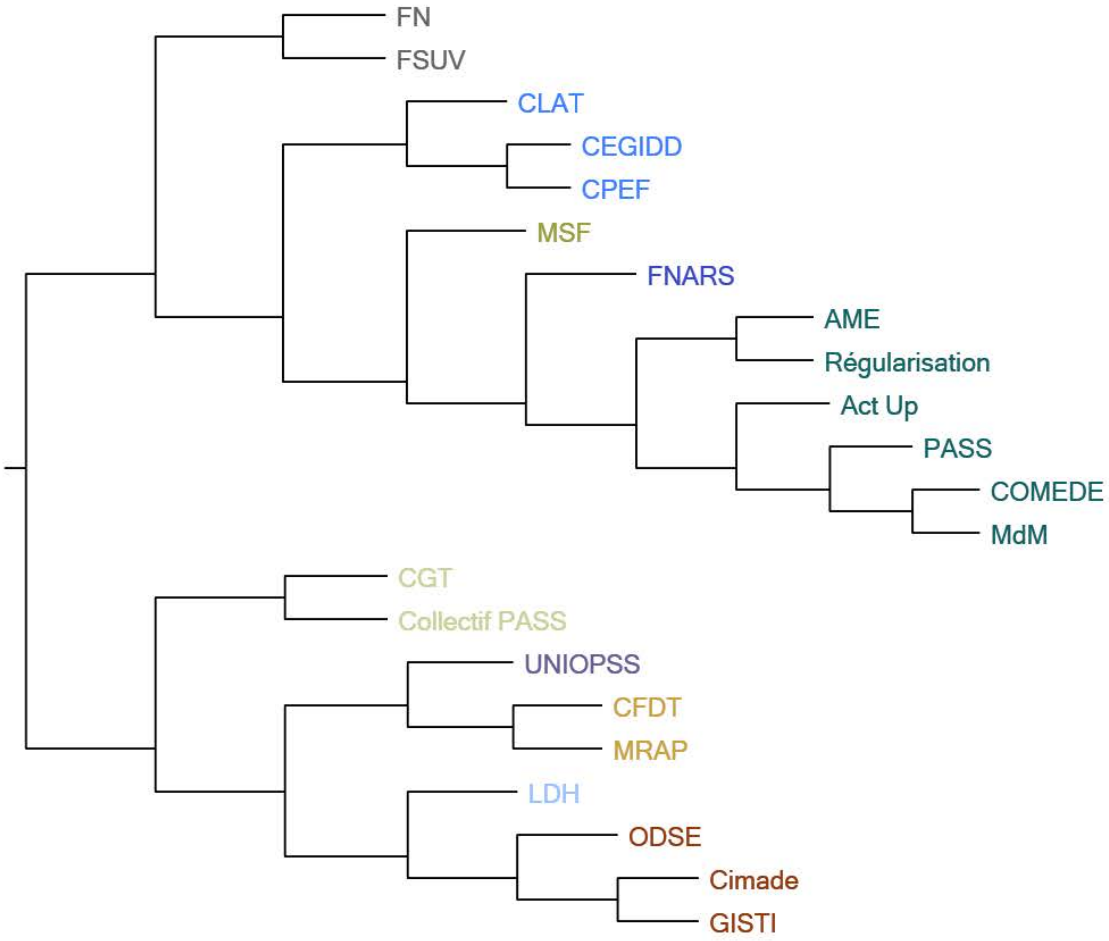
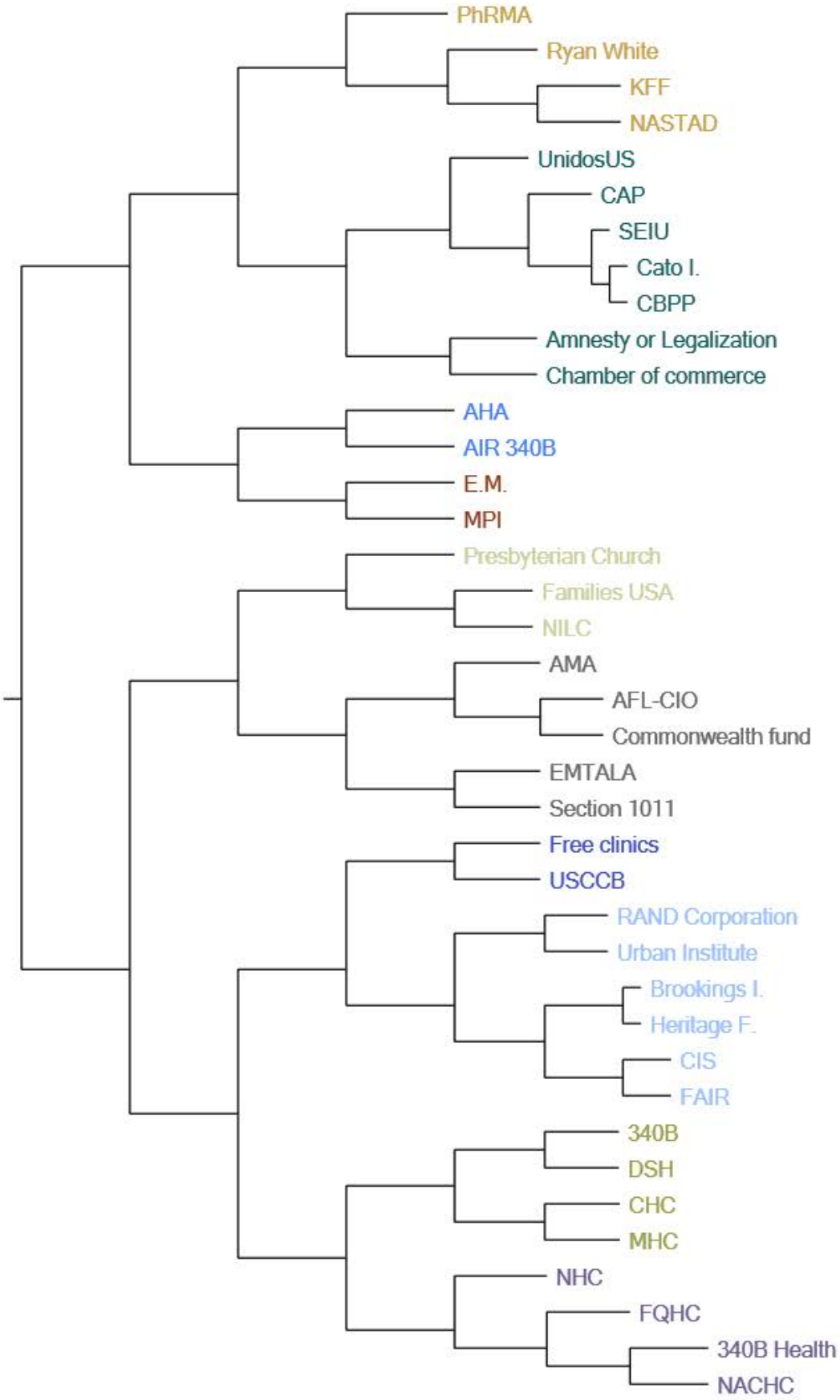


FIGURE 99 • Coefficient de Jaccard pour l'administration étasunienne et les groupes d'intérêt



Les coefficients de Jaccard ayant été effectués pour l'ensemble des sources écrites avec les groupes d'intérêt, il est désormais possible de les comparer pour les principaux instruments étudiés, à savoir : l'AME et la régularisation en France et la régularisation aux États-Unis. Ces trois instruments sont effectivement les seuls à être spécifiquement destinés aux étrangers irréguliers en comparaison aux autres instruments de droit commun. Les groupes d'intérêt en gras sont ceux étant les plus proches de l'instrument sur l'arborescence. Le résultat est donné ci-dessous.

TABLEAU 79 • Organisations associées aux principaux instruments par coefficient de Jaccard

	ARTICLES DE PRESSE	**LÉGISLATIF (débats et *hearings* aux États-Unis)**	**ADMINISTRATION**
AME	**MdM**	**FN**, MdM, MSF, Act Up, CFDT, CGT	**Act Up, COMEDE, MdM**, FNARS, MSF
RÉGULARISATION	**FN**, Collectif PASS, CFDT, CGT, LDH, MRAP, GISTI Cimade		
RÉGULARISATION	**FAIR, CIS, UnidosUS, Chambre du commerce, AFL-CIO, SEIU**, NILC, MPI	**UnidosUS, SEIU, AFL-CIO, Chambre du commerce**, Heritage F., USCCB	**Chambre du commerce**, UnidosUS, CAP, SEIU, Cato I., CBPP

En France, deux groupes d'intérêt se dégagent : MdM et le FN. Dans une moindre mesure, les syndicats (CGT et CFDT) sont également majoritaires. Aux États-Unis, la Chambre du commerce possède, de loin, la part du lion sur la question de la régularisation. *SEIU* et *UnidosUS* sont également importants. Les résultats du TABLEAU 39 et du TABLEAU 40 montrent également que l'administration française cite bien davantage les groupes d'intérêt que l'administration étasunienne. Or, si le FN est largement évoqué dans la presse et les sources parlementaires, tel n'est pas le cas pour l'administration qui privilégie des groupes bienveillants (MdM, Act Up et le COMEDE). Ce résultat est également valable pour l'administration étasunienne qui met volontiers de côté les groupes d'intérêt hostiles (*FAIR*, *CIS* et *Heritage F.*). Il est donc attendu que

l'administration déploie un argumentaire bienveillant pour les deux pays. La section suivante traite du cas français.

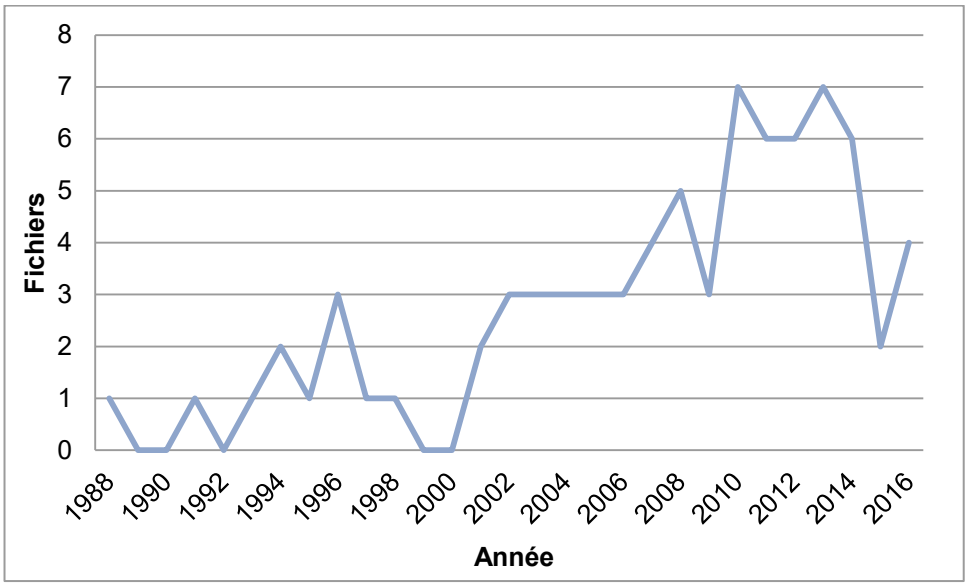
SECTION 2. L'AME ET LA RÉGULARISATION DANS L'ADMINISTRATION FRANÇAISE

Après un panorama quantitatif global (**sous-section 1**), les sous-sections suivantes traitent de l'AME (**sous-section 2**) puis de la régularisation (**sous-section 3**).

SOUS-SECTION 1. L'AME et la régularisation dans l'administration française : un panorama quantitatif

La répartition annuelle des fichiers codés puis synthétisés dans la section suivante est donnée ci-dessous.

FIGURE 100 • Répartition annuelle des fichiers codés issus de l'administration française



En respect des arguments déployés par les coalitions précédentes, les fichiers sont distribués de la manière suivante. Aucune administration ne s'élève donc contre l'AME. Les nombres en gras sont parmi les plus importants.

TABLEAU 80 • Distribution des fichiers issus de l'administration française par institution et par coalition

	POUR AME	POUR Régularisation	CONTRE Régularisation
CNCDH	1	4	
CNLE	1		
CNS, ANRS, conférence nationale de la santé	**13**	**17**	
Cour des comptes	3		
Défenseur des Droits (HALDE)	3	2	
DGS, DSS, DGOS (DHOS), DREES	6	3	
Discours présidentiels (MITTERRAND F., CHIRAC J., SARKOZY N., HOLLANDE F.)	1	2	**7**
EN3S	1		
HCSP (CSHP)	3	2	
IGA, IGAS, IGF	5	2	1
InVS, INPES	2		
Ministère de la Santé (autre)	**15**	6	
Ministère de l'Intérieur (autre)		1	
Premier Ministre			1
TOTAL	**54**	**39**	**9**

Le CNS et, dans une moindre mesure, le ministère de la Santé sont donc de grands protecteurs de l'AME et de la régularisation. L'administration française affiche cependant une façade hostile à la régularisation par les discours présidentiels. Ces discours correspondent soit au discours d'un président de la République en fonction, soit au discours d'un futur président en campagne électorale au cours des présidentielles. En revanche, la presse et les sources parlementaires ont révélé que les rapports de l'IGAS/IGA/IGF sont particulièrement appréciés. L'analyse qualitative détaille ainsi spécifiquement les conclusions du CNS et de ces trois inspections pour les deux instruments. La sous-section suivante examine les positions sur l'AME.

SOUS-SECTION 2. L'AME dans l'administration française : une unanimité favorable

Dans les années 1990, avant même l'apparition de l'AME, le CNS s'alarme des conséquences sanitaires qu'auront les lois de 1993 interdisant l'accès des étrangers irréguliers à la Sécurité sociale et conditionnant l'aide médicale à domicile à une résidence ininterrompue de trois ans.[1173] Il encourage en ce sens

l'accès immédiat des clandestins à l'aide médicale hospitalière et à l'aide médicale à domicile, celle-ci étant « souvent requise dans le cadre de cette pathologie grave à caractère chronique » qu'est le VIH/sida[1174]. Il préconise également « que soit garantie la séparation entre les missions d'assistance médicale et sociale et la mission de contrôle de l'immigration. »[1175] Un rapport du HCSP s'inquiète, de son côté, des lenteurs d'admission à l'aide médicale et des créances non recouvrées des hôpitaux[1176] : « le fait que chaque jour une centaine de clochards, chômeurs ou étrangers clandestins s'adresse à la consultation de France Médecins du monde, située à un kilomètre de la Pitié Salpêtrière, est un signal d'alarme. »[1177] La CNCDH souhaite enfin voir s'étendre l'aide médicale aux sans-papiers « à raison de leur seule qualité d'être humain ».[1178]

Au début des années 2000, l'IGAS se félicite de la loi du 27 juillet 1999 qui, selon elle, « a notablement amélioré l'accès aux droits et aux soins des étrangers en situation irrégulière, et contribué à répondre à l'enjeu fort de santé publique que constitue l'accompagnement sanitaire de ces populations. »[1179] L'Inspection relève toutefois quelques irrégularités : « accueil insuffisamment banalisé dans certaines caisses, déficit d'information, réticences en matière de domiciliation » et « refus d'AME de la part de certains professionnels, en raison de retards de paiement [des CPAM] ». Elle suggère parallèlement de mettre fin à la condition de résidence de trois ans pour les seuls soins de ville – la CPAM de Paris ayant déjà aboli une telle distinction entre soins de ville et soins hospitaliers : « la mission [qui] ne croit pas que cette mesure aurait un effet inflationniste ni une incidence sur les flux migratoires ».[1180] Elle propose, enfin, de clarifier le flou juridique entourant la délivrance ministérielle de l'AME et de mettre fin aux « graves insuffisances de crédits » de cette prestation.[1181]

En 2003, l'IGAS durcit son ton et vise à faire respecter le principe du guichet unique, à sécuriser la non-reproductibilité de la carte d'attribution, à lutter contre la fraude[1182] et à conditionner l'AME à une durée de résidence pouvant, par exemple, s'inspirer des trois mois de la CMU. L'inspection s'oppose par ailleurs à la déclaration sur l'honneur concernant l'identité mais l'accepte dans le cadre des ressources. Concernant ces dernières, l'IGAS suggère de prendre en compte les

ressources à l'étranger et celles des membres du foyer, de noter les identités des obligés alimentaires et d'évaluer l'ensemble des avantages en nature dont bénéficie le demandeur.[1183]

En 2007, l'IGAS et l'IGF souhaitent créer une carte pour les bénéficiaires de l'AME permettant la télétransmission des feuilles de soins[1184]. Elles encouragent également l'établissement d'une visite obligatoire chez un généraliste préalablement à celle chez un spécialiste et soutiennent une plus grande délivrance des génériques pour cette population.[1185]

Ces deux inspections encouragent également, en 2010, une fusion AME/CMU tout en s'opposant au ticket modérateur. Elles proposent également d'appliquer la tarification de la T2A aux soins hospitaliers remboursés par l'AME[1186] et d'admettre au bénéfice de l'AME les étrangers au-dessus du plafond financier sous réserve d'une participation financière de leur part.[1187] Tel qu'observé précédemment, ce rapport a fait l'objet de débats publics en raison des lenteurs de sa diffusion lors de la loi de finances pour 2011.

Dans le cadre de la prostitution, l'IGAS souhaite, en 2012, utiliser les associations pour « faciliter les procédures de dépôt des dossiers et remise des cartes AME » et « développer les permanences CPAM dans les locaux associatifs ».[1188]

Parallèlement, en plus de la fusion AME/CMU[1189], les autres rapports continuent de dénoncer, au cours des années 2000, les refus de soins de la part notamment des généralistes et des pharmaciens[1190]. La résidence de trois mois, le ticket modérateur, la restriction du panier de soins, l'abandon du principe déclaratif, l'insincérité budgétaire et les difficultés de domiciliation inquiètent également les institutions[1191]. Certains rapports encouragent, de même, une première visite obligatoire chez un généraliste pour les nouveaux bénéficiaires[1192], une réduction des délais d'obtention de l'AME[1193] et une harmonisation des pratiques des CPAM[1194].[1195] Des impératifs humanitaires, constitutionnels[1196] et de santé publique sont régulièrement cités.[1197] Un dernier argument relève du domaine

économique : « plus la prise en charge médicale est tardive, plus elle est coûteuse ».[1198] La régularisation est abordée dans la sous-section suivante.

SOUS-SECTION 3. La régularisation dans l'administration française : l'opposition des Présidents de la République

La coalition favorable à une régularisation (**1**) est abordée préalablement à celle qui lui est hostile (**2**).

1. La coalition pour une régularisation : la prédominance du Conseil national du sida et des hépatites virales

Avant même la consécration législative de l'inexpulsabilité des étrangers malades et de leur régularisation en 1997-1998, le CNS, l'ANRS et l'Agence française de lutte contre le sida condamnent, dès 1991, l'expulsion d'étrangers atteints de pathologies graves non restreintes au VIH/sida : « sans vouloir à aucun titre s'immiscer dans des questions qui ne ressortissent pas à leur domaine d'action, les signataires recommandent toutefois avec insistance que les autorités chargées de l'application de la loi [...] sursoient à l'application de l'expulsion dans tous les cas où, faute de moyens et d'infrastructures sanitaires adéquates, le malade ne pourra poursuivre son traitement médical dans les pays vers lesquels il se trouve renvoyé. Il s'agit ainsi d'éviter que l'expulsion entraîne des conséquences hors de proportion avec les faits qui sont à son origine. »[1199] Le CNS réitère ces recommandations en 1993[1200] puis invite les autorités à régulariser, l'année suivante, des dizaines d'étrangers séropositifs et hémophiles renvoyés dans leur pays.[1201] Il réclame par ailleurs, en 1995, des directives claires concernant la délivrance des titres de séjour pour soins, une expertise médicale compétente et indépendante de l'administration ainsi qu'une autorisation provisoire de séjour autorisant à travailler et supérieure à trois mois en respect de la durée attendue des traitements.[1202] L'année suivante, la CNCDH propose au gouvernement d'édicter des circulaires[1203] et de clarifier légalement[1204] la régularisation des étrangers malades. Précédant de quelques mois la consécration législative de la régularisation pour soins, le HCSP s'inquiète, enfin, en 1998, des lourdeurs administratives du droit des étrangers :

« on a ici affaire à une production d'irrégularité par le système législatif et répressif ».[1205]

Suite aux lois de 1997-1998, le CNS met en avant quelques difficultés résultant de leur application : délivrance répétée d'APS de courte durée et ne permettant pas de travailler[1206], expulsion d'étrangers malades et critères restreints des traitements déterminant le droit au séjour.[1207] En plus de ces revendications, le Conseil s'inquiète, en 2004, de la création d'une commission médicale régionale permettant aux préfets de réévaluer l'avis médical des MISP. L'avis des MISP s'appuyant lui-même sur le certificat médical d'un médecin agréé ou d'un praticien hospitalier, le CNS craint ainsi un allongement de la procédure : « les complications administratives risquent de rendre plus difficiles l'accès aux soins et l'observance des malades, ce qui n'est pas acceptable d'un point de vue de santé publique ».[1208] Il rappelle par ailleurs l'intérêt économique d'une telle procédure : « le rapport coût-bénéfice est de longue date établi en faveur d'une prise en charge précoce qui évite des complications ultérieures, souvent coûteuses, et bénéficie directement au patient. »[1209] En 2007, il met cette fois l'accent sur la nécessité de considérer l'effectivité de l'accès aux traitements au pays d'origine : « malgré l'existence de traitements, l'effectivité de l'accès à ces derniers et au suivi médical est très loin d'être assurée. »[1210] La disparition d'un tel critère représente ainsi un risque sanitaire « en termes de diffusion des maladies infectieuses telles que le VIH, les hépatites ou la tuberculose et plus particulièrement de formes résistantes de ces pathologies ». Cette suppression constitue également selon lui, en 2011, un risque économique « entrain[ant] des reports de charges au sein du système de protection sociale français » en « aggrav[ant] à terme la dépense publique. »[1211] En 2014, le Conseil s'inquiète de l'augmentation des expulsions des personnes séropositives et du développement de l'irrespect des avis positifs des MARS : « l'évolution de la législation intervenue en 2011 a contribué à renforcer les divergences d'objectifs entre les ministères en charge respectivement de la santé et de l'intérieur »[1212]

De leur côté, l'IGAS et l'IGA affirment, dès 2006, leur volonté de transférer la procédure à l'OFII[1213] : « ne disposant d'aucun référentiel, [le MISP] manque de connaissance des pays et de leur organisation médicale, est soumis à des avis

contraires des praticiens hospitaliers et des experts, exposé à des pressions contraires de l'administration mais surtout des associations. [...] ils sont partagés entre plusieurs loyautés : celle de leur administration et celle de leur fonction médicale. [...] aucun médecin individuellement n'est en capacité d'apprécier l'accessibilité effective à des soins à l'étranger. »[1214] Les deux inspections proposent par ailleurs, en 2013, de rétablir le critère d'effectivité, de clarifier la notion de « conséquences d'une exceptionnelle gravité », de supprimer celle de « circonstances humanitaires exceptionnelles », d'établir des titres de séjour pluriannuels et de mettre à jour les « fiches pays » du ministère de l'Intérieur.[1215]

Au cours des années 2000, les autres rapports regrettent également l'insuffisance d'une année concernant la durée de la carte de séjour pour soins, la délivrance d'APS sans autorisation de travail, l'expulsion des étrangers malades, la faible utilisation de cette régularisation, la lourdeur administrative de la procédure, la disparition du critère d'effectivité, les pressions préfectorales exercées sur les MISP/MARS, l'utilisation systématique des fiches-pays au détriment de la situation individuelle des étrangers ainsi que la rupture du secret médical en préfecture et devant le juge[1216]. De manière plus récente, une partie des rapports est aussi préoccupée par le transfert de la procédure à l'OFII en raison de sa tutelle au ministère de l'Intérieur.[1217] Un dernier argument estime que la précarité administrative est liée à l'efficacité thérapeutique.[1218]

Enfin, concernant une régularisation massive allant au-delà de la régularisation pour soins, seul un débat opposant Nicolas SARKOZY et François HOLLANDE y fait référence : « (François HOLLANDE) Nous avons cette différence : vous dites qu'il faut 90 000 [NDA : régularisations sur le quinquennat], je dis 180 000 »[1219]. La coalition hostile est analysée ci-après.

2. La coalition contre une régularisation : la prédominance des discours présidentiels

Comme observés plus haut, les discours s'opposant à la régularisation se composent essentiellement des discours présidentiels – ces derniers s'adressant à la régularisation massive et non à la régularisation pour soins spécifiquement.

Le Président MITTERRAND et le futur Président CHIRAC donnent ainsi les arguments suivants en 1988 : « ceux qui sont clandestins, il n'y a qu'une seule loi possible : il faut – c'est malheureux pour eux mais c'est la nécessité – qu'ils rentrent chez eux »[1220] ; « s'agissant de l'immigration clandestine, il faut évidemment lutter contre cette immigration avec beaucoup d'énergie et reconduire les intéressés à la frontière ou les expulser. [...] En 1981, 1982, 1983, vous en avez régularisé 130 000. Erreur capitale, car cela a été immédiatement un appel équivalent et même beaucoup plus large. »[1221] Le Président CHIRAC, quelques années plus tard, estime de même que « donner des papiers à tous les sans-papiers cela consiste à légitimer l'immigration clandestine pour l'essentiel, et à donner un fort signal positif pour l'immigration aux pays qui ont des populations qui voudraient venir, pour bien des raisons. [...] Nous ne devons rien faire qui encourage la xénophobie, le racisme, l'extrémisme de toute nature. »[1222] Le futur Président SARKOZY affirme également qu'il « est essentiel de fonder la politique européenne de l'immigration sur une démarche volontaire des États et sur quelques grands principes communs : le refus des régularisations massives ; la mise en place d'une frontière extérieure efficace et fiable ; une règle commune d'asile et de regroupement familial ; le principe de l'éloignement systématique des migrants clandestins et de l'expulsion des étrangers délinquants sauf protections particulières. »[1223] Le Président HOLLANDE estime enfin qu'il « est aussi nécessaire de donner de l'information à celles et ceux qui pensent qu'une vie ici est possible et qu'à un moment cela s'ouvrira. Non, cela ne s'ouvrira pas. »[1224]

Une lettre adressée en 2008 par le Premier Ministre, François FILLON, au Secrétaire général de la CGT, Bernard THIBAULT, précise par ailleurs qu'« une régularisation massive ne peut être efficace car elle aboutirait dans la pratique à léser les étrangers en ne permettant pas de vérifier leurs conditions d'emploi et le respect de leurs droits. »[1225]

Enfin, concernant la régularisation pour soins, l'IGA fait état des « dérives très inquiétantes [...] Il en est ainsi à Strasbourg, à Nantes et à Créteil où le médecin inspecteur de la DDASS accepte presque systématiquement de donner un avis favorable sur la simple présentation de certificats médicaux. À la préfecture de

police de Paris, la situation est véritablement dramatique. » L'Inspection signale également un « cas d'école de plus en plus fréquent » : « les personnes âgées invalides qui viennent en France avec un visa de tourisme, puis s'installent auprès de leurs neveux ou de leurs cousins. » L'IGA invite ainsi à établir une liste des pathologies prises en charge par la procédure et à procéder à une contre-expertise systématique auprès des tribunaux ou de l'office des migrations internationales. Elle suggère également aux préfets de saisir le CNOM ou le Parquet en cas de fraude.[1226] Les instruments étasuniens sont traités ci-dessous.

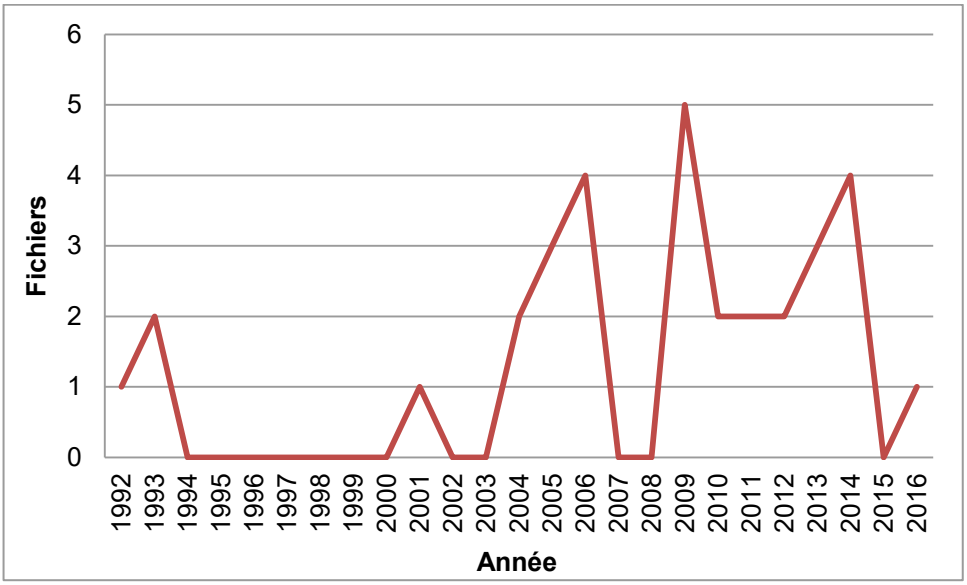
SECTION 3. LA RÉGULARISATION ET LES CENTRES DE SANTÉ DANS L'ADMINISTRATION ÉTASUNIENNE

Comme pour la section précédente, un panorama quantitatif (**sous-section 1**) est effectué avant l'analyse qualitative des positionnements de l'administration vis-à-vis de la régularisation (**sous-section 2**) et des centres de santé (**sous-section 3**).

SOUS-SECTION 1. La régularisation et les centres de santé dans l'administration étasunienne : un panorama quantitatif

Les fichiers codés pour la régularisation et les centres de santé sont répartis annuellement de la manière suivante.

FIGURE 101 • Répartition annuelle des fichiers codés issus de l'administration étasunienne



Ils concernent avant tout les institutions listées ci-dessous.

TABLEAU 81 • Distribution des fichiers issus de l'administration étasunienne par institution et par coalition

	Pour une régularisation	Pour les centres de santé (FQHC, CHC, MHC, NHC)
ASPE		1
CDC		2
HRSA		1
OIG		1
Social Security Administration	1	
White House	20	6
TOTAL	**21**	**11**

L'intérêt accordé à une régularisation massive en comparaison aux centres de santé avait été donné préalablement par les occurrences. En revanche, les centres de santé ont la particularité de concerner davantage d'institutions. L'analyse qualitative est donnée ci-dessous. Aucun fichier ne s'oppose à chacun de ces deux instruments.

SOUS-SECTION 2. La régularisation dans l'administration étasunienne

Les premières marques de soutien à l'égard d'une régularisation massive sont données par deux anciens Présidents, Bill CLINTON et George BUSH, qui déploient chacun un discours de compassion à l'égard des victimes de passeurs tout en affirmant leur volonté de renforcer les frontières : "*we will not, surrender our borders to those who wish to exploit our history of compassion and justice*. [...] *we will increase the number of border patrol, equipping and training them to be first class law enforcement officers*."[1227] ; "*Many undocumented workers have walked mile after mile through the heat of the day and the cold of the night. Some have risked their lives in dangerous desert border crossings or entrusted their lives to the brutal rings of heartless human smugglers*"[1228] ; "*America must control its borders. Following the attacks of September the 11th, 2001, this duty of the Federal Government has become even more urgent*"[1229].

Barack OBAMA est plus nuancé sur ces deux points. Il défend ainsi un renforcement des frontières puis se ravise l'année suivante en estimant que le personnel frontalier est suffisant : "*a lot of people die at those borders trying to*

cross them" ; "*Number one, we would strengthen the borders*"[1230] ; "*We have more boots on the ground on the Southwest border than at any time in our history. We doubled the personnel assigned to Border Enforcement Security Task Forces. We tripled the number of intelligence analysts along the border. For the first time, we've begun screening 100 percent of southbound rail shipments. And as a result, we're seizing more illegal guns, cash, and drugs than in years past. Contrary to some of the reports that you see, crime along the border is down. And statistics collected by Customs and Border Protection reflect a significant reduction in the number of people trying to cross the border illegally*.[...] *The southern border is more secure today than at any time in the past 20 years.*"[1231]

Selon Barack OBAMA, la vulnérabilité d'une telle population est visible également par leurs conditions de vie sur le territoire, créant par là même du dumping social, de l'insécurité et de l'évasion fiscale : « *they're vulnerable to unscrupulous businesses who pay them less than the minimum wage or violate worker safety rules, thereby putting companies who follow those rules and Americans who rightly demand the minimum wage or overtime at an unfair advantage [disadvantage]* [NDA : correction de la Maison-Blanche]. *Crimes go unreported as victims and witnesses fear coming forward. And this makes it harder for the police to catch violent criminals and keep neighborhoods safe. And billions in tax revenue are lost each year because many undocumented workers are paid under the table.*"[1232]

L'ancien Président estime par ailleurs qu'une déportation massive serait excessivement coûteuse humainement et économiquement : "*a program of mass deportations would disrupt our economy and communities in ways that most Americans would find intolerable*"[1233] ; "*I've seen the heartbreak and anxiety of children whose mothers might be taken away from them just because they didn't have the right papers*."[1234]

George BUSH, met également l'accent sur le caractère méritoire du travail et l'importance de respecter les valeurs étasuniennes, à savoir travailler dur, avoir l'esprit d'entreprise, parler anglais, être autonome, croire en Dieu, aimer sa

famille et respecter le drapeau national : "*if somebody is willing to do jobs others in America aren't willing to do, we ought to welcome that person*"[1235] ; "*America is a stronger and better nation because of the hard work and the faith and the entrepreneurial spirit of immigrants*. [...] *The hard work of these immigrants helped make our economy the largest in the world.* [...] *They bring to America the values of faith in God, love of family, hard work, and selfreliance, the values that made us a great nation to begin with*"[1236] ; "*Americans are bound together by our shared ideals: an appreciation of our history; respect fort flag we fly ; and an ability to speak and write the English language*."[1237]

Si ces valeurs sont peu rappelées par Barack OBAMA, ce dernier insiste néanmoins sur la plus-value économique des forçats immigrés : "*Look at Intel, look at Google, look at Yahoo!, look at eBay. All those great American companies, all the jobs they've created, everything that has helped us take leadership in the hightech industry, every one of those was founded by, guess who, an immigrant. So we don't want the next Intel or the next Google to be created in China or India*."[1238] Un document de la Maison-Blanche résume ainsi les principaux résultats du *CBO* : « *the Senate's bipartisan immigration reform bill*[1239] *strengthens the overall economy and grows U.S. GDP* [...][,] *fosters innovation and encourages more job creation and job growth in the U.S.* [...][,] *increases the productivity of workers and adds new protections for American workers* [...][,] *decreases budget deficits, balances out an aging population, and strengthens Social Security*".[1240]

George BUSH confronte également son programme de régularisation des travailleurs étrangers à une simple « amnesty » à laquelle il s'oppose : « *I oppose amnesty, placing undocumented workers on the automatic path to citizenship. Granting amnesty encourages the violation of our laws and perpetuates illegal immigration. America is a welcoming country, but citizenship must not be the automatic reward for violating the laws of America.*"[1241] La notion d'"*amnesty*" ne signifie pas seulement accorder sans contrepartie la nationalité du pays ou une autorisation de séjour – ces deux termes se confondant à nouveau dans la bouche des anciens Présidents. Elle implique également de parler anglais, de payer une amende, d'attendre son tour, d'avoir un travail, de payer les impôts et

d'avoir un casier vierge : "*pay a fine, get in line, prove they have a job, that they have paid taxes, that they don't have a criminal record*."[1242] Barack OBAMA pose une telle exigence également : "*make them register, make them pay a fine, make them learn English, make them take responsibility for the fact that they broke the law. You make them get in the back of the line. But you also say, okay, if you do it the right way, then you have a chance to become an American citizen*."[1243]

George BUSH et Barack OBAMA défendent, avec moins d'entrain, les sanctions à l'égard des employeurs : "*if someone is hiring somebody who is an illegal immigrant, they've broken the law, and we need to crack down on that*"[1244] ; "*we would be serious about going after employers who are purposely hiring undocumented workers*"[1245] ; "*businesses have to be held accountable if they exploit undocumented workers*"[1246]

Barack OBAMA est, enfin, le seul Président à citer les vers d'Emma LAZARUS reposants sur le socle de la Statue de la Liberté : "*A mighty woman with a torch. From her beacon-hand Glows world-wide welcome. 'Keep, ancient lands, your storied pomp!' 'Give me your tired, and your poor, Your huddled masses yearning to be free . . . Send these, the homeless, tempest-tossed to me, I lift my lamp beside the golden door!*'"[1247]

En dehors des discours présidentiels, le bureau de la Sécurité sociale (*Social Security Administration*) estime qu'une large régularisation devrait contribuer à accroître le montant des impôts collectés. Les sanctions envers les employeurs et le renforcement des frontières devraient également réduire l'immigration clandestine : "*Many of these individuals already work in the country in the underground economy, not paying taxes, and will begin paying taxes* [...] *the measures in the bill for enforcement of border control and for employment verification will have significant effects on the future number of individuals entering the country without legal authorization. We estimate these provisions will reduce the number entering the country without authorization by about half a million per year*".[1248] Les centres de santé sont explorés dans la sous-section suivante.

SOUS-SECTION 3. Les centres de santé dans l'administration étasunienne

Dès 1992, le *CDC* soutient les centres de santé afin de lutter plus efficacement contre la tuberculose, notamment chez les agriculteurs étrangers et indépendamment de leur capacité à payer : "*Health departments should ensure the provision of TB services for migrant and seasonal farm workers regardless of ability to pay. These services should include diagnostic services, antituberculosis medication, laboratory services, contact follow-up and inpatient and outpatient clinical services. Making medical care accessible to the migrant farm workers and their families often means providing services in migrant health-care centers or near the work site*. »[1249] Il réitère ses recommandations en 2005 : "*Patients at high risk for TB often receive primary and emergency health care in community health centers.* [...] *Community health centers are a critical part of efforts to control and prevent TB*."[1250]

Préalablement aux tentatives d'extension de la couverture maladie sur le sol étasunien en 1993[1251] et aux régularisations de 1994[1252], le gouvernement CLINTON évalue l'impact des sans-papiers sur le système de santé national et encourage l'augmentation budgétaire des centres de santé pour cette population : « *Although this fragile 'patchwork' of health care delivery is episodic, nonpreventive in nature, and costly, it is still a 'functioning' health care system*. [...] *Reducing access to this system threatens not only the health of immigrants who need care, but of U.S. residents who rely on immigrants to prepare and serve their food, clean their houses and hotel rooms and care for their children*. [...] *Funding for coverage of public health services and emergency medical services for non-citizens should be maintained or, if necessary, enhanced*. [...] *CHCs and MHCs should maintain their current standards for eligibility without regard to citizenship status*."[1253]

Au cours des années 2000, George BUSH et Barack OBAMA soutiennent financièrement ces instruments[1254] et ont, à cette occasion, l'opportunité de démontrer cet appui. Ils insistent notamment sur l'allègement des consultations aux urgences hospitalières, la qualité des soins prodigués dans ces centres et leur capacité à toucher les plus vulnérables : "*this is a wise expenditure of*

taxpayers' money. It relieves pressure off the emergency rooms, and it provides a safety net for some of the citizens in our communities. [...] *I think it's important for us to continue to either expand existing community health centers or build new ones*"[1255] ; "*Health centers are a vital part of the health care delivery system. For more than 40 years, health centers have served populations with limited access to health care, treating all patients regardless of ability to pay*. [...] *One of the key benefits health centers provide to the communities they serve is quality primary health care services. Health centers use interdisciplinary teams to treat the 'whole patient' and focus on chronic disease management to reduce the use of costlier providers of care, such as emergency rooms and hospitals*."[1256]

D'autres soutiens se font plus discrets et insistent essentiellement sur le bénéfice de ces centres pour les populations vulnérables : "[CHC] *serve some of the country's most vulnerable populations*"[1257] ; "[CHC] *have traditionally been an important source of care to low-income populations, particularly those who are uninsured* [...] *Unauthorized immigrants will not be allowed to purchase insurance from the exchanges, receive subsidies for exchange coverage, or enroll in full-scope Medicaid and thus will likely remain uninsured at very high rates. Their access to primary and other forms of outpatient care will depend on the ability and willingness of local safety net providers, such as community health centers, to serve them, which will likely vary from area to area*"[1258] ; "[Health center] *provide dependable, high-quality primary and preventive care at over 9,000 clinical sites that serve nearly 23 million patients regardless of their ability to pay, forming a major part of the nation's healthcare safety net*."[1259] La section suivante conclut ce chapitre.

SECTION 4. CONCLUSION DU CHAPITRE : UN INTÉRÊT ÉPIDÉMIOLOGIQUE EXCEPTIONNEL ET UNE OPPOSITION INSTITUTIONNELLE PROPRE

Le TABLEAU 74 présentait l'intérêt quantitatif exceptionnel de l'administration française et, dans une moindre mesure, de l'administration étasunienne, pour le VIH/sida, la tuberculose et l'hépatite. Cette attention épidémiologique s'est vérifiée par l'analyse qualitative pour l'administration française (CNS et ministère de la Santé) et, dans une moindre mesure, pour l'administration étasunienne (*CDC*). Il existe donc une opposition idéelle entre le statut épidémiologique et le statut administratif : la considération de l'un ne peut s'accompagner de l'attention portée à l'autre. Dit autrement, l'épidémie n'a pas de frontières. En revanche, les frontières sont craintives de l'épidémie : l'infection est ainsi tout autant prise en charge, par nécessité, que repoussée. Cette contradiction idéelle n'est pas propre à chacun des pays : elle existe en leur sein.

Ce chapitre précise également les résultats de la thèse : l'opposition française est politique (législatif et discours présidentiels[1260]) alors que la sphère décisionnelle étasunienne (pouvoir législatif et administration) est bienveillante en comparaison aux groupes d'intérêt du pays. L'opposition de chacun des pays existe donc bel et bien mais dans des instances différentes : élus en France et groupes d'intérêt aux États-Unis.

À l'exception des discours présidentiels français, l'argumentation de l'administration, dans chacun des pays, rappelle fortement celle des coalitions favorables aux instruments pour les autres sources écrites. La similitude de ces rhétoriques confirme l'existence d'un noyau dur des croyances transcendant ces différents sous-systèmes tel qu'affirmé en conclusion de partie.

SECTION 5. CONCLUSION DE LA PARTIE : L'HOMÉOSTASIE IDÉELLE

Cette conclusion synthétise les résultats de la thèse et propose un nouveau processus d'action publique : l'homéostasie idéelle (**sous-section 1**). Le noyau dur des croyances ayant déjà été abordé pour les entretiens, ces derniers sont questionnés cette fois-ci sur les rétroactions positives et négatives des groupes d'intérêt (**sous-section 2**).

SOUS-SECTION 1. Le processus d'homéostasie idéelle

Cette sous-section traite des rétroactions négatives (**1**) puis du noyau dur des croyances (**2**).

1. Les rétroactions négatives

Cette partie synthétise les positionnements des sources écrites (**1.1**), schématise les sous-systèmes avec leurs acteurs institutionnels et individuels (**1.2**), réfute les définitions des bulles politiques (**1.3**) et des tâtonnements empiriques (**1.4**) et définit un triple processus de stabilisation de l'action publique d'après les résultats de la thèse (**1.5**).

1.1. Synthèse des positionnements des sources écrites

Concernant les groupes d'intérêt, les analyses quantitatives montrent une porosité très forte dans l'administration française alors qu'elle est beaucoup plus faible dans l'administration étasunienne. Elle est également légèrement plus forte dans la presse française et les débats parlementaires étasuniens. L'analyse qualitative confirme cette porosité pour la presse française vis-à-vis de sa consœur étasunienne. Elle montre également une similarité des revendications « bienveillantes » et « hostiles » pour l'ensemble des sources écrites dans chacun des pays.

Le tableau suivant résume les prises de position des sources en respect de la gradation suivante : « Très favorable », « Favorable », « Légèrement favorable »,

« Divisé » et « Hostile ». Les cases orange sont celles où le niveau de citation des groupes d'intérêt est le plus fort comparativement à l'autre pays. Les groupes d'intérêt les plus cités sont donnés entre parenthèses, en gras, d'après le coefficient de Jaccard (TABLEAU 79).

Les cases vertes correspondent à une analyse qualitative succincte des communiqués des groupes d'intérêt étasuniens se positionnant sur *Ryan White* et sur *EMTALA*. Cette analyse révèle un positionnement respectivement « très favorable » et « légèrement favorable ». Pour *Ryan White*, ces communiqués sont essentiellement produits par trois organisations (*NASTAD*), dont deux organisations « parapluie » (*Friends of the HRSA* et *HIV Health Care Access Working Group*). Pour *EMTALA*, les communiqués « favorables », écrits par les hôpitaux et les professionnels de santé principalement, souhaitent améliorer le fonctionnement de cette obligation sanitaire mais ne veulent pas l'étendre davantage (*AHA*, *AAMC*, *AMA*, *FAH*, *IOM*, *NHeLP*, *NHLA*). Les communiqués « hostiles » souhaitent supprimer ce programme, notamment pour les sans-papiers (*FAIR*).

TABLEAU 82 • Positionnement des sources écrites et niveau de citation des groupes d'intérêt

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th rowspan="2">GROUPES D'INTÉRÊT</th><th rowspan="2">PRESSE</th><th colspan="2">LÉGISLATIF</th><th rowspan="2">ADMINISTRATION</th></tr>
<tr><th>Rapports</th><th>Débats</th></tr>
<tr><td>AME</td><td>Très favorable</td><td>Très favorable (MdM)</td><td>Hostile (FN)</td><td>Légèrement favorable (FN)</td><td>Très favorable (Act Up, COMEDE, MdM)</td></tr>
<tr><td>Régularisation (France)</td><td>Très favorable</td><td>Favorable (FN)</td><td>Hostile (FN)</td><td>Divisé (FN)</td><td>Favorable (Act Up, COMEDE, MdM)</td></tr>
<tr><td>PASS</td><td>Très favorable</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>Régularisation (États-Unis)</td><td>Favorable</td><td>Légèrement favorable (FAIR, CIS, UnidosUS, Chambre du commerce, AFL-CIO, SEIU)</td><td>Favorable</td><td>Favorable (UnidosUS, SEIU, AFL-CIO, Chambre du commerce)</td><td>Très favorable (Chambre du commerce)</td></tr>
<tr><td>340B</td><td>Favorable</td><td colspan="4" rowspan="5"></td></tr>
<tr><td>DSH</td><td>Très favorable</td></tr>
<tr><td>EMTALA</td><td>Légèrement favorable</td><td>Légèrement favorable</td></tr>
<tr><td>Ryan White</td><td>Très favorable</td><td rowspan="2"></td><td>Très favorable</td><td>Très favorable</td></tr>
<tr><td>FQHC, CHC, MHC, NHC</td><td>Très favorable</td><td colspan="2"></td><td>Très favorable</td></tr>
</table>

NOTE : un fort niveau de citation des groupes d'intérêt comparativement à l'autre pays est en orange. Une analyse qualitative succincte de leurs communiqués se positionnant sur Ryan White *et* EMTALA *est en vert.*

Ce tableau montre ainsi quatre éléments. D'une part, il existe une forte similitude entre les positionnements des groupes d'intérêt et les cases orange. Une infime exception concerne la régularisation française pour laquelle la presse et l'administration sont moins enthousiastes que les groupes d'intérêt. D'autre part, les groupes d'intérêt sont, au vu des autres sources écrites, extrêmement bienveillants à l'égard des instruments étudiés (à l'exception d'*EMTALA*). Ces

deux premiers résultats confirment ainsi l'existence d'une probable rétroaction négative de la part des groupes d'intérêt qui cherchent à verrouiller les instruments en place. Troisièmement, dans le cas français, l'hostilité parlementaire est remarquable vis-à-vis des prises de position des autres sources du pays. Cette troisième observation est un corollaire aux deux premières : la moindre porosité entre les groupes d'intérêt et les parlementaires français affaiblit ce verrouillage. Enfin, la citation des groupes d'intérêt hostiles (FN en France, *FAIR* et *CIS* aux États-Unis) va dans le sens d'une moindre bienveillance à l'égard des instruments.

Les résultats du FN dans les sources parlementaires françaises doivent cependant être discutés. Ils sont pertinents au vu des rares interventions du parti en hémicycle d'après les camemberts portant sur les débats parlementaires. Ils risquent cependant d'être artificiellement gonflés par les interventions, les exclamations et les applaudissements des parlementaires FN sur le débat étudié ou au cours d'autres débats – un même fichier PDF regroupant en effet plusieurs débats parlementaires portant sur différents textes législatifs.

1.2. Les sous-systèmes et leurs acteurs individuels et institutionnels

Les principaux sous-systèmes matures et immatures de la thèse sont schématisés ci-dessous avec leurs coalitions « pour » (cadre vert) et « contre » (cadre rouge) pour les groupes d'intérêt (violet), la presse (gris), les parlementaires (rose) et l'administration (bleu) les plus prolixes uniquement.

FIGURE 102 • Sous-systèmes français

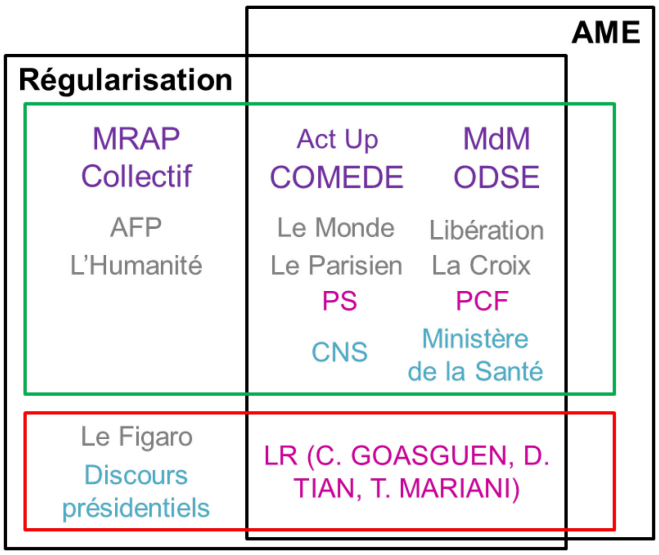
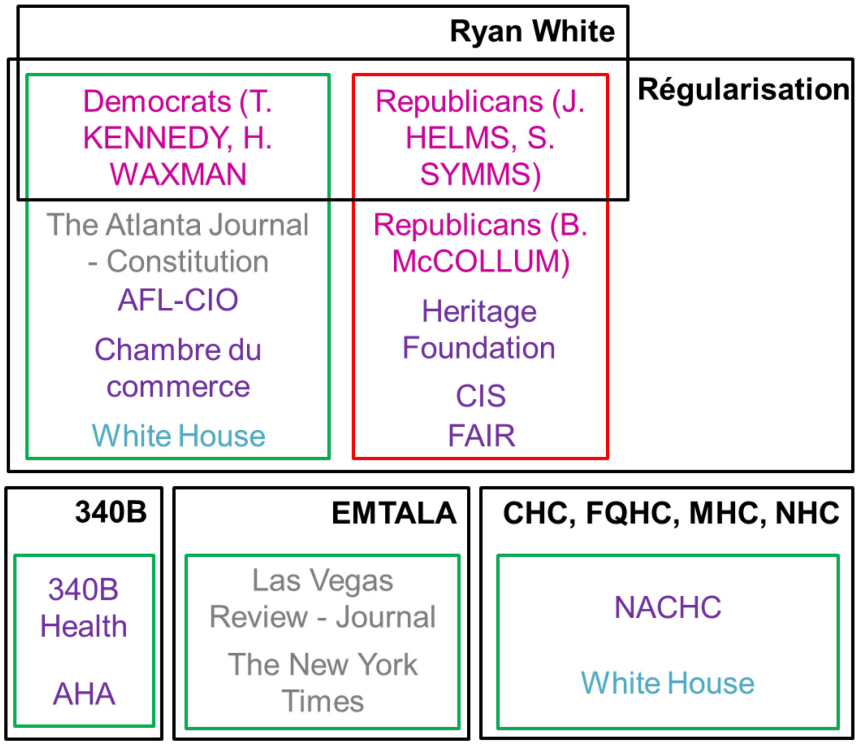


FIGURE 103 • Sous-systèmes étasuniens



Les cadres rouges et verts indiquent la présence des coalitions dominante/dissidente en France. Elles sont également conflictuelles (régularisation), dominante/dissidente (*Ryan White*) et autonomes (*340B, EMTALA, CHC, FQHC, MHC, NHC*) aux États-Unis. En effet, concernant *Ryan White*, seuls deux parlementaires républicains y étaient fortement opposés. Cette classification reprend celle de Daniel McCOOL (1998)[1261]. Une classification

moins fine est également effectuée par Christopher WEIBLE (2008).[1262] Ces deux classifications définissent le sous-système alors que leurs qualificatifs (autonome, dominant/dissident, pluriel et conflictuel pour Daniel McCOOL ; unitaire, collaboratif et antagoniste pour Christopher WEIBLE) s'adressent explicitement aux coalitions qui composent ce sous-système. Il semble donc préférable d'utiliser de tels qualificatifs pour les coalitions. Les coalitions dominante/dissidente sont respectivement majoritaires et minoritaires. Les coalitions conflictuelles ont des ressources similaires mais des objectifs antagonistes. Les coalitions autonomes sont en situation de monopole (*policy monopoly*)[1263]. L'autonomie du sous-système d'*EMTALA* est cependant à nuancer au vu des positions « légèrement favorables » des groupes d'intérêt.

1.3. La réfutation des bulles politiques comme définition des rétroactions positives

Une « bulle politique » est une rétroaction positive traduisant une surréaction (*overreaction*) allant à l'encontre des savoirs existants et faisant l'objet d'une contagion émotive et sociale selon Moshe MAOR (2014) : "*only the pursuit of policies against existing knowledge to the contrary should be considered a bubble.* [...] *there is a dynamic social process of positive feedback that reproduces itself even with the absence of the recurrence of the original event, and even if the individuals involved lack any clear conception of policy at all. This is precisely where emotional and social contagion enters into the fray*."[1264] Pour Bryan JONES, Herschel THOMAS et Michelle WOLFE (2014), une bulle fait l'objet d'un surinvestissement (*overinvestment*) envers un unique instrument au vu du bénéfice pouvant en être tiré. Ces « bulles » traduisent également une contagion et une rétroaction positive : "*A policy bubble occurs when government overinvests in a single policy instrument beyond its instrumental value in achieving a policy goal.* [...] *A policy's instrumental value is the policy instrument's ability to affect policy goals, less the cost of the instrument and net of other confounding factors influencing the goals*. [...] *Policy bubbles, like asset bubbles, are characterized by positive feedback processes and contagion*"[1265]

Ces définitions sont problématiques pour cinq raisons. Premièrement, sur quels récits et quels acteurs doit-on s'appuyer pour définir et mesurer le bénéfice attendu (*instrumental value*) ? Deuxièmement, comment différencier la motivation émotive de la rationalité instrumentale ? Cette opposition est donnée par les seconds auteurs : "*People become cognitively and emotionally invested in the means rather than valuing the instrumental value of the means in accomplishing a policy goal.*"[1266] Troisièmement, quels sont les « savoirs existants » (*existing knowledge*) et qui a la légitimité pour les exprimer ? Quatrièmement, sur quels fondements peut-on estimer qu'un éclatement est à prévoir ? L'image de la « bulle » est effectivement maladroite car un changement peut s'effectuer lentement et progressivement. Enfin, justement, comment définir l'éclatement d'une bulle ?

Pourtant, la « bulle politique » traduit la majorité des phénomènes observés dans cette thèse. D'une part, le lien positif établi entre le nombre des réformes et les sous-systèmes (matures, relativement matures et immatures) témoigne d'un surengagement des acteurs, même pour les instruments français qui font également l'objet d'allers-retours juridiques. D'autre part, un verrouillage est visible par les groupes d'intérêt et entraîne une augmentation des bénéficiaires et du budget de ces instruments. Enfin, un récit discursif, notamment médiatique, légitime ce surengagement et traduit des croyances culturelles : "*A policy investment (whether or not the level of investment can be characterized as a bubble) becomes locked-in if certain elements are in place. These include:* [...] • *Low levels of news coverage; and the overall tone of media content is positive or relatively balanced*. • *A persuasive, persistent causal story to accompany the investment (Stone, 2011)*[1267]*. This generally includes ideological beliefs and cultural understandings.* [...] • *Interested parties generally organize to protect their gains from the promulgation of the policy instrument*"[1268]

Ainsi, si les symptômes d'une « bulle politique » sont visibles dans cette thèse, la définition de cette « bulle » est maladroite pour les raisons suscitées. Il est donc possible d'admettre l'existence d'une rétroaction positive, en raison de la similarité des symptômes observés, mais deux éléments de la littérature doivent être refusés. D'une part, il n'est pas possible de considérer qu'un changement

majeur se produira. D'autre part, la définition d'une bulle est inopérante. Une autre définition issue de la littérature est refusée.

1.4. La réfutation des tâtonnements empiriques comme définition des rétroactions positives

Les allers-retours français (rétroactions négatives) peuvent également être assimilés à des tâtonnements empiriques permettant d'accumuler un savoir. Cette accumulation peut ensuite conduire à des bouleversements imprévus et brutaux propres aux rétroactions positives selon Eugène BARDACH (2006) : "*The policy process is in some sense a trial-and-error problem-solving process. Problems arise, citizens complain, and policy makers offer a policy solution.* [...] *Although it is common to conceptualize trial-and-error learning as a negative feedback process (deviations from the goal stimulating adjustments that get closer to the goal), learning in complex and ambiguous problem situations is better thought of as a positive feedback process. The positive feedback element under these conditions has to do with the constantly improving store of information and analytical understanding about both the nature of the problem to be solved and the workability of potential solutions*".[1269] Or, en surévaluant l'impact des connaissances sur l'action publique, cette analyse est peu convaincante. Trois processus doivent donc faire l'objet d'une définition : la rétroaction positive, la rétroaction négative et le verrouillage idéel.

1.5. Un triple processus de stabilisation : le verrouillage idéel et les rétroactions positives et négatives

La stabilisation est un processus se composant de trois éléments : le verrouillage idéel et les rétroactions négatives et positives. La rétroaction positive est considérée comme étant une forme de stabilisation en raison des changements incrémentaux qu'elle produit.

La rétroaction négative est définie ici comme une tentative avortée de changement de l'action publique. Elle peut prendre la forme d'une non-rédaction d'un décret d'application en France. Elle peut également se matérialiser par

l'échec d'une proposition de loi ou d'un amendement. De même, le passage d'une loi annulant, en partie, une autre loi est une illustration de rétroaction négative, même si ces deux lois sont éloignées dans le temps. La rétroaction négative est donc un retour en arrière (autocorrection ou *self-correcting* d'après la littérature).

La rétroaction positive est un changement incrémental de l'action publique produit généralement par un léger déplacement du noyau dur des croyances. Les consécrations législatives aboutissant à la création des instruments étudiés sont des formes de rétroaction positive car le noyau dur légitime, désormais, ces instruments qui ont fait leur preuve. L'évolution juridique observée en introduction de la thèse pour certains de ces instruments montre en effet qu'ils existaient généralement préalablement à leur propre consécration législative. Néanmoins, la consécration juridique (notamment législative) n'est pas toujours une rétroaction positive – une loi pouvant en annuler une autre (rétroaction négative). Par extension, l'augmentation budgétaire d'un instrument ou l'inclusion de nouveaux bénéficiaires individuels ou institutionnels peuvent aussi être considérées comme étant des formes de rétroaction positive à la condition, cependant, qu'un « éclatement » ne soit pas attendu. La rétroaction positive est donc un processus de légitimation incrémental (autorenforcement ou *self-reinforcing* d'après la littérature).

Concernant ces deux formes de rétroaction, la seule consécration législative ayant un statut ambigu est le FSUV français qui, d'une part, remplace l'instauration des trois mois de résidence pour le bénéfice de l'AME (rétroaction négative) mais restreint, d'autre part, le bénéfice immédiat du remboursement des soins aux soins urgents et vitaux – niant par là même les soins de premier recours (rétroaction positive). Ainsi, si le FSUV peut être considéré comme étant un retour en arrière en permettant, malgré tout, le remboursement des soins pour les étrangers résidant depuis moins de trois mois en France (rétroaction négative), il limite le bénéfice de ces remboursements aux cas les plus graves (rétroaction positive). Cette situation diffère peu, cependant, de la précédente : une admission d'urgence était déjà admise pour les soins de ville en cas d'ancienneté de résidence insuffisante pouvant, d'ailleurs, aller jusqu'à trois ans.

De même, les groupes d'intérêt ayant activement encouragé la création de cet instrument afin de compenser l'exigence des trois mois de résidence, la consécration législative du FSUV sera donc définie comme étant une rétroaction négative lors de l'analyse des entretiens.

Enfin, le verrouillage idéel est un troisième processus de stabilisation créé et défini par cette thèse. Il est une forme d'autocensure aboutissant, par exemple, à la non-rédaction d'une proposition de loi ou d'un amendement qui serait culturellement impensable. Cette non-rédaction peut également être consciente. En ce sens, la non-rédaction d'un texte juridique en raison de son très probable échec du fait, par exemple, de l'action des groupes d'intérêt ou des répercussions électorales ou politiques attendues, constitue également un verrouillage idéel. Le verrouillage idéel est donc une forme de non-consécration matérielle (autocensure ou *self-censorship* d'après cette thèse).

Concernant l'accès aux soins des étrangers irréguliers, l'analyse des sources écrites et des entretiens montrent que la France est dominée par des rétroactions négatives en raison d'une opposition entre groupes d'intérêt, d'un côté, et élus, de l'autre. Inversement, les États-Unis sont soumis à un verrouillage idéel les empêchant de concilier les thématiques d'immigration et de santé (généralement inconscient) ou leur faisant craindre les contrecoups des Républicains en cas d'initiative juridique favorable aux étrangers irréguliers (généralement conscient).

2. Le noyau dur des croyances

Le processus d'homéostasie idéel développé par cette thèse se compose des trois éléments décrits plus haut : verrouillage idéel et rétroactions positives et négatives (**2.1**). Le noyau dur des croyances pour chacun des pays est ensuite décrit à l'aide de la littérature et des résultats de la thèse (**2.2**). Ce processus homéostatique permet de clarifier la méthodologie employée pour mesurer la maturité d'un sous-système (**2.3**). Les rétroactions négatives et positives exercées par les groupes d'intérêt et les entrepreneurs individuels peuvent, enfin, engendrer une action publique relativement contradictoire vis-à-vis du noyau dur (**2.4**).

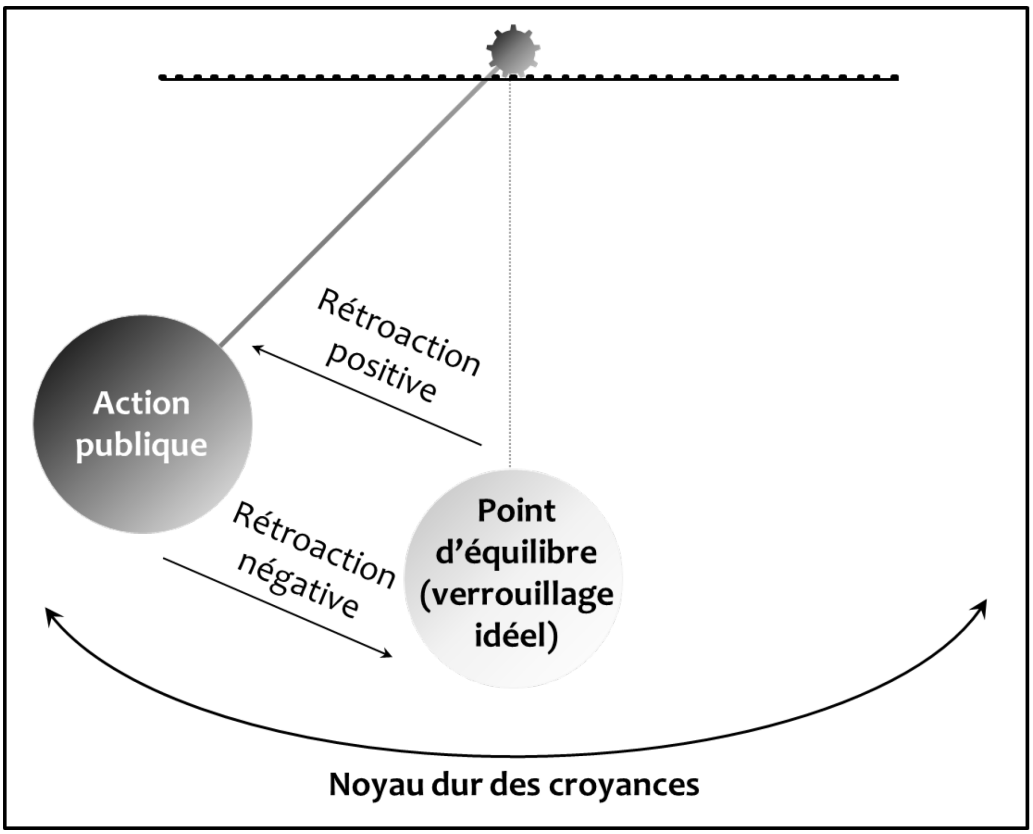
2.1. L'homéostasie idéelle

Ces noyaux durs distincts confirment ainsi la thèse de Peter HALL (1993)[1270] : un changement radical des idées est nécessaire pour obtenir un changement majeur de l'action publique concernant, notamment, la définition et le nombre des bénéficiaires d'une telle action (rétroaction positive). Ce noyau dur agit plus précisément à deux niveaux : il comprime, d'une part, l'activité des acteurs (groupes d'intérêt et entrepreneurs individuels notamment) et sélectionne, d'autre part, les groupes d'intérêt à écouter (TABLEAU 39 et TABLEAU 40). Cette activité peut ainsi concerner le travail des groupes d'intérêt, pris individuellement, ainsi que les relations qu'entretiennent, entre eux, ces groupes d'intérêt (FIGURE 40 et FIGURE 41). Le verrouillage de l'action publique n'est donc pas seulement matériel (groupes d'intérêt et entrepreneurs) : il est également idéel. Ce postulat répond ainsi aux interrogations de Daniel BÉLAND (2010) : "*are lock-in effects purely material and/or institutional in nature, or do they have an ideational and symbolic dimension? In other words, can one describe ideas and symbols in terms of lock-in effects?*"[1271]

Le processus de verrouillage de l'action publique se compose donc de trois éléments : un verrouillage idéel, stable dans le temps et soumis au noyau dur des croyances, et des rétroactions positives et négatives matérielles dynamiques dues aux groupes d'intérêt et aux entrepreneurs individuels essentiellement et soumises, elles aussi, au noyau dur des croyances. Ainsi, si ce noyau dur limite l'amplitude de ces rétroactions, il est également capable d'agir indépendamment des acteurs à l'origine de ces rétroactions par un mécanisme d'autocensure conscient ou inconscient. Le verrouillage idéel est donc l'une des manifestations du noyau dur. Par ailleurs, l'amplitude limitée des rétroactions montre que ce noyau dur impose un point d'équilibre idéal de l'action publique tout en lui permettant quelques « écarts » ponctuels. Ce noyau dur n'est, lui-même, pas immuable et peut, par son déplacement, faire évoluer ce point d'équilibre dans le temps. L'activité du noyau dur sur l'action publique se matérialise ainsi par trois processus principaux : le verrouillage idéel et les rétroactions positives et négatives. Ces trois processus peuvent être résumés en un seul : l'homéostasie idéelle.

La notion d'« homéostasie idéelle » a un triple avantage : elle rappelle que la stabilité n'est pas exempte de dynamisme (rétroactions positive ou négative), elle interroge la position du point d'équilibre et elle file parfaitement la métaphore des rétroactions et du « point d'équilibre »[1272] de Bryan JONES et Frank BAUMGARTNER (1993, 1999, 2009, 2012) notamment. Cette notion d'homéostasie est elle-même utilisée par la littérature synthétisant ces travaux.[1273] L'homéostasie idéelle se compose donc de trois éléments : la rétroaction positive (autorenforcement), la rétroaction négative (autocorrection) et le verrouillage idéel (autocensure). Ce processus de l'action publique peut être modélisé de la manière suivante.

FIGURE 104 • Le processus d'homéostasie idéelle



Le changement incrémental de l'action publique (rétroaction positive) résulte généralement d'un déplacement préalable du point d'équilibre en raison d'une légère transformation du noyau dur des croyances. Les rétroactions positives sont donc dépendantes du noyau dur pour pouvoir se concrétiser. Le caractère ontologique du noyau dur limite, a priori, les erreurs pouvant, par exemple,

aboutir à la consécration d'une rétroaction positive qui soit contradictoire au noyau dur. Néanmoins, dans l'hypothèse où une telle erreur se produise, il est tout à fait possible d'envisager qu'une rétroaction positive erronée puisse, de par son processus de légitimation, légèrement déplacer le noyau dur des croyances. De même, une succession de rétroactions positives, s'inscrivant pourtant au sein du noyau dur, peut sensiblement déplacer le point d'équilibre en raison de cette légitimation. Ce schéma montre ainsi la capacité d'une rétroaction positive (boule noire) à déplacer la roue dentée.

Or, si le déplacement du point d'équilibre précède généralement une rétroaction positive, il faut donc imaginer deux points d'équilibre pour valider ce schéma. En effet, dans l'hypothèse où un point d'équilibre « A » se transforme en un nouveau point d'équilibre « B », le mouvement effectué par la boule noire ressemble alors à une rétroaction négative pour le point « B » (de l'extérieur vers le point d'équilibre) mais est une rétroaction positive pour le point « A » (du point d'équilibre vers l'extérieur). Le mouvement effectué par la boule noire doit donc toujours s'observer selon son point d'équilibre initial.

En revanche, contrairement au schéma simplifié ci-dessus, l'axe sur laquelle est posée la roue dentée n'est pas linéaire : le noyau dur des croyances ne peut être défini comme étant un simple positionnement entre deux pôles de croyances. Il est, bien au contraire, multidimensionnel et se positionne sur plusieurs pôles à la fois. Néanmoins, la représentation graphique d'un univers multidimensionnel étant éminemment complexe, il est préférable de ne conserver qu'un axe unique.

Ce processus va dans le sens de la littérature privilégiant le rôle des idées sur les intérêts et les institutions.[1274] Il répond également aux remarques de Michael HOWLETT (2009) concernant le modèle de Bryan JONES et Frank BAUMGARTNER. En effet, pour HOWLETT, le point d'équilibre n'est qu'une description d'un changement politique ne pouvant être considéré comme étant un véritable modèle de l'action publique. En effet, selon lui, il manque au point d'équilibre un cadre explicatif général permettant de comprendre l'origine des écarts ponctuels de l'action publique : "*As Baumgartner and Jones, who helped originate and popularize the concept in the public policy field, have gone to great*

lengths to point out, however, 'punctuated equilibrium' is a description of a policy change process, and is not in itself a theory or model of policy dynamics. In order to attain that status it requires a set of hypotheses and assumptions about how various policy variables interact to produce both punctuations and equilibria which conform to the overall 'stepped' or non-linear punctuated-equilibrium sequence pattern. That is, it requires some explanation of the mechanisms which keep equilibria stable and of those forces or processes which undermine that stability."[1275]

Le processus d'homéostasie idéelle est donc une alliance entre le cadre des coalitions de cause et la théorie du point d'équilibre permettant notamment à ce second modèle d'être complété par ce premier. Il met ainsi l'accent sur les groupes d'intérêt et les entrepreneurs individuels pour comprendre l'origine des rétroactions positives et négatives. Une telle alliance est d'ailleurs admise par les auteurs de ces deux théories. Ainsi, selon Frank BAUMGARTNER et Bryan JONES (2017, 2007), ces deux cadres se rapprochent par leur utilisation de la rationalité limitée, en dépit de focales divergentes – si le point d'équilibre met effectivement l'accent sur l'attention politique, les coalitions de cause insistent davantage sur les croyances : "*Bounded rationality is the decisionmaking underpinning of both the punctuated-equilibrium and the advocacy coalition approaches, but the theories emphasize different aspects of the process. Punctuated equilibrium is based in serial processing of information and the consequent attention shifts, whereas the advocacy coalition approach traces policy dynamics to the belief systems of coalition participants*"[1276] ; "*In focusing on the human cognitive and emotional side of political decisionmaking, PET* [NDA : Punctuated Equilibrium Theory] *is similar to the Advocacy Coalition Framework. However, ACF relies on attitudinal and belief structures, whereas PET is based more on the allocation of attention*".[1277] Plus récemment, les auteurs des coalitions de cause citent également ces derniers travaux pour comprendre la dynamique temporelle de leur propre modèle : "*Thanks to these contributions, we now have more detailed knowledge about the nature and causes of policy change within and across policy subsystems than we had just a few decades ago. What has provoked this focus is the recurrent observation that, although many public policies and programs remain stable over long periods of time,*

others are subject to periods of dramatic and nonincremental change (Sabatier 1988[1278]; Baumgartner and Jones 1993[1279])."[1280]

Le reste de la littérature encourage également une liaison entre ces deux théories.[1281] Robert WOOD (2006) relève ainsi leurs similitudes : "*Sabatier's Advocacy Coalition Framework (ACF) largely embraces the punctuated equilibrium model when explaining agenda setting, but asserts that the policy process is better conceptualized as a series of interactions between groups than as a series of transitions between stages*".[1282] Peter JOHN (2003) souhaite également concilier ces deux théories en poussant plus loin encore l'analogie avec la métaphore biologique.[1283]

D'autres auteurs associent directement ces deux modèles sur leur terrain de recherche. La typologie des coalitions de cause de Jeffrey WORSHAM (2006)[1284] lui permet ainsi d'établir un lien entre la structure interne du sous-système et les rétroactions positives. Virginia BEARD (2013)[1285], James DUNN et Anthony PERL (2009)[1286] suggèrent également d'unir, sans réellement le démontrer, la dynamique du point d'équilibre, et notamment l'évolution du monopole politique (*policy monopoly*), aux évolutions idéelles des coalitions de cause. Arwin VAN BUUREN et Lasse GERRITS (2008) créent ainsi un lien entre les rétroactions négatives et l'existence d'une coalition dominante : "*This negative feedback loop occurs because the dominant policy coalition supports the current state of affairs*".[1287] Enfin, Matthew NOWLIN (2016) observe l'impact d'un changement de l'action publique (rétroactions) sur la configuration du sous-système et ses coalitions.[1288]

Deux autres travaux établissent un pont moins net entre ces deux théories. Dans la continuité des travaux d'Elinor OSTROM (1990, 1998, 2000)[1289], le système « socioécologique » (*social-ecological system*) de John ANDERIES et Marco JANSSEN (2013)[1290] plonge le sous-système des coalitions de cause dans un biotope le contraignant aux rétroactions. Pourtant, les auteurs ne se réfèrent jamais aux publications de Frank BAUMGARTNER et Bryan JONES. Inversement, sans citer les travaux propres à l'ACF, la structuration des

« coalitions de cause » (*advocacy coalitions*) de Michael GIVEL (2008)[1291] explique, selon lui, les points d'équilibre et de déséquilibre de l'action publique.

2.2. La définition du noyau dur des croyances à l'aide des typologies de la littérature

Le débat se retrouve globalement dans les mêmes termes pour l'ensemble des sources écrites dans leur pays respectif. En France, l'argumentation est principalement construite du point de vue du sans-papiers et de ses mobilisations. Les sources s'intéressent ainsi aux répercussions des instruments sur cette population. À l'inverse, la rhétorique étasunienne est élaborée autour du pays et de ses membres légitimes. Les sources écrites évaluent donc l'impact, principalement économique, de cette population clandestine sur la nation et ses membres. L'inclusion française s'oppose ainsi à l'exclusion étasunienne : là où le sans-papiers semble appartenir à la France, il est visiblement mis de côté des États-Unis. Plus précisément, le clandestin étant un membre « français », il est donc logiquement, comme les autres Français, une victime des textes juridiques et sa situation administrative n'est qu'une conséquence négative de ces textes. Cette inclusion française a ainsi été relevée par Caroline IZAMBERT (2018) dans sa thèse : « Ces exclusions et situations de blocage éclairent en retour la signification de l'AME : celle-ci n'apparaît finalement pas comme un dispositif humanitaire prenant en charge les soins des personnes uniquement en tant qu'être humain souffrant mais comme une reconnaissance de l'appartenance, sous une forme minorée, des personnes en situation irrégulière à la communauté nationale ».[1292] Inversement, l'étranger irrégulier étasunien étant responsable de sa situation, il ne peut légitimement remettre en cause les textes juridiques du pays. En France, enfin, si les simples qualités d'humain et de résident semblent suffire aux défenseurs des sans-papiers, les Étasuniens bienveillants déploient au contraire un argumentaire méritocratique insistant sur l'aspect travailleur et la plus-value économique des clandestins. Le caractère ontologique du noyau dur a enfin montré que ce noyau dur domine les différents sous-systèmes et n'est donc pas propre à un seul instrument.

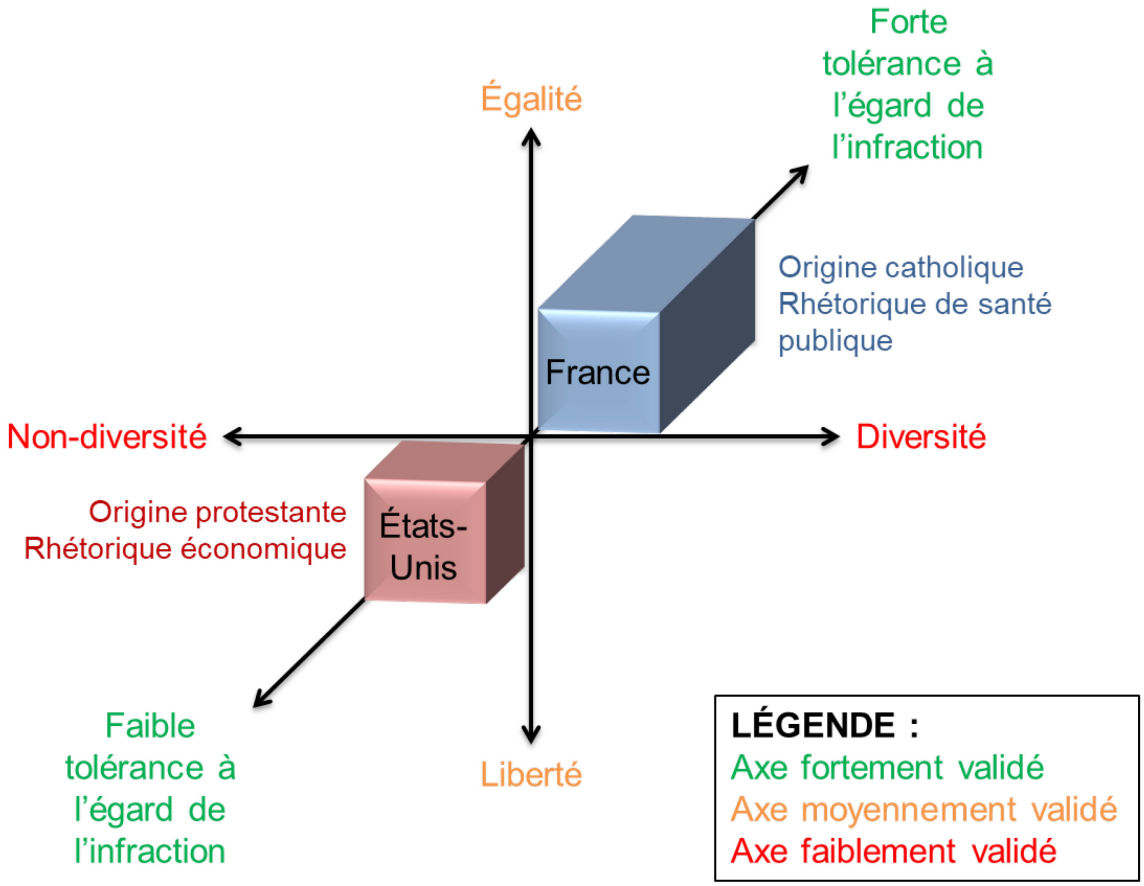
Ces deux façons de percevoir l'étranger irrégulier renvoient à la dichotomie

établie par Thierry BLIN (2008) entre « l'humanité réelle » française et « l'humanité conjoncturelle » étasunienne : « Le principe invoqué était donc celui d'une humanité réelle (de la reconnaissance de sujets pourvus de droits), en lieu et place d'une humanité conjoncturelle (d'une reconnaissance légale d'autrui en fonction de contextes économiques) ».[1293]

Pourtant, en dépit d'une distinction entre ces noyaux durs, les sans-papiers ont accès aux soins aux États-Unis et, inversement, ont un accès limité en France même si cet accès est plus large qu'aux États-Unis. L'opposition montrée au cours de la thèse entre les primautés épidémiologique (priorité donnée à l'état de santé) et économique (priorité donnée au coût financier) s'explique par des cultures religieuses distinctes. Les idéaux types communautariste (catholique) et individualiste (protestant) d'Andrew GREELEY (1989)[1294] développés ci-dessus (conclusion de la partie 1) affinent les résultats de la thèse. Le noyau dur peut ainsi se définir sur trois axes en fonction de la préférence à l'égard de la diversité culturelle (axe « diversité/non-diversité »), de l'orientation de l'action publique (axe « égalité/liberté ») et de l'indulgence envers l'infraction (axe « faible/forte tolérance à l'égard de l'infraction »). Le premier axe (diversité culturelle) a été faiblement démontré par les résultats de la thèse. En revanche, le deuxième (égalité/liberté) a été moyennement validé par l'analyse qualitative des sources écrites renvoyant indirectement aux deux « humanités » de Thierry BLIN (2008). De même, le troisième axe (tolérance envers l'infraction) a été fortement vérifié de manière quantitative dans le troisième chapitre par l'utilisation des catégories migratoires (*illegal*/*undocumented* et clandestin/sans-papiers).

Ces noyaux durs tridimensionnels sont schématisés ci-dessous en fonction de ce niveau de démonstration empirique. Le degré de polarité du débat correspond à la profondeur des cubes, expliquant ainsi la transformation du cube français en un parallélépipède rectangle.

FIGURE 105 • Noyaux durs des croyances français et étasunien pour le sujet de l'accès aux soins des étrangers irréguliers



Ce schéma montre trois éléments. Tout d'abord, les noyaux durs français et étasunien sont peu éloignés en dépit de leurs différences. Ceci est d'autant plus vrai pour la période récente. Par ailleurs, la profondeur des cubes explique l'absence d'instruments strictement universels en France ou strictement catégoriels aux États-Unis. Enfin, les contradictions idéelles au sein de ces noyaux s'illustrent par un fort niveau de polarité du débat en France (parallélépipède rectangle bleu) et un moindre niveau de polarité aux États-Unis (cube rouge). Ainsi, si la polarité étasunienne s'exprime essentiellement dans les groupes d'intérêt, la polarité française couvre tout autant la presse que les pouvoirs législatif et administratif. Ces niveaux de polarité montrent ainsi des sous-systèmes français en moyenne plus matures que les sous-systèmes étasuniens en raison, certainement, de la capacité de la France à lier les thématiques d'immigration et de santé.

Néanmoins, ce graphique est incomplet pour deux raisons. D'une part, il est limité par l'analyse de la thèse à des données elles-mêmes restreintes. D'autre part, un noyau dur n'est nullement cloisonné à un unique sujet : l'axe sur lequel se déplaçait la roue dentée du « pendule homéostatique » est en réalité multidimensionnel car un noyau dur se définit par plusieurs axes et couvre une multitude de sujets à la fois. Ces trois axes sont ainsi insuffisants pour définir un noyau dur des croyances.

2.3. La mesure de la maturité d'un sous-système

Cette thèse utilise deux définitions de la maturité d'un sous-système qui dépendent du nombre de pays étudiés. Le nombre de pays établit, lui-même, le nombre d'instruments composant un sous-système. Ainsi, pour un seul pays étudié, le sous-système se définit par un instrument unique et son niveau de maturité dépend du nombre d'occurrences apparaissant dans les sources écrites (chapitre 1). En revanche, pour deux pays minimum, le sous-système se compose de plusieurs instruments propres à un sujet d'action publique et son degré de maturité est positivement corrélé au niveau de polarité moyen de l'ensemble des instruments (chapitres 2, 3, 4, 5 et 6). La méthodologie employée par cette thèse est ainsi résumée par le tableau suivant.

TABLEAU 83 • Les deux définitions de la maturité d'un sous-système

	CAS N° 1	CAS N° 2
PAYS ÉTUDIÉS	$n = 1$	$n > 1$
INSTRUMENTS COMPOSANT UN SOUS-SYSTÈME	$n = 1$	$n > 1$ (sur un sujet donné)
MATURITÉ DU SOUS-SYSTÈME	n occurrences instrumentales	Degré de polarité moyen sur les n instruments

Le degré de conflictualité, c'est-à-dire de polarité, n'est donc pas applicable pour un unique État en raison du verrouillage idéel pouvant, lui-même, créer un monopole (*policy monopoly*). Inversement, la comptabilité des occurrences instrumentales ne peut s'appliquer sur plusieurs pays en raison des paramètres jouant sur la production écrite (nombre de groupes d'intérêt, de journaux, de parlementaires et d'administrations, méthode utilisée pour retranscrire des

débats parlementaires, tradition d'utilisation des communiqués publics, etc.). Ces deux définitions ne sont donc pas conciliables à petite et à grande échelle.

2.4. La flexibilité instrumentale et ses contradictions

La flexibilité de l'homéostasie idéelle peut donc aboutir à des contradictions instrumentales pour deux raisons. D'une part, l'amplitude du noyau dur des croyances, c'est-à-dire son degré de polarité, nécessite de devoir concilier différents points de vue. D'autre part, les contraintes externes à cette homéostasie contraignent le noyau dur à devoir accepter et gérer une présence parfois incontrôlée d'étrangers irréguliers. Ces contradictions nuancent ainsi les typologies de la littérature.

Ainsi, en dépit des noyaux durs français et étasuniens, l'accès aux soins en France n'est pas universel et celui aux États-Unis existe en dépit d'une rhétorique d'exclusion. La biopolitique foucaldienne[1295] semble ainsi se marier à une réflexion entourant les frontières « providentielles » : qui peut appartenir à l'État providence ? Cette réflexion renvoie en partie au constat établi dans l'état de l'art : le défi migratoire que subissent ces deux pays les contraint à construire une action publique volontairement contradictoire. Cette contradiction, dans chacun des pays, confronte ainsi les statuts épidémiologique et administratif. L'instabilité de l'équilibre entre ces deux tendances fait aussi naître une polarité rhétorique permettant l'expression d'une opposition institutionnellement située : élus français (parlementaires et discours présidentiels) et groupes d'intérêt étasuniens.

Cette amplitude n'est cependant pas la même pour chacun des versants de l'Atlantique. Ainsi, le noyau dur des croyances rend, par exemple, impossible aux États-Unis, à court et moyen terme, le bénéfice d'une couverture maladie publique pour les sans-papiers ou l'établissement d'une régularisation pour soins. De même, en France, l'évolution récente du noyau dur des croyances depuis une dizaine d'années peut contribuer à dégrader le panier de soins de l'AME et le nombre des régularisations pous soins en raison d'une sensibilité plus forte à la transgression des normes.

Cette contradiction est ainsi une cause et une conséquence des agissements des coalitions. Elle est une cause au sens où elle invite ces coalitions à se mobiliser pour harmoniser l'action publique. Mais elle est également une conséquence car elle est, en elle-même, le résultat de l'action de ces coalitions. Or, en considérant cette contradiction instrumentale comme étant la résultante des rapports de force, la thèse néoinstitutionnaliste émerge alors : l'action publique (*policy*) est à l'origine des rapports de force qui la gouvernent (*politics*). Dit autrement, « *we must make social policies the starting points as well as the end points of analysis. As politics creates policies, policies also remake politics* ».[1296]

La flexibilité de l'action publique s'apparente ainsi à un roseau : l'action publique plie mais ne rompt pas. La métaphore est empruntée à Andrew JORDAN et Elah MATT (2014) afin d'affirmer que cette souplesse peut être volontairement programmée afin d'assurer une stabilité instrumentale : "*one of the most salient challenges of all relates to the scope for intentionally designing certain kinds of policy effect that gradually 'stick' policies into place, but are nonetheless flexible enough to cope with changing external circumstances (i.e. they are not entirely 'stuck').*"[1297]

La sous-section suivante confirme, d'après les entretiens, la seconde hypothèse de la thèse : les rétroactions négatives sont plus importantes en France qu'aux États-Unis. Des rétroactions positives existent également pour le cas français en conséquence de l'activité de MdM essentiellement. Ces entretiens montrent également que les groupes d'intérêt étasuniens sont soumis à un processus de verrouillage idéel leur empêchant de revendiquer, haut et fort, l'accès aux soins des étrangers irréguliers au niveau fédéral.

SOUS-SECTION 2. Rétroactions négative et positive d'après les entretiens

Le cas français (**1**) est traité avant le cas étasunien (**2**) avant de conclure (**3**).

1. Une forte validation des entretiens français pour la rétroaction négative

Les entretiens français dévoilent une forte proximité entre le ministère de la Santé et les groupes d'intérêt (**1.1**). Ils montrent également que les rétroactions négatives (**1.2**) sont plus nombreuses que les rétroactions positives (**1.3**).

1.1. La relation étroite entre les groupes d'intérêt et le ministère de la Santé

Deux employés du ministère de l'Intérieur estiment que les groupes d'intérêt sont en étroite relation avec le ministère de la Santé. À l'inverse, ces groupes n'influencent qu'à la marge le ministère de l'Intérieur et le Premier ministre.

> *Les gens ont souvent un parcours mixte : associatif/fonction publique et il est vraisemblable que ça ait joué. Il y a une proximité associative qui vient du fait que le ministère de la Santé finance les associations certes mais je pense qu'il y a aussi un jeu d'acteurs avec des gens qui sont passés de l'un à l'autre.* [...] *C'est plutôt ça, un rapport respectueux mais avec une certaine distance. Parce qu'ils ne sont pas nous* [NDA : ministère de l'Intérieur] *et nous ne sommes pas eux* [NDA : groupes d'intérêt]. *Alors qu'avec la Santé il y a une plus grande proximité à mon avis*. [...] *Pour avoir assisté à quelques réunions, nous on essaie de discerner dans le discours associatif, le côté militant, c'est-à-dire politique, du côté opérationnel. C'est-à-dire que quand une association vous dit quelque chose, elle a une vision de terrain qu'on n'a pas forcément, donc on ne peut pas faire comme si ce qu'elle nous disait n'était pas vrai.* [...] *Le COMEDE est aussi composé de gens qui ont une idéologie. Donc pour nous ce qui est important c'est de discerner ce qui relève de l'idéologie et qui relève du politique, donc pas nos problèmes. Et ce qui relève de l'opérationnalité, qui elle est notre problème.*

> *Chacun est porteur d'un écosystème. Nous* [NDA : ministère de l'Intérieur], *on est sensible à ce que nous disent les préfets, et le ministère de la Santé va être sensible à ce que lui disent les associations.* [...] *Leur crainte de Matignon et du Président de la République et peut-être encore plus de l'Élysée que de Matignon très franchement. Contrairement à l'idée qu'on en a, c'est que Cazeneuve,*

qui est tout gentil, se fasse déborder par sa gauche, qu'on ressorte du truc avec une espèce de tract de la CIMADE et que la droite s'en donne à cœur joie pour expliquer qu'on est des dangereux immigrationnistes et que du coup ça fracture la majorité. C'est ça la crainte, qu'on perde l'équilibre, qu'on n'arrive pas à tenir les deux bouts. Parce qu'entre les bouts Valls et Cherki, de la majorité c'est compliqué de tenir les deux sur cette question-là.

Ce lien entre les groupes d'intérêt et le ministère de la Santé est également validé par deux militants. À noter que l'ouverture des frontières est décrite comme étant une position extrême selon le premier militant.

Le rapport de force c'est entre ces trois institutions-là, avec une certaine forme de connivence Santé – Associations, mais parce que les associations, c'est pas des chiens fous qui veulent l'ouverture des frontières, et la sécurité pour tous, ce qu'elles veulent c'est simplement… En fait, si on regarde les positions des assos, c'est juste le respect du droit en vigueur, en fait. [...] *Et donc toute la lutte d'influence se tourne autour du maintien de ce dispositif, et d'empêcher le ministère de l'Intérieur de grignoter de plus en plus d'influence sur la procédure*

Est-ce que tu as le sentiment que le ministère de la Santé est plus à l'écoute des associations que l'Intérieur ?
Oui, largement. Mais c'est aussi parce qu'on ne travaille pas que sur... Les assos de médecins, de patients, elles travaillent sur une multitude de sujets avec eux. Alors c'est particulièrement vrai à AIDES, mais aussi à MdM, c'est vrai pour Act Up. C'est plus facile de discuter de l'AME, qui est un sujet compliqué, avec des gens dont on discute de plein d'autres sujets par ailleurs, on a des interlocuteurs identifiés. L'Intérieur, les occasions de discuter avec lui sont beaucoup plus rares. Et en plus il n'y a aucune culture de discussions avec les associations au ministère de l'Intérieur.

La proximité entre les groupes d'intérêt et le ministère de la Santé expliquent ainsi, en partie, la facilité qu'ont ces groupes à exercer toute forme de rétroaction, et notamment des rétroactions négatives.

1.2. Les rétroactions négatives françaises

La position défensive des groupes d'intérêt français (**1.2.1**) s'explique par une accumulation des connaissances sur l'évaluation de l'action publique (**1.2.2**) leur permettant ainsi d'accroître leur capacité à obtenir des rétroactions négatives (**1.2.3**).

1.2.1. Un constat général : les groupes d'intérêt sont dans une position défensive

Trois militants insistent sur leur position défensive visant à « limiter les dégâts » vis-à-vis d'une « régression progressive ». Cette contre-attaque législative, réglementaire, infraréglementaire et judiciaire enraye ainsi, selon l'un d'entre eux, une évolution qui aurait pu aboutir, en leur absence, à un système bien plus restreint.

Par ailleurs, la division de la droite française observée dans les sources écrites parlementaires pourrait expliquer en partie sa stratégie : proposer un texte particulièrement restrictif puis, progressivement, l'adoucir au cours des navettes. Les extraits suivants sont issus des militants.

> *Les associations, dont nous faisons partie, oui, interviennent depuis longtemps* [...] *souvent, actuellement, en réaction, pour essayer de limiter les dégâts dans les restrictions*. [...] *Donc, nous, notre rôle, actuellement qu'on est dans une situation défensive, de restriction des droits des étrangers depuis trente ans* [...] *c'est de limiter les dégâts. C'est bien le terme : limiter les dégâts ! Et pour limiter les dégâts, c'est faire en sorte que les conséquences de modifications législatives soient atténuées au niveau des textes réglementaires ; et puis, ensuite, au niveau des circulaires d'application. Et puis, après, éventuellement, même au niveau juridique* [...] *'Si on n'avait pas existé, qu'est-ce qui existerait aujourd'hui ?'. Oui, je pense que le dispositif serait bien pire. Il y aurait quelque chose, il y aurait des trucs pour les soins urgents, il y aurait des machins. Mais beaucoup plus restrictifs et beaucoup plus terribles.* [...] *Globalement, on a quand même bien résisté, je trouve. Malheureusement, la digue, elle risque*

de céder. Pour l'instant il y a eu des fuites dans la digue, des petits trucs, mais la digue, elle tient !

On n'essaye pas de faire bouger les choses mais pour préserver le plus de choses, le plus de dispositifs. [...] *Il y a des amendements qui proposent d'améliorer le dispositif, mais c'est un peu… C'est une base de principe… C'est quelque chose qu'on fait par principe, mais on sait très bien que ça ne marchera pas et que l'essentiel, c'est de préserver le dispositif existant. En fait, il y a une régression progressive.*

C'est assez classique de la part de la droite en matière d'immigration. On présente d'abord un projet très très dur, y compris pour satisfaire ou supposer satisfaire un certain électorat, et en fait au fil du processus législatif et encore plus l'écriture des décrets, on adoucit le truc pour essayer de contenter un peu tout le monde. C'est ultra classique en matière d'immigration. [...] *Le rapport de force il est : quelques alliés au ministère de la Santé et parmi les parlementaires qui, plus dans les milieux médicaux, sont attachés à l'accès au soin universel.* [...] *C'est un rapport de force hyper défensif en fait.*

1.2.2. L'expertise acquise par les groupes d'intérêt : l'évaluation des textes en vigueur

Comme observés en première partie, les groupes d'intérêt s'attachent tout particulièrement à évaluer les textes en vigueur. Un militant de MdM se prononce en ce sens.

Rencontre de parlementaires, constitution de dossier, un étayage avec des témoignages, tout un recueil de données, c'est comme ça qu'on a notre observatoire de l'accès au droit et aux soins des étrangers.

Ces données sont ainsi très appréciées du Défenseur des droits (DDD) et, dans une moindre mesure, de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) en raison de leur rareté. Ce lien entre les groupes d'intérêt et le DDD serait, cependant, décrié par le ministère de l'Intérieur. À noter, à nouveau, que la régularisation de tous les sans-papiers est définie comme étant une position extrême par l'un de ces militants.

Le DDD, il se base sur les rapports des associations parce qu'il y a très peu de rapports officiels. Si tu regardes les rapports du ministère de la Santé et du ministère de l'Intérieur, ils sont quasi inexistants sur la question [...] *Il y a un peu une stratégie de discrédit du Défenseur des droits de la part du ministère de l'Intérieur, notamment… Enfin, c'est quelque chose d'officieux, je dis pas que c'est savamment organisé par le ministère de l'Intérieur, mais à force de dire que le défenseur des droits est trop proche des associations, ça vise à le décrédibiliser. Et, tu regardes les rapports de la Commission nationale consultative des Droits de l'Homme, c'est pareil.*

Je pense qu'on est plus des lanceurs d'alerte et des personnes qui remontons l'information, mais même, par exemple, le DDD, les infos, il les a par nous, c'est-à-dire que c'est nous qui saisissons le DDD en disant : 'Attention, il se passe ça. On vous avertit sur une situation, ou plein de situations', et lui, il utilise cette force, cette matière, pour, ensuite, émettre des avis. Donc, lui, il a un impact quand même beaucoup plus fort. [...] *Le milieu associatif, en France, est vraiment perçu comme un milieu de gauchistes, qui vont s'enchaîner sur des grilles en criant : 'A mort l'État !'.* [...] *En France, le mot 'militant' est presque devenu un gros mot, au niveau des politiques. On est souvent perçus comme des hurluberlus, un peu passionnés, qui souhaiteraient que la population migratoire entière ait des papiers.*

Les négociations lors de la PUMA ont ainsi permis aux groupes d'intérêt de faire remonter l'observation suivante : la liste limitative des documents permettant d'accéder à la PUMA oublie les pièces délivrées en pratique par les préfectures et non prévues par les textes (justificatifs de rendez-vous, etc.). Ces documents imprévus auraient ainsi contraint les étrangers à demander l'AME. Les propos suivants émanent de trois militants qui n'hésitent pas, dans le cadre de ces discussions, à dénoncer l'« oubli », la « méconnaissance » et l'« incompétence » de l'administration.

C'était impressionnant parce que dans les discussions qu'on a eues à propos de la PUMA, d'abord, a priori, ils ont oublié qu'il y avait des étrangers pour la PUMA, et donc ils s'en sont rendu compte à partir des discussions qu'on avait avec eux. Et c'était impressionnant parce qu'on leur disait toutes les pratiques des préfectures et les documents qui étaient remis aux demandes des renouvellements des titres ou au moment des premières demandes de titres de séjour. [...] *On leur a*

> *envoyé soixante documents qui n'existent pas dans les textes mais qui sont donnés dans les différentes préfectures pour le renouvellement des titres* [...] *Ils ne se sont pas rendu compte que ça allait faire des dégâts considérables...*

> *Les rédacteurs du texte n'avaient pas vraiment ces questions-là en tête quand ils ont modifié des questions de maintien de droit.* [...] *J'aurais tendance à penser que c'était plus de la méconnaissance. Pas vraiment de malveillance, parce qu'ils étaient plutôt réceptifs aux remarques.*

> *On a vraiment l'impression que c'est plus par incompétence d'ailleurs et par manque de préoccupation que par volonté politique, c'est-à-dire qu'ils avaient prévu un système qui marchait très très bien pour tout le monde sauf pour les étrangers en situation précaire, tout simplement parce qu'ils ont pas pris en compte les pratiques des préfectures qui délivrent des documents qui sont pas prévus par la réglementation.*

L'expertise des groupes d'intérêt français a été montrée au deuxième chapitre pour les instruments sanitaires. Ce savoir leur permet d'acquérir une certaine légitimité aux yeux de l'administration et de la presse, voire également de certains parlementaires. Cette légitimité explique les rétroactions négatives obtenues par ces groupes et valide la définition du sous-système du modèle des coalitions de cause : un sous-système est en grande partie composé de spécialistes de l'action publique, c'est-à-dire d'individus et d'organisations ayant un positionnement argumenté.

1.2.3. Quelques exemples de rétroactions négatives

Les témoignages mettent en avant quatre cas de rétroaction négative. Le premier concerne le FSUV, créé en 2003 à l'initiative notamment des groupes d'intérêt afin de compenser l'exigence d'une résidence de trois mois pour bénéficier de l'AME. Le FSUV a ainsi été immédiatement mis en place pour compenser les impayés sanitaires d'étrangers résidant en France depuis moins de trois mois. Un militant associatif retrace cette histoire.

> *En 2003, quand, dans la Loi de Finances de l'État, on décide de restreindre l'AME en mettant la condition d'antériorité de trois mois, il y a un gros branle-bas de combat ; les associations montent au créneau, il y a des publications, il y a des tribunes, il y a des associations — y compris les syndicats de médecins.* [...] *Et on dit : 'Ce n'est pas possible ! On va laisser des gens sans soins. C'est une aberration !'. Et, à ce moment-là, c'est là qu'ils disent : 'Oui, oui. Alors, on va créer un article qui va créer un dispositif 'soins urgents et vitaux' pour ceux qui vont être exclus de l'AME', mais uniquement à l'hôpital, uniquement pour des soins urgents et vitaux, avec toutes les restrictions qu'on connaît. Donc, ce que l'on perd à un endroit, on essaye de la regagner, mais on ne regagne pas tout, on limite les dégâts, vous comprenez ?*

Un autre exemple concerne le ticket modérateur pour le bénéfice de l'AME. Cette participation financière a ainsi été insérée dans la loi mais, sous la pression des groupes d'intérêt, n'a jamais été en vigueur en raison de l'absence de décret d'application. Les propos ci-dessous émanent également d'un militant.

> *En 2002, les sénateurs votent la non-gratuité des soins, le ticket modérateur, qui est toujours dans la loi sur l'aide médicale d'État mais qui n'est pas appliqué, parce qu'on attend un décret. Les associations montent au créneau en disant : 'C'est scandaleux !'. Donc, le gouvernement, alors que les députés et les sénateurs — les parlementaires — ont passé la loi ; cette disposition qui est, toujours, dans le code de l'action sociale des familles, n'est pas appliquée parce que le décret n'est jamais sorti. En gros, le gouvernement ne va jamais sortir le décret parce qu'il va y avoir une grosse pression sur lui, du monde médical, du monde associatif, etc. Donc, ce que l'on perd au législatif, on essaye de le compenser.*

Une troisième illustration est relative à la déclaration sur l'honneur qui, selon ce même militant, permet au gouvernement de s'ajuster aux velléités de sa majorité regrettant l'absence de ce décret d'application.

> *Comme les députés, qui sont un peu acharnés, un peu obnubilés sur l'AME — on le voit chaque année —, reviennent chaque année à la charge en posant des amendements, en disant : 'Mais pourquoi vous ne mettez pas le décret ? Ce n'est pas normal.', en échange, le gouvernement leur dit : 'Mais on va durcir l'accès par les exigences —*

exigences de justification d'identité, etc.'. Donc, on sort des décrets en 2005, deux décrets ; et ces décrets vont, par exemple, supprimer le principe déclaratif sur l'identité, etc., etc. Et, pareil, ces décrets, ils durcissent ; mais, nous, on négocie, aussi, sur les décrets, ce qui fait que l'on arrive, un petit peu, du côté du ministère… Le ministère, vis-à-vis des parlementaires ou des politiques, arrive à dire : 'Regardez, on restreint, on change, par ce décret.' ; et puis, quand même, dans le décret, ils laissent quelques petites fenêtres entr'ouvertes en disant : 'On pourra, quand même, prouver son identité, ou prouver la durée de sa résidence, par d'autres choses, par une attestation de professionnel de santé…' On supprime le déclaratif mais on le réintroduit, un petit peu indirectement, par d'autres dispositifs. Et on négocie, et on continue à négocier et, au niveau de la circulaire qui suit — circulaire AME de 2005 —, on obtient, encore, une interprétation beaucoup plus ouverte, encore, que le décret. Donc, ce que l'on perd à certains endroits, on essaye, on essaye de le gagner dans l'application, après. Mais, à la fin, on a quand même perdu quelque chose par rapport à la situation antérieure.

Ce phénomène est confirmé par un administratif de la CNAM.

Est-ce que vous essayez de négocier un nouveau décret pour modifier ce décret de 2005 ?
Non parce que ça, ça ne passera pas, politiquement ça ne passe pas.
Pourquoi ça ne passerait pas ?
Parce qu'en face vous avez les associations d'usagers et des personnes étrangères qui sont vent debout sur ces sujets et qui sont très attachées au tout document.

Quatrièmement, enfin, l'aller-retour qu'a subi le critère d'effectivité concernant la régularisation pour soins s'explique également, selon un militant, par l'action des groupes d'intérêt. Ce témoignage insiste également sur le soutien de la presse et des médias qui ont, en partie, permis cette réussite.

En 2011, l'impact des assos a été assez fort, quand même. Moi, je pense. Et c'est surtout qu'elle a été forte parce qu'elle a été, quand même, beaucoup relayée, par les médias. En fait, c'est vrai que, là, on a oublié une force qui est assez importante, mais la force des médias, elle est énorme. En fait, il y a eu beaucoup de relais médias, il y a eu beaucoup de questions, il y a eu beaucoup de… Le Monde Diplo. qui va faire une étude, Libé, La Croix… enfin, il y a eu

> *énormément de relais, avec des questions, avec des prises de position. Et donc ; il y avait, je pense, quand même, toute une presse qui, au départ, était anti-Hortefeux, anti-Besson, anti-Sarko, enfin, il y avait des questions. Et puis, c'est vrai que, cette fois-ci, il a vraiment cristallisé la problématique sur les migrants dans son discours, ce qui fait que les médias sont complètement rentrés dedans, et qu'on a eu une visibilité énorme sur le sujet.*

Ce soutien médiatique est aussi mis en avant par un ancien membre de la direction générale de la santé.

> *Quand les assos tapent du poing sur la table, ça fait bouger les choses quand même.* [...] *Parce que je pense que les politiques ont un petit peu peur.* [...] *Parce qu'il y a des associations très puissantes comme AIDES qui ont leurs entrées très facilement au cabinet. Il y a des décisions qui se prennent aussi un peu par démagogie, enfin sur le fonds c'est peut être bien mais par un peu de démagogie, par crainte des remous, par crainte d'un truc qui va sortir dans la presse, c'est aussi parfois ça qui font que les décisions sont prises quand même.*

Les témoignages sont légèrement moins nombreux pour la rétroaction positive des groupes d'intérêt.

1.3. Quelques exemples de rétroaction positive

Quatre exemples de rétroaction positive sont donnés en entretien. Le premier est relatif à la création des PASS initiées par MdM et, plus précisément, par Jacques LEBAS au sein de l'APHP (Assistance publique Hôpitaux de Paris). La proximité entre Jacques LEBAS et Bernard KOUCHNER, notamment, a ainsi permis à MdM, en respect de sa philosophie, de se délester de cette expérimentation. Le collectif PASS relate ainsi cette histoire et cette philosophie.

> *Avant les PASS, il y a les Consultations Précarité, donc 92 à St Antoine et 93 à Saint Louis.* [...] *Jacques Lebas était plutôt dans un tropisme MdM. Il s'était plutôt rapproché de cette association-là, et qui continue actuellement leur doctrine qui est : on fait un dispositif spécifique le plus éphémère possible, c'est-à-dire que tant que le*

> *pouvoir public ne remplit pas une fonction, les associatifs que nous sommes font mettre en place quelque chose, mais du même temps ils font un plaidoyer en disant 'mais c'est dégueulasse qu'on ait besoin de nous'. Normalement les pouvoirs publics doivent... Et ce fonctionnement en paradoxe les amène à faire cette double mission.* [...] *C'est grâce au lien qui existait d'amitié et de proximité entre on va dire Jacques Lebas et Bernard Kouchner et d'autres personnes du champ politique que ça a permis de remonter directement.*

Ce scénario est confirmé par MdM.

> *On a tellement bien conduit notre travail ensemble que maintenant les PASS dans Paris intra-muros, et c'était pareil à Nantes, répondent à la demande. Donc il n'y a plus aucune raison que l'on fasse du soin. Donc nous fermons l'activité de soin du CASO, donc le CASO ferme puisque c'est un centre d'accueil de soins et d'orientation.* [...] *Jacques Lebas a développé un modèle qui s'est transformé en... C'est l'histoire des PASS, c'est Jacques Lebas qui était médecin à Saint-Antoine, qui a développé le modèle, et bien évidemment c'était en 1993.*
> ***Il y avait un nom à l'époque ?***
> *1993, c'était la consultation Baudelaire. Je crois que ça s'est appelé comme ça d'emblée.* [...] *Quand il y a eu les lois contre l'exclusion, il a vendu son modèle au droit commun.*
> ***Et c'est vraiment le créateur, pour vous, des PASS ?***
> *Ah oui !*
> ***Aucune autre association n'avait fait de modèles similaires ?***
> *Non, non. Des modèles similaires n'existaient pas.*

Un autre militant va également dans ce sens.

> *Parlons-en des PASS. C'est Jacques Lebas, consultation Baudelaire. Jacques Lebas, un type qui venait de Médecins du Monde, en fait il a pris un système, il l'a inventé, par son infirmière. Un système de terrain.*

Une seconde illustration de rétroaction positive concerne les CDAG initiés, eux-aussi, par MdM. Les propos ci-dessous proviennent de cette même organisation.

> *C'est MdM qui a eu cette idée-là, faire des CDAG. Alors après le terme CDAG. On était en 1986, on était en pleine épidémie de sida, sans traitement.* [...]
> ***Pourquoi l'anonymat ?***
> *Parce que la personne fera ce qu'elle voudra de son résultat. On n'a pas à s'ingérer dans sa vie.* [...] *Et les CDAG sont passés en droit commun, c'est-à-dire que nous, on avait créé notre centre, la création du premier CDAG de droit commun, public, je ne me souviens plus à quand elle remonte mais ça a été bien 4/5 ans après la création de notre centre à nous.* [...] *MdM, et c'est son principe, de développer un modèle, d'en montrer la plus-value, la faisabilité, le coût éventuel. Et s'il marche, on demande à l'institution de le prendre.* [...] *Nous ne faisons plus de dépistage. Ça, c'est un principe de MdM, à partir du moment où on transfert une activité vers ailleurs, nous on ne la prend plus en charge.*[1298]

Le troisième exemple est relatif à la régularisation pour soins. Pour la première fois, en revanche, les militants n'ont pas la même interprétation pour comprendre l'efficacité de l'action des groupes d'intérêt envers la non-expulsabilité des étrangers malades (loi « Debré »). Ainsi, si le premier témoignage fait état des victoires auprès de la CEDH contraignant ainsi la loi française, le second insiste sur la pression exercée par les groupes d'intérêt à l'occasion des occupations d'églises ainsi que par le soutien de la presse à l'égard des étrangers.

> *Parce que, en 1996, la Loi Debré — c'était sous la droite —, c'est quand même là que ça commence. Ça commence, quand même, par un combat juridique, c'est-à-dire que l'on va faire condamner par les tribunaux, par la Convention européenne des droits de l'homme puis par les tribunaux administratifs, le Conseil d'État, des expulsions d'étrangers malades qui vont être assimilées, quand on renvoie les étrangers à la mort, à une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme : 'traitement cruel, inhumain et dégradant'. C'est la torture ! Renvoyer quelqu'un là où il ne va pas pouvoir se soigner et mourir plus vite, c'est de la torture. C'est ce que vont dire les juges et, donc, vont interdire ; donc, vont condamner les préfectures. Face à ça, il va y avoir dans la loi 'Debré' de 1996, une première disposition qui va donner un droit à la non-expulsion des étrangers malades qui s'ils étaient renvoyés… etc., etc. Non-expulsion mais pas attribution de titre de séjour.*

> *Après, 1996, Saint-Bernard, les CRS qui envahissent l'église, ça n'avait pas été qu'une bonne affaire pour la droite, donc il y avait la nécessité de lâcher un peu de lest. Et parallèlement, il va y avoir une super fenêtre médiatique, c'est-à-dire que Debré dit il n'y a pas besoin de loi, on régularise très bien au cas par cas. Et là, il y a l'expulsion de Libé qui fait la une de Libé et voilà. Il y a une superbe petite séquence médiatico-parlementaire qui fait qu'ils sont un peu acculés à faire quelque chose. Mais je pense que la reformulation de… C'est le moment où on commence à parler, le mot clandestin est moins utilisé, on parle plutôt de sans-papiers, la figure du travailleur sans-papiers malien émerge beaucoup, alors elle existait mais elle prend une place publique plus importante. On a les mouvements sociaux de 1995. Donc on a quand même un contexte politique qui est quand même plus favorable entre 1995 et 2000 pour faire émerger ce genre de choses.*

MdM insiste, enfin, sur son action visant à pérenniser les CEGIDD, les CPEF et les PASS.

> *On a eu quelques plaidoyers pour la fusion CDAG-CIDDIST qui ont donné les CEGIDD ce qui nous paraissait quand même très important. Mais pas seulement axé sur VIH et hépatites mais d'intégrer les IST. Et les centres de santé sexuelle, ça nous paraît très important. Pareil pour la planification, l'éducation familiale, on est en soutien pour demander leur pérennisation, leur développement, les moyens qu'ils leur sont donnés.* [...] *On fait un plaidoyer actif pour soutenir les PASS dans leur pérennisation et tout. Pas de problème. Auprès de la DGOS, on est connu comme poil à gratter des PASS.*

Si l'on ajoute l'exemple de la PUMA, cinq exemples de rétroaction négative s'opposent ainsi à quatre cas de rétroaction positive. Il semble ainsi qu'il soit légèrement plus facile pour les groupes d'intérêt de verrouiller les instruments en place plutôt que d'en proposer des nouveaux. Ces rétroactions positives et négatives s'expliquent ainsi par trois éléments cumulatifs : un positionnement argumenté des groupes d'intérêt leur permettant d'apparaître comme étant des spécialistes, une proximité certaine avec le ministère de la Santé et un fort soutien médiatique.

Inversement, aux États-Unis, un seul cas de rétroaction négative a été identifié et aucune rétroaction positive n'est observée. En effet, en plus d'avoir une presse peu favorable à l'accès aux soins des étrangers irréguliers, ce pays ne possède pas de groupes d'intérêt virulents sur cette question en raison des difficultés qu'ont les États-Unis à croiser l'immigration et la santé. Ce pays fait donc l'objet d'un important verrouillage idéel.

2. Le verrouillage idéel étasunien d'après les entretiens

Les États-Unis doivent faire face à un double obstacle : le sujet de l'accès aux soins est mis de côté par les groupes d'intérêt (**2.1**) et l'argent facilite l'obtention d'une victoire législative au niveau fédéral (**2.2**). Les groupes d'intérêt les plus mobilisés usent ainsi d'une double stratégie : agir au niveau réglementaire pour l'échelon fédéral et au niveau législatif pour les États fédérés (**2.3**).

2.1. L'accès aux soins des étrangers irréguliers : un sujet ignoré par les groupes d'intérêt

Les groupes d'intérêt évitent le sujet de l'accès aux soins des étrangers pour deux raisons. Premièrement, ils craignent de perdre ce qui est acquis en raison d'une possible contre-attaque provenant des Républicains. Les témoignages ci-dessous, bienveillants à l'égard des étrangers, sont issus de militants, de chercheurs et de parlementaires. Cette forme d'autocensure (verrouillage idéel) confirme ainsi l'importance et l'autonomie du noyau dur des croyances qui est capable d'agir sur l'action publique indépendamment des acteurs individuels ou collectifs.

> *If we shout too loudly, we could attract attention from the Republican Congress.*

> *If you ask then the Republicans ask and then the next thing you know, the Republicans will be trying to pass a law to say you can't even voluntarily help people!*

> *Don't point at it too much! It can disappear.*

> *But we don't bring it up because we don't want our Republicans colleagues to latch onto that.*

> *Even people who weren't really worried about abortion or immigration would use those issues to oppose it* [NDA : lors d'*Obamacare*].

> *Do we really to put a spot like the Ryan White is being used that way and get Congress debating about 'Oh no, stop it!' ?*

> *We don't talk about it in a bigger group because we don't want it to be attacked.*

> *One of the issues that the Republican opponents of Obamacare raised was that it was going to give health insurance to illegal immigrants. It was a huge debate.*

Secondement, ces groupes d'intérêt étant divisés sur la question de l'accès aux soins des étrangers irréguliers, ce sujet est souvent sacrifié sur l'autel des négociations préalables à des actions collectives. Cet exemple de non-consécration matérielle (verrouillage idéel) confirme, à nouveau, la soumission des groupes d'intérêt au noyau dur des croyances. Un militant s'exprime en ce sens.

> *'Okay fine, we won't push for the universal access to healthcare for all regardless the immigration status, in exchange for something else.' The problem is, even though we are supportive, it's easy to give up on that early during negotiations, and that often happens.*

2.2. L'importance de l'argent pour une victoire législative

Les groupes d'intérêt s'accordent pour affirmer que l'argent favorise amplement une victoire législative pour deux raisons. D'une part, les campagnes publicitaires permettent d'orienter l'opinion des électeurs.[1299] D'autre part, l'argent permet d'arroser les campagnes électorales[1300] de manière illimitée depuis un récent arrêt[1301] de la Cour suprême.

En matière de santé, les groupes d'intérêt puissants sont ainsi les compagnies d'assurance représentées notamment par *AHIP* (*America's Health Insurance Plans*), les grosses entreprises qui agissent par l'intermédiaire de la Chambre du commerce[1302] (dont les compagnies d'assurance et les compagnies pharmaceutiques), les professionnels de santé représentés par *AMA*, les associations de patients (dont l'*American Association of Retired Persons – AARP*), les compagnies pharmaceutiques agissant par l'intermédiaire de *PhRMA* et les hôpitaux (*AHA* notamment).[1303]

La conséquence directe de ces influences implique un statu quo législatif du système de santé fédéral visant à maintenir la privatisation de ce système ainsi que des tarifs élevés.[1304] En revanche, quelques avancées parviennent à être verrouillées par les groupes d'intérêt bénéficiaires. Tel est le cas de *340B* selon un représentant d'hôpitaux qui relate un cas de rétroaction négative au Congrès.

> *I think that it will be really hard for the drug companies to assemble a majority of Congress to dramatically restrict the program. I could be wrong but I think there are so many hospitals and clinics involved that drug companies will have a hard time eventually doing that. And I think they had been an attempt two months ago. There was a draft legislation that was introduced in Congress literally at night, to change the 340B program. And we successfully stopped it – having our hospitals that would have been affected to go to their congressmen and say 'This would be a disaster for the people of Houston, or Las Vegas'.*[1305]

Cette double contrainte impose ainsi le déploiement de stratégies de contournement de la part des groupes d'intérêt.

2.3. Deux stratégies déployées par les groupes d'intérêt : les règlements fédéraux et la loi des États fédérés

Les groupes d'intérêt sont ainsi contraints d'agir « dans l'ombre »[1306]. Ils déploient deux stratégies principales. La première privilégie le niveau réglementaire, moins passionnel et plus technique que le niveau législatif. Les sources écrites des groupes d'intérêt pour *340B* ont effectivement mis en avant

un attachement tout particulier pour les commentaires publics (*public comments*). Cet échelon réglementaire permet ainsi de contrer l'insuffisance financière des groupes d'intérêt selon trois militants.

> *I think in the regulatory process they have to be persuasive with their arguments; they can't just say 'we want it because we are the pharmaceutical industry'.*

> *When you're at the level of legislation – the law – it is very political, and many times the political component totally ignores reality and facts – it is just what politically sounds good. When you are at the department level those are the people who actually have to run the program, so they understand the reality of the situation and they're interested in solutions to their problems. If I go in there and I talk politics, that doesn't help them. You are much better able to have that conversation with them.*

> *In terms of the ACA I want to say maybe 70% of NCLR's recommendations or comments during the regulatory phase were included in the final regulation*

Ce travail réglementaire s'effectue de manière collective selon ces mêmes groupes d'intérêt.

> *Prepare our comments to the regulation and then two weeks before the deadline we send it nationally to organizations across the country and they copy and paste different pieces of it.*

> *Summaries those comments in a sign-on letter and we'll circulate it to other groups we work with, either at the state or national level, and if the other groups agree with what we're saying, they will sign on as well.*

La seconde stratégie utilisée est l'action législative au niveau des États fédérés dans l'espoir qu'un jour, ces « laboratoires »[1307] agissent sur le niveau fédéral. Les témoignages suivants proviennent d'administrations, de groupes d'intérêt, d'équipes parlementaires et de chercheurs.

> *I don't think we would ever have enough federal representation to get access to healthcare. At a state level potentially in a few places I think, but it's going to be a hard fight.*

> *I am more optimistic at seeing gains at the state level.*

> *We used information and stories from states that were covering all immigrants.*

> *Talking about how health reform worked in New England, Massachusetts, Vermont and Maine, and what lessons the federal government could learn.*

> *It's just not politically possible to have that discussion* [NDA : permettre l'accès à une couverture médicale publique ou privée aux sans-papiers] *in this country.*

Deux membres du Congrès et de l'administration n'ont ainsi pas le souvenir d'avoir traité du sujet de l'accès aux soins des étrangers irréguliers dans leur fonction.

> *I actually never had anyone coming in and talked to me about 'improving access to care for undocumented workers' because I think people just don't want to talk about it.*

> *When I was in government, I have no recollection of explicit mention of illegal aliens as an object of care.*

Ce verrouillage idéel et ces stratégies de contournement expliquent ainsi les rares cas de rétroaction négative et l'absence de rétroaction positive au niveau fédéral.

3. Conclusion : les entretiens valident les deux hypothèses de recherche

Les deux hypothèses initiales de la thèse affirmaient les deux postulats suivants : d'une part, les rétroactions négatives agissent surtout en France et, d'autre part, le noyau dur des croyances est surtout contraignant aux États-Unis. Les

entretiens vont exactement dans ce sens en ignorant globalement le noyau dur français et les rétroactions négatives étasuniennes. La France est donc dominée par des rétroactions négatives en raison de l'activité des groupes d'intérêt et les États-Unis sont soumis à un verrouillage idéel les empêchant de se mobiliser de la sorte.

En revanche, si les sources écrites sont difficilement utiles pour établir, ou non, la présence des rétroactions, elles mettent tout de même en avant un noyau dur français qui se distingue nettement du noyau dur étasunien en dépit de leur caractère peu verbeux. La conclusion générale revient sur l'ensemble des résultats.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette conclusion générale traite des principaux résultats de la thèse (**section 1**) et ouvre, enfin, sur d'autres pistes de recherche (**section 2**).

SECTION 1. LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA THÈSE : LE PROCESSUS D'HOMÉOSTASIE IDÉELLE

Si les entretiens et les sources écrites confirment l'hypothèse des rétroactions négatives françaises, la question du noyau dur des croyances est plus confuse. Ainsi, les entretiens français insistent peu sur ce noyau contrairement aux entretiens étasuniens. Pourtant, les sources montrent, de manière très nette, un noyau dur distinct propre à chacun des pays. Le tableau ci-dessous résume ainsi la démonstration de la thèse pour ces deux hypothèses.

TABLEAU 84 • Démonstration de la thèse pour les deux hypothèses de recherche

	NOYAU DUR DES CROYANCES	**RÉTROACTION NÉGATIVE**
PROVENANCE	État de l'art	Historique juridique des instruments
HYPOTHÈSE	Noyau dur expliquant cette stabilité, aux États-Unis notamment	Rétroaction négative expliquant cette stabilité, en France notamment
RÉSULTAT DES ENTRETIENS		
RÉSULTAT DES SOURCES ÉCRITES	Noyaux durs agissant dans ces deux pays	

L'analyse des sources écrites et des entretiens permet ainsi de créer le processus d'homéostasie idéelle mettant en avant trois activités du noyau dur des croyances : le verrouillage idéel (autocensure) et les rétroactions positive (autorenforcement) et négative (autocorrection). Ce processus combine ainsi la théorie du point d'équilibre et le cadre des coalitions de cause. Ces deux modèles ont déjà été assemblés par la littérature mais de manière insuffisante. En effet, soit les publications s'intéressent peu à la stabilité en privilégiant les rétroactions positives, soit elles établissent, de manière très imprécise, une relation entre les images, le monopole et les croyances des coalitions de cause sans pour autant finaliser un schéma permettant de comprendre exactement la

relation entre ces deux modèles. Le schéma du « pendule » de l'homéostasie idéelle apporte ainsi une dimension temporelle au cadre des coalitions de cause saisissant le « dynamisme » de la stabilité de l'action publique.

L'action publique française ou étasunienne est, logiquement, le reflet d'un tel schéma – celui-ci découlant en effet de l'observation de ces deux pays. En ce sens, si le cas français est touché par des rétroactions positives, c'est surtout les rétroactions négatives qui dominent le pays. Inversement, l'action publique étasunienne fait l'objet d'un verrouillage idéel.

Plus précisément, les rétroactions positives et négatives françaises sont le fruit d'une opposition entre les groupes d'intérêt et les élus (parlementaires et discours présidentiels). Ainsi, si les groupes d'intérêt se mobilisent en faveur de l'accès aux soins des étrangers irréguliers, certains élus français s'y opposent. Ces groupes d'intérêt font donc consacrer légalement certains dispositifs (rétroaction positive) tout en faisant reculer les tentatives de dégradation de ces dispositifs de la part des élus (rétroaction négative). Ces groupes d'intérêt sont influents pour trois raisons : d'une part, aucun groupe d'intérêt ne s'oppose à eux, d'autre part, ils bénéficient d'une grande proximité avec le ministère de la Santé, et, enfin, ils sont largement relayés dans la presse. En revanche, cette influence devrait se réduire pour deux motifs : premièrement, l'influence de la tradition catholique est en baisse et, secondement, le ministère de la Santé perd de plus en plus ses prérogatives en matière d'immigration. Il est donc attendu que l'accès aux soins des étrangers irréguliers se dégrade en France à court et moyen terme. Ce phénomène devrait prioritairement toucher l'AME voire, dans une moindre mesure, la régularisation pour soins au vu des baisses récentes des titres de séjour délivrés.

Aux États-Unis, le verrouillage idéel domine. L'action publique étasunienne croise ainsi très difficilement les thématiques d'immigration et de santé. En conséquence, le sujet est peu politisé. Ainsi, si les groupes d'intérêt tentent tout de même de verrouiller les instruments en place par des rétroactions positives (augmentations budgétaires et du nombre des bénéficiaires), ils ne se mobilisent pas en faveur de l'accès aux soins des étrangers irréguliers. Le verrouillage des

instruments en vigueur est lui-même ardu en raison de l'opposition de la part d'autres groupes d'intérêt. Cette forme d'autocensure est ainsi visible à trois niveaux. D'une part, le Congrès a des équipes parlementaires distinctes sur les sujets de l'immigration et de la santé et privilégie les sujets non clivants. D'autre part, les groupes d'intérêt évitent une telle revendication et s'associent rarement entre eux s'ils traitent de thématiques dissemblables (migratoire et sanitaire). Enfin, les enquêtés conçoivent difficilement la possibilité de régulariser un étranger en raison de son état de santé. Si des régularisations ponctuelles sont envisageables à l'avenir[1308], il est en réalité difficile de prévoir l'évolution de l'accès aux soins des étrangers irréguliers dans ce pays à court, moyen et long terme.

Enfin, cette thèse présente cinq apports à l'analyse de l'action publique. Premièrement, elle encourage l'utilisation de deux vocables. Le caractère « naissant » d'un sous-système est ici « immature » et les typologies de la littérature pour définir un sous-système décrivent ici les coalitions de ce sous-système et non ce dernier. Deuxièmement, cette thèse précise les termes de rétroactions positive et négative afin de construire son processus d'homéostasie idéelle. Troisièmement, elle propose de nommer l'immatérialité par le « verrouillage idéel », c'est-à-dire l'autocensure consciente ou inconsciente des acteurs collectifs et individuels se matérialisant, justement, par une non-matérialité. Quatrièmement, le processus d'homéostasie idéelle associe ces trois processus en les soumettant au noyau dur des croyances, permettant ainsi de mieux saisir les relations entre les institutions, les idées et les intérêts. Ainsi, si l'intérêt de défendre, ou non, l'accès aux soins des étrangers irréguliers est globalement soumis au noyau dur et se concrétise par certains instruments d'action publique, ce noyau n'empêche pas, néanmoins, de voir émerger à sa périphérie des revendications visant à dégrader ces instruments, à les développer ou à en créer des nouveaux. Des rétroactions positives peuvent ainsi conduire à sensiblement déplacer ce noyau dur des croyances. Ce noyau dur joue également sur les institutions et, plus précisément, sur l'organisation des groupes d'intérêt. De même, l'institution du Congrès (élections bisannuelles et importance des réformes dans le temps), le découpage des circonscriptions françaises et l'affiliation partisane jouent sur l'intérêt de défendre, ou non, l'accès

aux soins des étrangers irréguliers. Enfin, cinquièmement, cette thèse valide l'existence des coalitions de cause, en plus du noyau dur des croyances, et élabore un protocole d'observation du niveau de maturité des sous-systèmes. Le niveau de maturité est ainsi fonction du nombre d'occurrences instrumentales, pour un seul pays, et du niveau de polarité entre coalitions, pour plusieurs pays. La section suivante ouvre sur d'autres pistes de recherche.

SECTION 2. D'AUTRES PISTES DE RECHERCHE

Deux perspectives de recherche apparaissent suite à ce travail. La première est propre au rôle que peuvent jouer les étrangers irréguliers dans la mise en forme d'un récit (*policy narrative*)[1309] non cloisonné au noyau dur des croyances en raison de leur « exotisme ». En effet, pour reprendre les propos d'Anne McNEVIN, les étrangers irréguliers ne sont pas seulement les victimes de l'action publique, ils peuvent également y participer ponctuellement en modifiant les contours de la citoyenneté : "*Irregular migrants are makers and shapers of citizenship*. […] *The processes through which migrants are made into irregular subjects are a key focus of this study because they illuminate the changing forms that sovereign power takes and alert us to the spatial techniques deployed to obscure its operation. But equally important and transformative are the ways in which irregular migrants reconstitute themselves as equal subjects of justice.*"[1310] Ainsi, la relation qu'entretiennent ces étrangers avec le noyau dur du pays d'accueil est peut-être une piste pour envisager l'avenir de l'action publique dans ces États.

Enfin, l'évolution récente du noyau dur français offre à voir un dynamisme rare. Comment un noyau dur des croyances évolue-t-il ? Quels acteurs individuel ou collectif encouragent une telle évolution ? Quelle résistance freine ce processus ? Quels extrants (*outputs*) et quels impacts (*outcomes*) découlent de ce déplacement idéel ? Une attention particulière doit être portée au milieu académique qui, en dépit de sa bienveillance unanime en France, d'après l'état de l'art de cette thèse, semble se transformer.

NOTES DE FIN

[1] Comité médical et médico-social d'aide aux migrants, *La santé des migrants* (Droit et Liberté, 1972).
[2] « La lutte des sans-papiers », *Plein droit* n° 11, juin 1990. URL : www.gisti.org (dernière visite : 16 mai 2018) ; Francis CORNU, « Une nouvelle dérogation à la circulaire Fontanet », *Le Monde*, 11 avril 1974 ; Johanna SIMEANT, « Immigration et action collective. L'exemple des mobilisations d'étrangers en situation irrégulière », *Sociétés contemporaines* 20, n° 1 (1994): 52.
[3] « Le Programme commun de Gouvernement. Parti socialiste - Parti communiste. 27 juin 1972 », *Bulletin socialiste*, juin 1972, 2.
[4] Jean-Marie LE PEN, 24 avril 1974 sur les ondes de l'ORTF cité dans Valérie IGOUNET, « Dans le rétro du FN : 1974, ou la (re)naissance d'un tribun », *Mediapart*, 22 décembre 2016. URL : www.mediapart.fr (dernière visite : 4 septembre 2018).
[5] Programme électoral du Parti socialiste (PS) pour l'élection présidentielle de 1981, « 110 propositions pour la France », avril-mai 1981, point n° 80. URL : http://discours.vie-publique.fr (dernière visite : 4 septembre 2018).
[6] Martin A. SCHAIN, « Immigration and changes in the French party system », *European Journal of Political Research* 16, n° 6 (1988): 597-621. Antoine VIOLET, « P.C.F. : la politique du pitre », *L'Unité*, 16 janvier 1981.
[7] Jean-Marie LE PEN, 15 avril 1988, « Jean-Marie Le Pen - Campagne présidentielle 1988 ». Archive de Institut National de l'Audiovisuel disponible en ligne. URL : www.youtube.com (dernière visite : 4 septembre 2018).
[8] Jean-Marie LE PEN, 21 avril 1995, « Jean-Marie Le Pen - Campagne présidentielle 1995 ». Archive de Institut National de l'Audiovisuel disponible en ligne. URL : www.youtube.com (dernière visite : 4 septembre 2018).
[9] « André LAJOINIE. Programme du Parti communiste. Faites-vous entendre » (24 avril 1988), 6. URL : https://archive.org (dernière visite : 4 septembre 2018).
[10] « Le 23 avril, le vote Robert Hue, votre garantie » (23 avril 1995), 2. URL : https://archive.org (dernière visite : 4 septembre 2018).
[11] Programme de Jean-Marie LE PEN, président du Front national et candidat à l'élection présidentielle de 2002 intitulé « Pour un avenir français », avril 2002. URL : http://discours.vie-publique.fr (dernière visite : 4 septembre 2018).
[12] Programme électoral de Robert HUE, président du PCF et candidat à l'élection présidentielle intitulé « Le projet de Robert Hue pour une politique de gauche. Les 25 engagements majeurs de Robert Hue ». URL : http://discours.vie-publique.fr (dernière visite : 4 septembre 2018).
[13] « Tous les programmes des candidats à la présidentielle 2007 », *Le Monde*, 16 octobre 2006. URL : www.lemonde.fr (dernière visite : 4 septembre 2018).
[14] Marion BRUNET, Jim JARRASSE, Romain RENNER, Geoffroy HUSSON, « Comparez les candidats », *Le Figaro*, 2012. URL : http://elections.lefigaro.fr (dernière visite : 4 septembre 2018).
[15] « Comparateur de programmes. Élection présidentielle 2017 », *Le Figaro*, 2017. URL : www.lefigaro.fr (dernière visite : 4 septembre 2018).
[16] "Republican Party Platform of 1972" (21 août 1972). URL : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[17] "Republican Party Platform of 1976" (18 août 1976). URL : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[18] "Republican Party Platform of 1984", (20 août 1984) ; "Republican Party Platform of 1988" (16 août 1988) ; "Republican Party Platform of 1992" (17 août 1992) ; "Republican Party Platform of 1996" (12 août 1996). Cette revendication de sécurisation des frontières ne cesse depuis lors. URL des sites : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[19] "2004 Republican Party Platform" (30 août 2004) ; "2008 Republican Party Platform" (1er septembre 2008) ; "2012 Republican Party Platform" (27 août 2012) ; "2016 Republican Party Platform" (18 juillet 2016). URL des sites : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).

[20] “1976 Democratic Party Platform” (12 juillet 1976) ; “1980 Democratic Party Platform” (11 août 1980) ; “1988 Democratic Party Platform” (18 juillet 1988) ; “1992 Democratic Party Platform” (13 juillet 1992). URL des sites : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[21] “1980 Democratic Party Platform” (11 août 1980) ; “2000 Democratic Party Platform” (14 août 2000) ; “2004 Democratic Party Platform” (27 juillet 2004). URL des sites : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[22] “2000 Democratic Party Platform” (14 août 2000) ; “2004 Democratic Party Platform” (27 juillet 2004) ; “2008 Democratic Party Platform” (25 août 2008) ; “2012 Democratic Party Platform” (3 septembre 2012) ; “2016 Democratic Party Platform” (21 juillet 2016). URL des sites : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[23] “Republican Party Platform of 1976” (18 août 1976) ; “Republican Party Platform of 1980” (15 juillet 1980). URL des sites : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[24] “Republican Party Platform of 1996” (12 août 1996). URL : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[25] “1980 Democratic Party Platform” (11 août 1980). URL : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[26] “1996 Democratic Party Platform” (26 août 1996). URL : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[27] “1972 Democratic Party Platform” (10 juillet 1972) ; “1976 Democratic Party Platform” (12 juillet 1976) ; “1980 Democratic Party Platform” (11 août 1980) ; “1992 Democratic Party Platform” (13 juillet 1992) ; “2000 Democratic Party Platform” (14 août 2000). URL des sites : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[28] “Republican Party Platform of 1972” (21 août 1972) ; “Republican Party Platform of 1976” (18 août 1976) ; “Republican Party Platform of 1980” (15 juillet 1980) ; “Republican Party Platform of 1984” (20 août 1984) ; “Republican Party Platform of 1988” (16 août 1988) ; “Republican Party Platform of 1992” (17 août 1992) ; “2000 Republican Party Platform” (31 juillet 2000). URL des sites : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[29] “1972 Democratic Party Platform” (10 juillet 1972) ; “1976 Democratic Party Platform” (12 juillet 1976) ; “1992 Democratic Party Platform” (13 juillet 1992) ; “2000 Democratic Party Platform” (14 août 2000) ; “2008 Democratic Party Platform” (25 août 2008) ; “2012 Democratic Party Platform” (3 septembre 2012) ; “2016 Democratic Party Platform” (21 juillet 2016). URL des sites : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[30] “Republican Party Platform of 1992” (17 août 1992) ; “Republican Party Platform of 1996” (12 août 1996) ; “2000 Republican Party Platform” (31 juillet 2000) ; “2004 Republican Party Platform” (30 août 2004). URL des sites : www.presidency.ucsb.edu (dernière visite : 6 septembre 2018).
[31] Thomas S. KUHN, *The structure of scientific revolutions*, vol. 1 (University of Chicago Press, 1962).
[32] Peter A. HALL, « Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain », *Comparative politics*, 1993, 290.
[33] Patrick HASSENTEUFEL, *Sociologie de l’action publique* (Armand Colin, 2011), 247.
[34] Loi du 15 juillet 1893.
[35] Décret du 2 octobre 1888. Ce texte propose un délai de quinze jours au chef de famille pour déclarer l’installation. Or, le contrôle aux frontières étant peu opérationnel à l’époque, peu de documents contraignent alors le respect de ce délai. Cf. Ilsen ABOUT, « Enregistrer et identifier les étrangers en France, 1880-1940 ». URL : http://www.histoire-immigration.fr/dossiers-thematiques/integration-et-xenophobie/enregistrer-et-identifier-les-etrangers-en-france (dernière visite : 30 janvier 2018).
[36] Loi du 8 août 1893. Ce texte prévoit en réalité une déclaration de résidence dans les huit jours suivants un déménagement ou une installation pour les étrangers souhaitant travailler. Or, cette exigence est difficilement réalisable de par la quasi absence des contrôles aux frontières à l’époque. De même, elle n’est posée que pour les personnes souhaitant travailler et non pour celles souhaitant bénéficier de l’AMG. Cf. Ilsen ABOUT, « Enregistrer et identifier les étrangers en France, 1880-1940 ». URL : http://www.histoire-immigration.fr/dossiers-thematiques/integration-et-xenophobie/enregistrer-et-identifier-les-etrangers-en-france (dernière visite : 30 janvier 2018).
[37] Décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953.

[38] Par exemple, en 1981, cela exclut les réfugiés et apatrides (Convention de Genève du 28 juillet 1951), les Algériens (accords d'Evian du 18 mars 1962), les Laotiens (Convention de Paris du 16 novembre 1956), les Etats africains francophones (sauf Guinée et Madagascar), les pays ayant ratifiés la Convention européenne d'assistance sociale et médicale du 11 décembre 1953 (une quinzaine d'Etats européens) et quelques autres pays d'Europe (Pologne, Suisse, Espagne, Andorre, Autriche). Cf. GISTI, « Santé et protection sociale des étrangers », (1981), 27-30. URL : www.gisti.org (dernière consultation : 13 mars 2018).

[39] GISTI, « Santé et protection sociale des étrangers » (1981), 27-30. URL : www.gisti.org (dernière consultation : 13 mars 2018).

[40] Ordonnances des 4 et 19 octobre 1945.

[41] Ordonnance n° 67-707 du 21 août 1967.

[42] Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983, loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 puis loi n° 86-17 du 6 janvier 1986.

[43] Loi n°92-722 du 29 juillet 1992.

[44] Loi n° 93-1027 du 24 août 1993.

[45] Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.

[46] Loi n° 2002-1576 du 30 décembre 2002.

[47] Loi n° 2003-1312 du 30 décembre 2003.

[48] Décret n°2005-859 du 28 juillet 2005.

[49] Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010.

[50] Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011.

[51] Loi n° 2012-958 du 16 août 2012.

[52] Décret n° 2011-1314 du 17 octobre 2011.

[53] Décret n° 2015-120 du 3 février 2015 et décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015.

[54] Paul PIERSON, « When effect becomes cause: Policy feedback and political change », *World politics* 45, n° 04 (1993): 598-608. Cette conclusion se retrouve également chez Theda SKOCPOL, *Protecting soldiers and mothers* (Harvard University Press, 1995).

[55] Paul PIERSON, *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment* (Cambridge University Press, 1994), 1-2.

[56] Jacob S. HACKER, *The divided welfare state: The battle over public and private social benefits in the United States* (Cambridge University Press, 2002), 55.

[57] Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014.

[58] Bernard CRIBIER, « Strasbourg, capitale du mycosis fongoïde de 1919 à 1964, ou la fortune des éponymes », *Histoire des sciences médicales* 45, n° 4 (2011): 415-426.

[59] Loi n° 2004-809 du 13 août 2004.

[60] Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987.

[61] Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999.

[62] Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999.

[63] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

[64] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

[65] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.

[66] Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 et arrêté du 8 juillet 2010.

[67] Loi n° 97-396 du 24 avril 1997.

[68] Loi n° 98-349 du 11 mai 1998.

[69] Ces APS n'autorisaient généralement pas à travailler. Cf. GISTI, « Santé et protection sociale des étrangers » (1981), 29-30. URL : www.gisti.org (dernière visite : 13 mars 2018).

[70] Conseil national du sida, *Avis suivi d'un rapport sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour*, 18 décembre 1995, 8.

[71] CE, 29 juin 1990, n° 115687 ; CE, 22 août 1996, n° 359622.

[72] Décret n° 2002-1500 du 20 décembre 2002.

[73] Accord franco-algérien du 27 décembre 1968 relatif à la circulation, à l'emploi et au séjour des ressortissants algériens et de leurs familles.

[74] Loi n° 2003-1119 du 26 novembre 2003.
[75] Loi n°2006-911 du 24 juillet 2006.
[76] Circulaire du 10 septembre 2010 n° NOR IMIM1000116C.
[77] Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011.
[78] Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016.
[79] Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016.
[80] Les Etasuniens prononcent cet acronyme « dich ».
[81] Public Law 97-35, 1981 (*Omnibus Budget Reconciliation Act*).
[82] Public Law 99-272, 1985 (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*).
[83] Public Law 101-508, 1990 (*Omnibus Budget Reconciliation Act*).
[84] Public Law 102-234, 1991 (*Medicaid Voluntary Contribution and Provider-Specific Tax Amendments*).
[85] Public Law 103-66, 1993 (*Omnibus Budget Reconciliation Act*).
[86] Public Law 108-173, 2003 (*Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act*).
[87] Public Law 111-148, 2010 (*Patient Protection and Affordable Care Act*, dit "*Obamacare*").
[88] Pour un résumé sur les transformations de DSH, cf. MACPAC, « Disproportionate share hospital payments » (2018), URL : https://www.macpac.gov/subtopic/disproportionate-share-hospital-payments/ (dernière visite : 24 janvier 2018).
[89] Public Law 102-585, 1992 (*Veterans Health Care Act*).
[90] Public Law 101-508, 1990 (*Omnibus Budget Reconciliation Act*).
[91] Public Law 108-173, 2003 (*Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act*).
[92] Public Law 109-171, 2005 (*Deficit Reduction Act*).
[93] Public Law 111-148, 2010 (*Patient Protection and Affordable Care Act*).
[94] Notice Regarding Sec. 602 of the Veterans Health Care Act of 1992: Patient and Entity Eligibility, 61 Fed. Reg. 55156-8 (Oct. 24, 1996).
[95] Notice Regarding Sec. 602 of the Veterans Health Care Act of 1992: 340B Drug Pricing Program Omnibus Guidance, 80 Fed. Reg. 52300-167 (Aug. 28, 2015), surnommée "Megaguidance".
[96] Public Law 101-381, 1990 (*Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency Act*).
[97] Public Law 104-146, 1996 (*Ryan White Care Act Amendments*).
[98] Public Law 106-345, 2000 (*Ryan White Care Act Amendments*).
[99] Public Law 109-415, 2006 (*Ryan White Treatment Modernization Act*).
[100] Public Law 111-87, 2009 (*Ryan White HIVAIDS Treatment Extension Act*).
[101] La réautorisation est une forme de rédaction législative du programme indépendante du financement et du fonctionnement de celui-ci. Le Congrès peut donc, annuellement, réapprovisionner ce programme pour maintenir son activité sans passer par une loi de réautorisation.
[102] Public Law 104-146, 1996 (*Ryan White Care Act Amendments*).
[103] Public Law 106-345, 2000 (*Ryan White Care Act Amendments*).
[104] Public Law 109-415, 2006 (*Ryan White Treatment Modernization Act*).
[105] Public Law 111-87, 2009 (*Ryan White HIVAIDS Treatment Extension Act*).
[106] Public Law 88-452, 1964 (*Economic Opportunity Act*).
[107] Public Law 94-63, 1975 (*Special Health Revenue Sharing Act*).
[108] Public Law 101-239, 1989 (*Omnibus Budget Reconciliation Act*).
[109] Public Law 101-508, 1990 (*Omnibus Budget Reconciliation Act*).
[110] Public Law 104-299, 1996 (*Health Centers Consolidation Act*).
[111] Public Law 107-251, 2002 (*Health Care Safety Net Amendments*).
[112] Public Law 110-355, 2008 (*Health Care Safety Net Act*).
[113] Public Law 111-5, 2009 (*American Recovery and Reinvestment Act*).
[114] Public Law 111-148, 2010 (*Patient Protection and Affordable Care Act*, dit "*Obamacare*").
[115] Public Law 114-10, 2015 (*Medicare Access and CHIP Reauthorization Act*).

[116] Public Law 101-508, 1990 (*Omnibus Budget Reconciliation Act*). Cf. §1905 du *Social Security Act* pour *Medicaid*, et §1861(aa)(4) du *Social Security Act* pour *Medicare*.
[117] Données de la *Health Resources and Services Administration* (*HRSA*). URL : https:// datawarehouse.hrsa.gov (dernière visite : 29 janvier 2018).
[118] Public Law 111-148, 2010 (*Patient Protection and Affordable Care Act*, dit "*Obamacare*). Cf. Elayne J. HEISLER, Federal Health Centers: An Overview (Congressional Research Service Report, 2017), 12.
[119] Stephen J. GOULD et Niles ELDREDGE, « Punctuated equilibria: the tempo and mode of evolution reconsidered », *Paleobiology* 3, n° 2 (1977): 115-151.
[120] Frank R. BAUMGARTNER et Bryan D. JONES, *Agendas and instability in American politics* (Chicago: University of Chicago Press, 1993).
[121] Charles E. LINDBLOM, « The science of "muddling through" », *Public administration review* 19, n° 2 (1959): 79-88.
[122] Robert A. DAHL et Charles E. LINDBLOM, *Politics, economics and welfare: planning and politico-economic systems, resolved into basic processes* (Harper & Brothers, 1953).
[123] Herbert A. SIMON, *Models of bounded rationality: Empirically grounded economic reason*, vol. 3 (MIT press, 1982).
[124] Karl Wolfgang DEUTSCH, *The analysis of international relations* (Prentice-Hall, 1968), 81.
[125] BAUMGARTNER et JONES, *Agendas and instability in American politics*, 16.
[126] Frank R. BAUMGARTNER et Bryan D. JONES, « Positive and negative feedback in politics », in *Policy dynamics*, 2002, 6.
[127] Jonathan BENDOR et Terry M. MOE, « An adaptive model of bureaucratic politics », *American Political Science Review* 79, n° 3 (1985): 762. Cf. BAUMGARTNER et JONES, « Positive and negative feedback in politics », 16.
[128] James MAHONEY, « Path dependence in historical sociology », *Theory and society* 29, n° 4 (2000): 526-27.
[129] Martin BAEKGAARD, Søren Kølbæk LARSEN, et Peter B. MORTENSEN, « Negative Feedback, Political Attention, and Public Policy », *Public Administration*, 2018 (en cours de publication).
[130] Daniel BELAND, « Reconsidering policy feedback: How policies affect politics », *Administration & Society* 42, n° 5 (2010): 575.
[131] Kent WEAVER, « Paths and forks or chutes and ladders?: Negative feedbacks and policy regime change », *Journal of Public Policy* 30, n° 2 (2010): 137.
[132] Andrew JORDAN et Elah MATT, « Designing policies that intentionally stick: policy feedback in a changing climate », *Policy Sciences* 47, n° 3 (2014): 228.
[133] Eugene BARDACH, « Policy dynamics », in *The Oxford handbook of public policy* (Oxford University Press, 2006), 346.
[134] Marc SMYRL, « Politics et policy dans les approches américaines des politiques publiques : effets institutionnels et dynamiques du changement », *Revue française de science politique* 52, n° 1 (2002): 49.
[135] Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique.
[136] Rachel S YELK WOODRUFF, Robert H PRATT, et Lori R ARMSTRONG, « The US National Tuberculosis Surveillance System: A Descriptive Assessment of the Completeness and Consistency of Data Reported from 2008 to 2012 », *JMIR Public Health and Surveillance* 1, n° 2 (2015).
[137] P. M. KHUÊ et al., « A 10-year prospective surveillance of Mycobacterium tuberculosis drug resistance in France 1995-2004 », *European Respiratory Journal* 30, n° 5 (2007): 937-44.
[138] D. 3113-7 CSP.
[139] L'antigène HBs est un antigène protéique de surface produit par le virus. Il est un marqueur d'hépatite B aiguë avant apparition des symptômes et éventuelle chronicité.
[140] C. MEFFRE et al., *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*, Institut de Veille Sanitaire, 2007, 37.

[141] L'hépatite B est en réalité comptabilisée dès 1953 avec l'hépatite A puis de manière séparée dès 1966. Cf. Centers for Disease Control (CDC), « Notifiable disease surveillance and notifiable disease statistics-United States, June 1946 and June 1996. », *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 45, n° 25 (1996): 530.

[142] Centers for Disease Control and Prevention, "List of Notifiable Conditions, Historically by year (1992 - 2017)" (tableur Excel). URL : https://wwwn.cdc.gov/nndss/downloads.html (dernière visite : 17 novembre 2017).

[143] Annemarie WASLEY et al., « The prevalence of hepatitis B virus infection in the United States in the era of vaccination », *The Journal of infectious diseases* 202, n° 2 (2010): 192-201.

[144] Tarissa MITCHELL et al., « The increasing burden of imported chronic hepatitis B—United States, 1974-2008 », *PloS one* 6, n° 12 (2011): 1974-2008.

[145] Décret n°86-770 du 10 juin 1986 fixant la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire en application de l'article L. 11 du code de la santé publique.

[146] Arrêté du 19 avril 2002 relatif à la notification obligatoire de l'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B et de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, quel que soit le stade.

[147] INSEE, « Structure par âge et sexe de la population étrangère ou immigrée en 2010 (T14F039T8) » (2014). URL : www.insee.fr

[148] Centers for Disease Control and Prevention, "List of Notifiable Conditions, Historically by year (1992 - 2017)" (tableur Excel). URL : https://wwwn.cdc.gov/nndss/downloads.html (dernière visite : 17 novembre 2017).

[149] Adria Tassy PROSSER, Tian TANG, et H. Irene HALL, « HIV in persons born outside the United States, 2007-2010 », *Journal of the American Medical Association* 308, n° 6 (2012): 2007-10.

[150] R.P. KERANI et al., « The Epidemiology of HIV in People Born Outside the United States, 2010-2014 », (s. d.).

[151] Les anti-VHC sont des anticorps permettant de savoir si un sujet a contracté, ou non, le virus dans sa vie. Un second test, dit « ARN VHC », permet de savoir si le virus est actuellement présent dans le sang précisant ainsi si l'infection est active ou non.

[152] MEFFRE et al., *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*, 27.

[153] Corinne REGNARD, *Immigration et présence étrangère en France en 2005* (La documentation française, 2006), 47.

[154] Moyenne établie entre deux documents pour les années 2010 et 2012. Cf. INSEE, « Structure par âge et sexe de la population étrangère ou immigrée en 2010 (T14F039T8) » (2014) et « Population étrangère et immigrée par sexe et âge en 2012 (T16F037) » (2016). URL : www.insee.fr

[155] L'hépatite C est déclarée à l'époque comme « hépatite non A, non B ». Cf. Centers for Disease Control (CDC), « Notifiable disease surveillance and notifiable disease statistics-United States, June 1946 and June 1996. »

[156] Centers for Disease Control and Prevention, "List of Notifiable Conditions, Historically by year (1992-2017)". URL : https://wwwn.cdc.gov/nndss/downloads.html (dernière visite : 27 novembre 2017).

[157] Ibid.

[158] Etablissements pénitenciers, locaux de garde à vue, zones d'attente, locaux et centres de rétention administrative en France ; Etablissements pénitentiaires privés et publics (*prison*), centres de détention (*jail*) et centres de détention pour les étrangers irréguliers (*immigration detention*) aux États-Unis.

[159] On exclut ainsi la France d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis et Futuna, Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Terres Australes et Antarctiques Françaises et Clipperton) et les zones insulaires étasuniennes (Samoa américaines, ile de Guam, iles Mariannes du Nord, Porto Rico, iles vierges, ile Baker, ile Howland, ile Jarvis, atoll Johnston, récif Kingman, iles Midway, ile de la Navasse, ile Wake et atoll Palmyra).

[160] Définition de la maladie infectieuse selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

[161] Le statut des virus et des prions n'est toujours pas clair. Concernant les prions, cf. Adriano AGUZZI et Mathias HEIKENWALDER, « Pathogenesis of prion diseases: current status and future outlook », *Nature Reviews Microbiology* 4, n° 10 (octobre 2006): 765-75. Concernant les virus, cf. Didier RAOULT et Patrick FORTERRE, « Redefining viruses: lessons from Mimivirus », *Nature Reviews Microbiology* 6, n° 4 (avril 2008): 315-19. et Marc HV VAN REGENMORTEL, « Virus species, a much overlooked but essential concept in virus classification », *Intervirology* 31, n° 5 (1990): 241-254.

[162] Immunodéficience, régime alimentaire, logement collectif, sommeil, âge, sexe...

[163] Soit environ un sixième des cancers actuellement déterminés (cancers essentiellement viro-induits). Cf. Catherine DE MARTEL et al., « Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis », *The lancet oncology* 13, n° 6 (juin 2012): 607-15.

[164] Cas des handicaps provoqués par poliomyélite, rubéole congénitale ou transmission embryonnaire dans l'hypothèse où la femme enceinte serait atteinte de toxoplasmose.

[165] Cas de la myasthénie grave. L'origine infectieuse est également suggérée pour la polyarthrite rhumatoïde et la sclérose en plaques. Cf. Association des Collèges des Enseignants d'Immunologie des Universités de Langue française, « Réaction inflammatoire : aspects biologiques et cliniques, conduite à tenir », 2011 2010.

[166] Les pyélonéphrites (infection urinaire) et les glomérulonéphrites infectieuses peuvent effectivement conduire à une insuffisance rénale.

[167] Selon l'OMS, les maladies infectieuses constituent en 2006 la sixième cause des consultations neurologiques en soins primaires. Ces maladies sont principalement le VIH/Sida, l'encéphalite virale, la poliomyélite, la rage, la tuberculose, la lèpre, la méningite, le tétanos, la toxoplasmose, la cysticercose, le paludisme cérébral, la maladie de Chagas et la trypanosomiase humaine (maladie du sommeil). World Health Organization, *Neurological disorders: public health challenges* (World Health Organization, 2006), 95.

[168] La maladie infectieuse caractérise un déséquilibre entre défenses immunitaires de l'organisme infecté et agents pathogènes ayant pénétré cet organisme. L'infection définit simplement cette pénétration, qu'elle soit, ou non, maîtrisée par l'organisme infecté. Tout organisme est donc constamment infecté par des microorganismes pathogènes sans pour autant contracter une maladie.

[169] Sur l'équivalence entre maladie infectieuse (*infectious disease*) et maladie transmissible (*communicable disease*), cf. Ruth BONITA, Robert BEAGLEHOLE, et Tord KJELLSTROM, *Basic epidemiology* (World Health Organization, 2006), 117. Cette assimilation est néanmoins imprécise. Le saturnisme, maladie non infectieuse, est ainsi transmissible de la mère à l'enfant lors de la grossesse.

[170] Cet article concerne les ressortissants de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et de la Confédération suisse. Il précise ainsi que ces ressortissants ont le droit de séjourner en France pour une durée supérieure à trois mois s'ils exercent une activité professionnelle en France ou s'ils disposent de ressources suffisantes (en tant qu'étudiant ou non). Leur famille peut les accompagner.

[171] Les ressortissants non membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et de la Confédération suisse sont ainsi considérés comme étant en situation régulière s'ils détiennent au moins l'un des documents suivants : carte de résident (dont la mention « résident de longue durée - UE »), cartes de séjour (pluriannuelle, temporaire, mentions « compétences et talents », « retraité », « carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union/EEE/Suisse - toutes activités professionnelles », « carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union - toutes activités professionnelles, sauf salariées » et « Directive 2004-38/CE - Séjour permanent - toutes activités professionnelles »), visa long séjour (R. 311-3, 17° CESEDA), titre de séjour de ressortissant andorran, certificat de résidence de ressortissant algérien, récépissés (dont les mentions « reconnu réfugié » et « a obtenu le bénéfice de la protection subsidiaire »), attestation de demande d'asile, autorisation provisoire de séjour, passeport monégasque valant autorisation de séjour et tout autre document d'enregistrement nominatif délivré par la préfecture.

[172] 8 USC § 1641. « USC » est l'abréviation de *United States Code* (qualifié également de *Code of Laws of the United States of America*). En droit étasunien, l'étranger irrégulier est défini comme « non qualifié » (*not qualified*) pour bénéficier des aides de l'Etat fédéral. Ce critère a été introduit par le *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* de 1996 (Public Law

[P.L.] 104-193). Les étrangers qualifiés sont donc les résidents légaux permanents (*legal permanent residents*), les bénéficiaires de l'asile et les réfugiés (*asylees and refugees*), les étrangers en liberté conditionnelle pour au moins un an, les étrangers dont l'éloignement est en suspend (*withholding of deportation/removal*), les réfugiés en liberté conditionnelle (*refugee-parolee*), les conjoints et les enfants maltraités, les Cubains et les Haïtiens et les victimes de traite humaine. Le réfugié, selon le droit étasunien, a effectué sa demande de protection en dehors des États-Unis. Le bénéficiaire de l'asile (*asylees*) a effectué sa demande à l'intérieur du pays ou à l'entrée du territoire. Les *refugee-parolee* sont les individus acceptés provisoirement aux États-Unis entre février 1970 et avril 1980 mais dont l'entrée nécessite l'accord du procureur général.

[173] 20 CFR 416.1618. « CFR » est l'abréviation de *Code of federal regulations*. Celui-ci définit le « PRUCOL » (P*ermanent Residence Under Color Of Law*) qui n'est pas, en tant que tel, un statut d'immigration tel que défini par les services fédéraux (*Citizenship and Immigration Services - USCIS*). Il constitue seulement un critère d'éligibilité garantissant l'accès à certaines prestations médicales mais ne définit nullement la légalité du séjour. Ce statut regroupe un ensemble de catégories dont notamment des étrangers dont l'éloignement est en suspend ou impossible.

[174] Jean-Claude THOENIG, « Politiques publiques et action publique », *Revue internationale de politique comparée* 5, n° 2 (1998): 295-314.

[175] Nationalité ou citoyenneté dans le cas étasunien (8 USC § 1101). A noter effectivement que les « nationaux » (*nationals*) étasuniens diffèrent des « citoyens » (*citizens*) étasunien. Si le « citoyen » étasunien est similaire au Français en termes de droits, le « national » étasunien n'a pas d'équivalent en France. En ce sens, les « nationaux » étasuniens ne peuvent voter ou être élus. En revanche, ils possèdent le même passeport que les « citoyens » étasunien.

[176] Quatorzième amendement de la Constitution étasunienne ratifié en 1868.

[177] Le nombre d'étrangers irréguliers en France est instable d'une source à l'autre. Les estimations vont ainsi, globalement, de 200 000 à 400 000 individus (estimation pour 300 000). Par ailleurs, l'INSEE estime à 4,2 millions le nombre d'étrangers en France en 2014. Cf. GARCIA Antonio, « Combien d'immigrés clandestins en France ? » (Radio France Internationale, 2006) ; BRUTEL Chantal, « Décomposition de la population vivant en France hors Mayotte au 1er janvier 2014 » (INSEE, 2016).

[178] Le nombre d'étrangers irréguliers est estimé, aux États-Unis, à 11,1 millions en 2014. Or, dans le même temps, le nombre d'individus nés étrangers à l'étranger est estimé à 40,7 millions (21, 6 millions d'étrangers et 19,1 millions d'étrangers naturalisés). Cf. Pew Research Center, "U.S. unauthorized immigration population estimates" (Pew Research Center, 2016) ; U.S. Census Bureau, "Table 1.1. Population by Sex, Age, Nativity, and U.S. Citizenship Status: 2014" (2014).

[179] La population française est évaluée à 65,8 millions d'individus par l'INSEE et la population étasunienne à 313,4 millions de personnes par le recensement fédéral. Cf. BRUTEL Chantal, « Décomposition de la population vivant en France hors Mayotte au 1er janvier 2014 » (INSEE, 2016) ; U.S. Census Bureau, "Table 1.1. Population by Sex, Age, Nativity, and U.S. Citizenship Status: 2014" (2014).

[180] Voir notamment : Veit BADER, « The ethics of immigration », *Constellations* 12, n° 3 (2005): 331-361; Manuel CARBALLO et Aditi NERUKAR, « Migration, refugees, and health risks. », *Emerging infectious diseases* 7, n° 3 Suppl (2001): 556; Joseph H. CARENS, « The Rights of Irregular Migrants », *Ethics & International Affairs* 22, n° 2 (1 juin 2008): 163-86; Stephen CASTLES, « The Factors that Make and Unmake Migration Policies », *International Migration Review* 38, n° 3 (2004): 852-884; Gerald DALY, « Migrants and gate keepers: The links between immigration and homelessness in Western Europe », *Cities* 13, n° 1 (1996): 11-23; Sarah FINE, « The Ethics of Immigration: Self-Determination and the Right to Exclude », *Philosophy Compass* 8, n° 3 (2013): 254-268; Mónica RUIZ-CASARES et al., « Right and access to healthcare for undocumented children: addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe », *Social Science & Medicine* 70, n° 2 (2010): 329-336; Sarah S. WILLEN, Jessica MULLIGAN, et Heide CASTANEDA, « Take a stand commentary: how can medical anthropologists contribute to contemporary conversations on "illegal" im/migration and health? », *Medical Anthropology Quarterly* 25, n° 3 (2011): 331-356 ; Estelle CARDE, « Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers: de l'Aide sociale aux politiques d'immigration », *Mouvements*, n° 3 (2009): 143-156; Didier MAILLE

et Adeline TOULLIER, « Les dix ans de la CMU. Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants », *Hommes & migrations*, n° 1282 (2009): 24-33.

[181] Voir notamment : Dominique KEROUEDAN, éd., « ACKET Camille, 15. Santé et migrations, l'exemple de la France », in *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud* (Paris: Les Presses de Sciences Po, 2010), 215-25; Sylvie DA LOMBA, « Irregular migrants and the human right to health care: a case-study of health-care provision for irregular migrants in France and the UK », *International Journal of Law in Context* 7, n° 03 (2011): 357-74; Anne-Marie DUGUET et Benedicte BEVIERE, « Access to Health Care for Illegal Immigrants: A Specific Organisation in France », *European Journal of Health Law* 18 (2011): 27; Nicolas KLAUSSER, « Rejet expéditif par la CEDH de la requête d'un étranger malade en voie d'expulsion: Une Convention à deux vitesses ? Droits des étrangers (Art. 3 CEDH) », *Revue des droits de l'homme*, 2016; A MATH, « Droit à la santé des ressortissants communautaires vivant en France. Les difficultés d'accès à la protection maladie et aux soins », *Hommes & migrations*, n° 1282 (2009): 122-35; Karine MICHELET, « Le droit des étrangers à la protection sociale », *Informations sociales* 142, n° 6 (2007): 80; Miriam TICKTIN, « Policing and humanitarianism in France: immigration and the turn to law as state of exception », *International Journal of Postcolonial Studies* 7, n° 3 (2005): 346-368; Vinita ANDRAPALLIYAL, « Healthcare for All: The Gap between Rhetoric and Reality in the Affordable Care Act », *UCLA Law Review Discourse* 61 (2013): 58-77; Marc L. BERK et al., « Health care use among undocumented Latino immigrants », *Health Affairs* 19, n° 4 (2000): 51-64; Daniel G. COBOS et Jonathan Winston JONES, « Promoting passage through care: how to best serve undocumented immigrants with HIV », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 19, n° 4 (2008): 320-324; Anthony N. DEMARIA, *Immigration policy and health care* (Journal of the American College of Cardiology, 2005); Sharmila DEVI, « US health and immigration systems failing migrants », *The Lancet* 373, n° 9662 (2009): 448-449; James DWYER, « Illegal Immigrants, Health Care, and Social Responsibility », *Hastings Center Report* 34, n° 1 (2 janvier 2004): 34-41; Amy L. FAIRCHILD, « Policies of inclusion: immigrants, disease, dependency, and American immigration policy at the dawn and dusk of the 20th century », *American Journal of Public Health* 94, n° 4 (2004): 528-539; Michael K. GUSMANO, « Undocumented immigrants in the United States: Use of health care », *The Hastings Center*, 2012, http://undocumentedpatients.org; Allison S. HARTRY, « Birthright justice: the attack on birthright citizenship and immigrant women of color », *N.Y.U. Review of Law & Social Change* 36 (2012): 57-101; James W. JONES, Laurence B. McCULLOUGH, et Bruce W. RICHMAN, « My brother's keeper: Uncompensated care for illegal immigrants », *Journal of vascular surgery* 44, n° 3 (2006): 679-682; Emily KENDALL, « Amending the Consitution to Save a Sinking Ship? The Issues Surrounding the Proposed Amendment of the Citizenship Clause and "Anchor Babies" », *Berkeley La Raza Law Journal* 22, n° 2 (2012): 1; Jeffrey T. KULLGREN, « Restrictions on undocumented immigrants' access to health services: the public health implications of welfare reform », *American Journal of Public Health* 93, n° 10 (2003): 1630-1633; Helen B. MARROW, « Deserving to a point: unauthorized immigrants in San Francisco's universal access healthcare model », *Social Science & Medicine* 74, n° 6 (2012): 846-854; Dayna Bowen MATTHEW, « The Social Psychology of Limiting Healthcare Benefits for Undocumented Immigrants-Moving Beyond Race, Class, and Nativism », *Houston Journal of Health Law & Policy* 10 (2010): 201-25; Parul MONGA, Allen KELLER, et Homer VENTERS, « Prevention and punishment: barriers to accessing health services for undocumented immigrants in the United States », *Laws* 3, n° 1 (2014): 50-60; Yunju NAM, « Welfare reform and older immigrants' health insurance coverage », *American Journal of Public Health* 98, n° 11 (2008): 2029-2034; Charles J. OGLETREE Jr, « America's Schizophrenic Immigration Policy: Race, Class, and Reason », *Boston College Law Review* 41 (1999): 755-70; Susan OKIE, « Immigrants and health care—at the intersection of two broken systems », *New England Journal of Medicine* 357, n° 6 (2007): 525-529; Mariana E. ORMONDE, « Debunking the Myth of the Anchor Baby: Why Proposed Legislation Limiting Birthright Citizenship is Not a Means of Controlling Unauthorized Immigration », *Roger Williams University Law Review* 17 (2012): 861-86; Seam PARK, « Substantial Barriers in Illegal Immigrant Access to Publicly-Funded Health Care: Reasons and Recommendations for Change », *Georgetown Immigration Law Journal* 18 (2004): 567-92; Sarah N. QURESHI, « Global Ostracism of HIV-Positive Aliens: International Restrictions Barring HIV-Positive Aliens », *Maryland Journal of International Law and Trade* 19 (1995): 81; Mary ROMERO, « Go after the Women: Mothers against Illegal Aliens' Campaign against Mexican Immigrant Women and Their Children », *Indiana Law Journal* 83 (2008): 1355-89; Benjamin D. SOMMERS, « Stuck between health and immigration reform—care for undocumented immigrants », *New England Journal of Medicine* 369,

n° 7 (2013): 593-595; Alexandra Minna STERN, « Sterilized in the name of public health: race, immigration, and reproductive control in modern California », *American Journal of Public Health* 95, n° 7 (2005): 1128-1138.

[182] Voir notamment : Manuel CARBALLO, Jose Julio DIVINO, et Damir ZERIC, « Migration and health in the European Union », *Tropical Medicine & International Health* 3, n° 12 (1998): 936-944; Brian D. GUSHULAK et Douglas W. McPHERSON, « The basic principles of migration health: population mobility and gaps in disease prevalence », *Emerging themes in epidemiology* 3, n° 1 (2006): 3; Sana LOUE, « Immigrant Access to Health Care and Public Health: An International Perspective », *Annals of Health Law* 17 (2008): 213-27; James QUESADA, « Special issue part II: Illegalization and embodied vulnerability in health », *Social science & medicine* 74, n° 6 (2012): 894-896; Caroline BERCHET et Florence JUSOT, « L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. Une analyse selon le genre et l'origine », *Revue économique* 61, n° 6 (2010): 1075-98; Caroline BERCHET et Florence JUSOT, « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », Post-Print (HAL, 2012); Vincent-Pierre COMITI et Jacqueline PATUREAU, « La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires », *Santé, Société et Solidarité* 4, n° 1 (2005): 129-37; Marguerite COGNET, Christelle HAMEL, et Muriel MOISY, « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales* 28, n° 2 (2012): 11-34.

[183] Voir notamment : Marie DESMEULES et al., « New approaches to immigrant health assessment. », *Canadian journal of public health. Revue canadienne de santé publique* 95, n° 3 (2004): 122-26; Steven KENNEDY, James Ted McDONALD, et Nicholas BIDDLE, « The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries », *Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Papers*, 2006, 164-218; Florence JUSOT et al., « Inégalités de santé liées à l'immigration en France », *Revue économique* 60, n° 2 (2009): 385; Heather ANTECOL et Kelly BEDARD, « Unhealthy assimilation: why do immigrants converge to American health status levels? », *Demography* 43, n° 2 (2006): 337-360; Tod G. HAMILTON et Robert A. HUMMER, « Immigration and the health of U.S. black adults: Does country of origin matter? », *Social Science & Medicine* 73, n° 10 (2011): 1551-60; Jacqueline TORRES, « Cross-border ties and self-rated health status for young Latino adults in Southern California », *Social Science & Medicine* 81 (2013): 79-86.

[184] Voir notamment : Marguerite COGNET, Anne-Cécile HOYEZ, et Christian POIRET, « Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations » 28, n° 2 (s. d.): 7-10; Lynn M. MEADOWS, Wilfreda E. THURSTON, et Christina MELTON, « Immigrant women's health », *Social science & medicine* 52, n° 9 (2001): 1451-1458; Alison BASHFORD, « Insanity and Immigration Restriction », *Migration, Health and Ethnicity in the Modern World*, 2013, 14-35; Sharon BZOSTEK, Noreen GOLDMAN, et Anne PEBLEY, « Why do Hispanics in the USA report poor health? », *Social Science & Medicine* 65, n° 5 (2007): 990-1003; Lisa CACARI-STONE et Magdalena AVILA, « Rethinking Research Ethics for Latinos: The Policy Paradox of Health Reform and the Role of Social Justice », *Ethics & Behavior* 22, n° 6 (2012): 445-60; Eduardo CASTRO-ECHEVERRY et al., « Relationship between documentation status and survival for medically underserved Hispanic breast cancer patients », *Journal of Surgical Research* 180, n° 2 (2013): 284-89; DeAnne K HILFINGER Messias, Marylyn Morris McEWEN, et Lauren CLARK, « The impact and implications of undocumented immigration on individual and collective health in the United States », *Nursing Outlook* 63, n° 1 (2015): 86-94; Jeanne MIRANDA et al., « Improving Care for Minorities: Can Quality Improvement Interventions Improve Care and Outcomes For Depressed Minorities? Results of a Randomized, Controlled Trial », *Health Services Research* 38, n° 2 (2003): 613-30; VIRUELL-FUENTES Edna, MIRANDA Patricia, et ABDULRAHIM Sawsan, « More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health », *Social Science & Medicine* 75, n° 12 (2012): 2099-2106; Edna VIRUELL-FUENTES, « Beyond acculturation: Immigration, discrimination, and health research among Mexicans in the United States », *Social Science & Medicine* 65, n° 7 (2007): 1524-35; WILLEN Sarah, « Migration, "illegality," and health: mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness. », *Social science & medicine* 74, n° 6 (2012): 805-11; David R WILLIAMS et Chiquita COLLINS, « US Socioeconomic and Racial Differences in Health: Pattern and Explanations », *Annual Review of Sociology* 21 (1995): 349-86.

[185] Voir notamment : Daniel J. HOPKINS, « National debates, local responses: the origins of local concern about immigration in Britain and the United States », *British Journal of Political Science*

41, n° 3 (2011): 499-524; Jack CITRIN et John SIDES, « Immigration and the Imagined Community in Europe and the United States », *Political Studies* 56, n° 1 (2008): 33-56; Daniel BELAND, « Policy Change and Health Care Research », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 35, n° 4 (2010): 615-41; Johanna DUNAWAY, Regina P. BRANTON, et Marisa A. ABRAJANO, « Agenda Setting, Public Opinion, and the Issue of Immigration Reform* », *Social Science Quarterly* 91, n° 2 (2010): 359-78; Giovanni FACCHINI, Anna Maria MAYDA, et Prachi MISHRA, « Do interest groups affect US immigration policy? », *Journal of International Economics* 85, n° 1 (2011): 114-28; Giovanni FACCHINI et Max Friedrich STEINHARDT, « What drives U.S. immigration policy? Evidence from congressional roll call votes », *Journal of Public Economics* 95, n° 7 (2011): 734-43; Simon F. HAEDER, « Beyond Path Dependence: Explaining Healthcare Reform and Its Consequences », *Policy Studies Journal* 40 (2012): 65-86; Jill QUADAGNO, « Institutions, Interest Groups, and Ideology: An Agenda for the Sociology of Health Care Reform », *Journal of Health and Social Behavior* 51, n° 2 (2010): 125-36; Sunday UBOKUDOM et Jagdish KHUBCHANDANI, « The Ecology of Health Policymaking and Reform in the U.S.A. », *World Medical & Health Policy* 2, n° 1 (2010): 331-61.

[186] Voir notamment : Jacob L. VIGDOR, *Comparing immigrant assimilation in North America and Europe* (Manhattan Institute for Policy Research, 2011); Roger BRUBAKER, « Migration, Membership, and the Modern Nation-State: Internal and External Dimensions of the Politics of Belonging. », *Journal of Interdisciplinary History* 41, n° 1 (30 mai 2010): 61-78; Gary P. FREEMAN, « Immigrant Incorporation in Western Democracies », *International Migration Review* 38, n° 3 (2004): 945-969; Gary P. FREEMAN, « Modes of immigration politics in liberal democratic states », *International migration review*, 1995, 881-902; Paul A. SILVERSTEIN, « Immigrant racialization and the new savage slot: race, migration, and immigration in the new Europe », *Annual review of anthropology* 34 (2005): 363-84; Alejandro PORTES, Cristina ESCOBAR, et Renelinda ARANA, « Bridging the gap: transnational and ethnic organizations in the political incorporation of immigrants in the United States », *Ethnic and Racial Studies* 31, n° 6 (2008): 1056-90; UEDA Reed, « Pathways of Incorporation for Immigrant Citizens in the United States: Perspectives on Historical Patterns », in *TICHENOR Daniel J. & ROSENBLUM Marc R. (eds), Oxford Handbook of the Politics of International Migration*, Oxford University Press, 2012.

[187] Voir notamment : Jens ALBER, « Is there a crisis of the welfare state? Crossnational evidence from Europe, North America, and Japan », *European Sociological Review* 4, n° 3 (1988): 181-205; Jens ALBER, « What the European and American welfare states have in common and where they differ: facts and fiction in comparisons of the European Social Model and the United States », *Journal of European Social Policy* 20, n° 2 (7 mai 2010): 102-25; Francis G. CASTLES et al., *The Oxford handbook of the welfare state* (OUP Oxford, 2012).

[188] Voir notamment : Estelle CARDE, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique* 19, n° 2 (2007); Didier FASSIN, « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé* 19, n° 4 (2001): 5-34; FISCHER Nicolas, « Une frontière négociée. L'assistance juridique associative aux étrangers placés en rétention administrative », *Politix* 87, n° 3 (2009): 71-92; Céline GABARRO, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales* 28, n° 2 (1 juin 2012): 35-56; Myriam HACHIMI ALAOUI et Alexandra NACU, « Soigner les étrangers en situation irrégulière », *Hommes et migrations.*, n° 1284 (2010): 163-73; Guy LA RUCHE et B. BRUNET, « Demandes de séjour pour raison médicale des malades étrangers dans le département du Val-d'Oise de 1999 à 2003 », *Santé publique* 18, n° 1 (2006): 119-130; Anaik PIAN, « De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives », *Revue européenne des migrations internationales* 28, n° 2 (1 juin 2012): 101-27; Priscille SAUVEGRAIN, « La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales* 28, n° 2 (1 juin 2012): 81-100; Didier FASSIN et Philippe DEWITTE, *Santé. Le traitement de la différence* (Paris : Hommes & Migrations, 2000); Jamie R. ABRAMS, « The dual purposes of the U visa thwarted in a legislative duel », *Saint Louis University Public Law Review* 29 (2009): 373-413; Robert L. BACH, « Immigration: Issues of ethnicity, class, and public policy in the United States », *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 485, n° 1 (1986): 139-152; Mary BOSWORTH et Emma KAUFMAN, « Foreigners in a Carceral Age: Immigration and Imprisonment in the United States », *Stanford Law & Policy Review* 22 (2011): 429-54; Wendy CHAPKIS, « Trafficking, Migration, and the Law Protecting Innocents, Punishing

Immigrants », *Gender & Society Gender & Society* 17, n° 6 (2003): 923-37; Wayne A CORNELIUS, « Controlling 'Unwanted' Immigration: Lessons from the United States, 1993-2004 », *Journal of Ethnic and Migration Studies* 31, n° 4 (2005): 775-94; Susan B. COUTIN, « Cultural Logics of Belonging and Movement: Transnationalism, Naturalization, and U.S. Immigration Politics », *American Ethnologist* 30, n° 4 (2003): 508-26; Janet A GILBOY, « Deciding Who Gets In: Decision-making by Immigration Inspectors », *Law & Society Review* 25, n° 3 (1991): 571-99; G.A HOFFMAN et S.M MODI, « The War on Terror as a Metaphor for Immigration Regulation: A Critical View of a Distorted Debate », *Journal of Gender Race and Justice* 15, n° 3 (2012): 449-502; Brooke KIRKLAND, « Limiting the Application of Jus Soli: the Resulting Status of Undocumented Children in the United States Note », *Buffalo Human Rights Law Review* 12 (2006): 197-222; Demetrius LAMBRINOS, « Out of the Frying Pan and into the Quarantine: Why 8 USC Sec. 1182's HIV/AIDS Exclusion Should Not Apply to Refugees Seeking Entry into the United States », *The Journal of Gender, Race and Justice* 10, n° 1 (2006): 119-41; MAYR, MINTER, et KRIEGER, « Policies on illegal immigration in a federation »; Josiah McC. HEYMAN, « Risque et confiance dans le contrôle des frontières américaines », *Politix* 87, n° 3 (2009): 21-46; MENDOZA Ashley E., « Anchors Aweigh: Redefining Birthright Citizenship in the 21st Century », *Journal of Law and Family Studies* 13 (2011): 203-13; ZIMMERMAN Cathy, KISS Ligia, et HOSSAIN Mazeda, « Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making », *PLoS Med. PLoS Medicine* 8, n° 5 (2011); Elena BASTIDA, H. Shelton BROWN, et José A PAGAN, « Persistent Disparities in the Use of Health Care Along the US-Mexico Border: An Ecological Perspective », *American Journal of Public Health* 98, n° 11 (2008): 1987-95; BORJAS George, « Welfare reform, labor supply, and health insurance in the immigrant population. », *Journal of Health Economics* 22, n° 6 (2003): 933-58; Thomas J. ESPENSHADE, Jessica L. BARAKA, et Gregory A. HUBER, « Implications of the 1996 Welfare and Immigration Reform Acts for US Immigration », *Population and Development Review* 23, n° 4 (1997): 769-801; Lisa HARDY et al., « A call for further research on the impact of state-level immigration policies on public health. », *American journal of public health* 102, n° 7 (2012): 1250-54; Seth HOLMES, « The clinical gaze in the practice of migrant health: Mexican migrants in the United States », *Social Science & Medicine* 74, n° 6 (2012): 873-81; Sarah B. HORTON et Judith C. BARKER, « "Stains" on their self-discipline: Public health, hygiene, and the disciplining of undocumented immigrant parents in the nation's internal borderlands », *American ethnologist* 36, n° 4 (2009): 784-798; Alejandro PORTES, Patricia FERNANDEZ-KELLY, et Donald LIGHT, « Life on the edge: immigrants confront the American health system », *Ethnic and Racial Studies* 35, n° 1 (2012): 3-22; Kris SIDDHARTHAN et Sendhilkumar ALALASUNDARAM, « Undocumented Aliens and Uncompensated Care: Whose Responsibility? », *American Journal of Public Health* 83, n° 3 (1993): 410; EVANS Patricia, « Nonemergency Medical Care for Illegal Immigrants in Texas », *AMA Journal of Ethics (Virtual Mentor)* 10, n° 4 (2008): 195-200; GUERRA Kristalee, « The Policy and Politics of Illegal Immigrant Health Care in Texas », *Houston Journal of Health Law & Policy* 3 (s. d.): 113-50; PROVINE Doris, « Justice as told by judges: The case of litigation over local anti-immigrant legislation », *Justice Studies in Social Justice* 3, n° 2 (2009): 231-45.

[189] Voir notamment : Sébastien CHAUVIN et Blanca GARCES-MASCARENAS, « Beyond informal citizenship: The new moral economy of migrant illegality », *International Political Sociology* 6, n° 3 (2012): 241-259; Karin MAYR, Steffen MINTER, et Tim KRIEGER, « Policies on illegal immigration in a federation », *Regional Science and urban economics* 42, n° 1-2 (2012): 153-165; John MUTTI et Shelby GERKING, « Changes in income distribution and welfare from greater immigration of unskilled workers », *European Economic Review* 23, n° 1 (1983): 103-116; Gordon M. MYERS et Yorgos Y. PAPAGEORGIOU, « Immigration Control and the Welfare State », *Journal of Public Economics* 75, n° 2 (2000): 183-207; Peter NANNESTAD, « Immigration and welfare states: A survey of 15 years of research », *European Journal of Political economy* 23, n° 2 (2007): 512-532; Yuriy PYLYPCHUK, « Effects of immigration on the health insurance status of natives », *Journal of health economics* 28, n° 5 (2009): 1028-1037; George AGIOMIRGIANAKIS et Athina ZERVOYIANNI, « Macroeconomic equilibrium with illegal immigration », *Economic modelling* 18, n° 2 (2001): 181-202; Catalina AMUEDO-DORANTES et Francesca MAZZOLARI, « Remittances to Latin America from migrants in the United States assessing the impact of amnesty programs », *Journal of Development Economics* 91, n° 2 (2010): 323-35; Hugo BENITEZ-SILVA, Eva Cárceles POVEDA, et Selçuk EREN, « Effects of Legal and Unauthorized Immigration on the U.S. Social Security System » (University of Michigan, 2011); Eric W. BOND et Tain-Jy CHEN, « The welfare effects of illegal immigration », *Journal of international economics* 1987 (1987): 315-28; CHAVEZ Leo, « Undocumented immigrants and

their use of medical services in Orange County, California. », *Social Science & Medicine* 74, n° 6 (2012): 887-93; Richard B. FREEMAN, « Immigration from poor to wealthy countries », *European Economic Review European Economic Review* 37, n° 2-3 (1993): 443-51; KORINEK Kim et SMITH Ken, « Prenatal care among immigrant and racial-ethnic minority women in a new immigrant destination: exploring the impact of immigrant legal status. », *Social Science & Medicine* 72, n° 10 (2011): 1695-1703; LIU Xiangbo, « On the macroeconomic and welfare effects of illegal immigration », *Journal of Economic Dynamics and Control* 34, n° 12 (2010): 2547-67; Anita Alves PENA, « Undocumented Immigrants and the Welfare State: the Case of Regional Migration and U.S. Agricultural Labor », *Journal of Regional Science* 54, n° 1 (2014): 96-113.

[190] Voir notamment : BRODER Tanya, « Immigrant eligibility for public benefits », *Immigration & Nationality Law Handbook*, 2005, 759-82; Austin T FRAGOMEN Jr, « The Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act of 1996: An Overview », *The International Migration Review* 31, n° 2 (1997): 438; HENNESSY James, « FQHCs and Health Reform: Up to the Task? », *Northwestern Journal of Law & Social Policy* 9, n° 1 (2013): 122-37; Sana LOUE, « Access to health care and the undocumented alien », *Journal of Legal Medicine* 13, n° 3 (1992): 271-332; Lori A. NESSEL, « Disposable Workers: Applying a Human Rights Framework to Analyze Duties Owed to Seriously Injured or Ill Migrants », *Indiana Journal of Global Legal Studies* 19, n° 1 (2012): 61-103.

[191] Charles L. BRIGGS, « Communicability, Racial Discourse, and Disease », *Annual Review of Anthropology* 34, n° 1 (2005): 269-91; Didier FASSIN, « L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida », *Sciences sociales et santé* 17, n° 4 (1999): 5-36; Howard MARKEL et Alexandra Minna STERN, « The foreignness of germs: the persistent association of immigrants and disease in American society », *Milbank Quarterly* 80, n° 4 (2002): 757-788; Tamar WILSON, « Anti-Immigrant Sentiment and the Process of Settlement among Mexican Immigrants to the United States: Reflections on the Current Wave of Mexican Immigrant Bashing », *Review of Radical Political Economics* 31, n° 2 (1999): 1-26.

[192] Antje ELLERMANN, « Undocumented migrants and resistance in the liberal state », *Politics & Society* 38, n° 3 (2010): 408-429; Daniel MOUCHARD, « Les mobilisations des "sans" dans la France contemporaine : l'émergence d'un "radicalisme autolimité" ? », *Revue française de science politique* 52, n° 4 (2002); SIMEANT, « Immigration et action collective. L'exemple des mobilisations d'étrangers en situation irrégulière ».

[193] Joaquin ARANGO, « Explaining migration: a critical view », *International social science journal* 52, n° 165 (2000): 283-296.

[194] Voir notamment : Maya A. BABU et Joseph B. WOLPIN, « Undocumented Immigrants, Healthcare Access, And Medical Repatriation Following Serious Medical Illness », *Journal of Health & Life Sciences Law* 83, n° 3 (2010): 83-109; BRESA Lindita, « Uninsured, illegal, and in need of long-term care; the repatriation of undocumented immigrants by U.S. hospitals. », *Seton Hall Law Review* 40, n° 4 (2010): 1663-96; Karen HACKER et al., « The impact of Immigration and Customs Enforcement on immigrant health: Perceptions of immigrants in Everett (Massachusetts, USA) », *Social Science & Medicine* 73, n° 4 (2011): 586-94; Nabilah IRSHAD, « Medical repatriations: Death sentencing United States immigrants », *Transnational Law & Contemporary Problems* 20 (2011): 797-825; Corynn NEEVEL, « At the Intersection of Immigration and Health Care Law: The Lack of Clear Standards Governing Medical Repatriation and Suggestions for Future Oversight », *Gonzaga Law Review* 45, n° 3 (2009): 821-45; PATTON Robert C., « Death and Injury by Delay: Hidden Harm and EMTALA's Reverse Dumping Provision », *The Arkansas Journal of Social Change and Public Service*, 2013, https://ualr.edu; Caitlin O'CONNELL, « Return to Sender. Evaluating the Medical Repatriations of Uninsured Immigrants », *Washington University law quarterly* 87, n° 6 (2010): 1429-60; Daniel J. PROCACCINI, « First, Do No Harm: Tort Liability, Regulation and the Forced Repatriation of Undocumented Immigrants », *Boston College Third World Law Journal* 30, n° 2 (2010); SCHNEIDER Diana L., « Tuberculosis among American Indians and Alaska Natives in the United States, 1993-2002 », *American Journal of Public Health* 95, n° 5 (2005): 873-80; Jennifer M. SMITH, « Screen, Stabilize, and Ship: EMTALA, US Hospitals, and Undocumented Immigrants (International Patient Dumping) », *Houston Journal of Health Law & Policy* 10 (2010): 309-58; Kendra STEAD, « Critical Condition: Using Asylum Law to Contest Forced Medical Repatriation of Undocumented Immigrants », *Northwestern University Law Review* 104, n° 1 (2010): 307-34; WOLPIN Joseph, « Medical Repatriation of Alien Patients », *Journal of Law, Medicine & Ethics* 31, n° 1 (2009): 152-55; ZOELLNER Emily R., « Medical Repatriation: Examining The Legal And

Ethical Implications Of An Emerging Practice », *Washington University Journal of Law and Policy* 32 (2010): 515-38.

[195] Voir notamment : C. Annette DUBARD et Mark W. MASSING, « Trends in Emergency Medicaid Expenditures for Recent and Undocumented Immigrants », *JAMA* 297, n° 10 (2007): 1085-92; Morgan GREENSPON, « The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act and Sources of Funding », *Annals of Health Law* 17 (2008): 309-16; Swetlana LEBEDINSKI, « EMTALA: treatment of undocumented aliens and the financial burden it places on hospitals », *Journal of Law in Society* 7 (2005): 146-72; Tiana Mayere LEE, « An EMTALA primer: The impact of changes in the emergency medicine landscape on EMTALA compliance and enforcement », *Annals of Health Law* 13 (2004): 145-78; Michael J. McKEEFERY, « A call to move forward: pushing past the unworkable standard that governs undocumented immigrants' access to health care under medicaid », *Journal of Health Care Law & Policy* 10 (2007): 391-419; Barbara A. NOAH, « Racial disparities in the delivery of health care », *Houston Journal of Health Law & Policy* 10 (1998): 195-200.

[196] Voir notamment : Elizabeth R. CHESLER, « Denying Undocumented Immigrants Access to Medicaid: A Denial of Their Equal Protection Rights », *Boston University Public Interest Law Journal* 17 (2007): 255-87; Patrick GLEN, « Health Care and the Illegal Immigrant », *Health Matrix: Journal of Law-Medicine* 23 (2013): 197-236; James W. NICKEL, « Should Undocumented Aliens Be Entitled to Health Care? », *The Hastings Center* 16, n° 6 (1986): 19-23; Samuel WOLBERT, « Universal Healthcare and Access for Undocumented Immigrants », *Pittsburgh Journal of Environmental and Public Health Law* 5 (2011): 61-79; Julianne ZUBER, « Healthcare for the undocumented: solving a public health crisis in the US », *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 28, n° 2 (2012): 350-80.

[197] Voir notamment : Douglas S. MASSEY, « Understanding America's Immigration "Crisis" », *Proceedings of the American Philosophical Society held at Philadelphia for promoting useful knowledge.* 151, n° 3 (2007): 309; Natalya SHATNIY, « Economic Effects of Immigration:A voiding Past Mistakes and Preparing for the Future », *St. Mary's Law Review on Minority Issues* 14 (2012): 869-911; Marta TIENDA et Leif JENSEN, « Immigration and public assistance participation: Dispelling the myth of dependency », *Social Science Research* 15, n° 4 (1986): 372-400; WALLACE Steven et al., « Improving access to health care for undocumented immigrants in the United States », *Salud publica de Mexico* 55 (2013): 508-14.

[198] Voir notamment : Jason GRIMM et Jeffrey WELLS, « Illegal Immigrants in the Emergency Department: An Ethical Dilemma for Nurses? », *Journal of Emergency Nursing* 35, n° 2 (2009): 127-28.

[199] Madeleine Pelner COSMAN, « Illegal aliens and American medicine », *Journal of American Physicians and Surgeons* 10, n° 1 (2005): 6-10.

[200] Christian JOPPKE, « Why liberal States accept unwanted immigration », *World politics* 50, n° 2 (1998): 292-93.

[201] Christina BOSWELL, « Theorizing Migration Policy: Is There a Third Way? », *International Migration Review* 41, n° 1 (2007): 96.

[202] Christian JOPPKE et Ewa MORAWSKA, *Toward Assimilation and Citizenship: Immigrants in Liberal Nation-States* (Palgrave Macmillan, 2014), 15-16.

[203] Omar MARTINEZ et al., « Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review », *Journal of Immigrant and Minority Health* 17, n° 3 (2015): 3.

[204] Paul DUTTON, *Differential diagnoses a comparative history of health care problems and solutions in the United States and France* (Cornell University Press, 2007), 3.

[205] John W. GUENDELSBERGER, « Equal Protection and Resident Alien Access to Public Benefits in France and the United States », *Tulane Law Review* 67 (1992): 675.

[206] Michèle LAMONT et Laurent THÉVENOT, *Rethinking comparative cultural sociology repertoires of evaluation in France and the United States* (Cambridge University Press, 2013).

[207] Rodney BENSON et Abigail SAGUY, « Constructing Social Problems in an Age of Globalization: A French-American Comparison », *American Sociological Review* 70, n° 2 (2005): 234-36.

[208] SCHAIN Martin, « Minorities and Immigrant Incorporation in France: The State and the Dynamics of Multiculturalism », in *Christian JOPPKE et Steven LUKES (eds), Multicultural questions* (Oxford University Press, 1999).
[209] JOPPKE et MORAWSKA, *Toward Assimilation and Citizenship: Immigrants in Liberal Nation-States*, 7.
[210] Brett COVINGTON, « Is Postsecondary Access for Undocumented Immigrants an Important Right-How the United States and Europe Differ », *Georgetown Immigration Law Journal* 23 (2008): 434.
[211] Catherine WIHTOL DE WENDEN, « L'immigration : objet du débat politique », *Confluences*, n° 14 (1995): 73-79.
[212] Elhadji Mamadou MBAYE, « Sida et immigration thérapeutique en France : mythes et réalités », *Sciences sociales et santé* 27, n° 1 (2009): 49.
[213] MBAYE, 53.
[214] Caroline IZAMBERT, « Soigner les étrangers ? L'État et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours » (Ecole des hautes études en sciences sociales, 2018).
[215] Michel FOUCAULT, « "Il faut défendre la société". Cours au Collège de France », 1976.
[216] Didier FASSIN, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie: pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et sociétés* 24, n° 1 (2000): 95-116.
[217] Giorgio AGAMBEN, *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue* (Seuil, 1997).
[218] Marie-Antoinette HILY, Jacqueline COSTA-LASCOUX, et Didier FASSIN, « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration », *Revue européenne de migrations internationales* 17, n° 2 (2001): 145-46.
[219] Thierry BLIN, « L'invention des sans-papiers. Récit d'une dramaturgie politique », *Cahiers internationaux de sociologie* 125, n° 2 (2008): 258-59.
[220] Virginie GUIRAUDON, « L'intégration des immigrés ou la politique de l'esquive », in *La France en mutation. 1980-2005* (Presses de Sciences Po, 2006), 280.
[221] Sean ELLIOTT, « Staying within the lines: the question of post-stabilization treatment for illegal immigrants under Emergency Medicaid », *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 24 (2007): 177.
[222] Thomas J. ESPENSHADE, « Unauthorized immigration to the United States », *Annual Review of Sociology* 21, n° 1 (1995): 213.
[223] JOPPKE et MORAWSKA, *Toward Assimilation and Citizenship: Immigrants in Liberal Nation-States*, 16-17.
[224] JOPPKE et MORAWSKA, 16-17.
[225] JOPPKE et MORAWSKA, 16-17.
[226] Sarah B. HORTON, « Different subjects: The health care system's participation in the differential construction of the cultural citizenship of Cuban refugees and Mexican immigrants », *Medical Anthropology Quarterly* 18, n° 4 (2004): 484.
[227] THOMAS, « The Recurring Native Response to Global Labor Migration »; Grace J. YOO, « Immigrants and welfare: Policy constructions of deservingness », *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 6, n° 4 (2008): 490-507; Anahí VILADRICH, « Beyond welfare reform: reframing undocumented immigrants' entitlement to health care in the United States, a critical review », *Social Science & Medicine* 74, n° 6 (2012): 822-829.
[228] YOO, « Immigrants and welfare: Policy constructions of deservingness », 504.
[229] VILADRICH, « Beyond welfare reform: reframing undocumented immigrants' entitlement to health care in the United States, a critical review », 827.
[230] Heide CASTANEDA, « Im/migration and Health: Conceptual, Methodological, and Theoretical Propositions for Applied Anthropology », *NAPA Bulletin* 34, n° 1 (2010): 10.
[231] Sébastien CHAUVIN, « En attendant les papiers », *Politix*, n° 3 (2009): 47.
[232] Brietta R. CLARK, « The immigrant health care narrative and what it tells us about the US health care system », *Annals of Health Law* 17 (2008): 271-77.
[233] Charlene GALARNEAU, « Still missing: undocumented immigrants in health care reform », *Journal of health care for the poor and underserved* 22, n° 2 (2011): 422-428.

[234] Patrick W. THOMAS, « The Recurring Native Response to Global Labor Migration », *Indiana Journal of Global Legal Studies* 20, n° 2 (2013): 1393-1423.
[235] Dominique DANIEL, « La politique de l'immigration aux États-Unis », *Revue internationale et stratégique*, n° 2 (2003): 155.
[236] Alejandro PORTES, Donald LIGHT, et Patricia FERNANDEZ-KELLY, « The US Health System and Immigration: An Institutional Interpretation », in *Sociological Forum*, vol. 24 (Wiley Online Library, 2009), 493.
[237] Malcolm GLADWELL, « The moral-hazard myth », *The New Yorker* 29 (2005): 44-49.
[238] PORTES, LIGHT, et FERNANDEZ-KELLY, « The US Health System and Immigration: An Institutional Interpretation », 504.
[239] Christopher M. WEIBLE et Paul A. SABATIER, *Theories of the policy process* (Hachette UK, 2017), 144.
[240] Hank C. JENKINS-SMITH, « The Politics of Policy Analysis » (Department of Political Science. University of Rochester, 1985).
[241] Paul A. SABATIER, « Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis », *Journal of public policy* 6, n° 1 (1986): 21-48.
[242] Paul A. SABATIER, « Knowledge, policy-oriented learning, and policy change: An advocacy coalition framework », *Knowledge* 8, n° 4 (1987): 649-692; Paul A. SABATIER et Neil PELKEY, « Incorporating multiple actors and guidance instruments into models of regulatory policymaking: An advocacy coalition framework », *Administration & Society* 19, n° 2 (1987): 236-263.
[243] Paul A. SABATIER, « An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein », *Policy Sciences* 21, n° 2-3 (1988): 129-68.Paul A. SABATIER et Hank C. JENKINS-SMITH, « Symposium editors' introduction », *Policy Sciences* 21, n° 2-3 (1988): 123-27.
[244] Hank C. JENKINS-SMITH, *Democratic politics and policy analysis* (Brooks/Cole Pacific Grove, CA, 1990).
[245] Paul A. SABATIER et Hank C. JENKINS-SMITH, *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach* (Westview Press, 1993).
[246] Paul A. SABATIER et Hank C. JENKINS-SMITH, « The Advocacy Coalition Framework. An Assessment », in *Theories of the Policy Process* (Westview Press, 1999), 117-66.
[247] Paul A. SABATIER et Christopher M. WEIBLE, « The advocacy coalition framework. Innovations and clarifications », in *Theories of the Policy Process*, 2e éd. (Westview Press, 2007), 189-217.
[248] Hank JENKINS-SMITH et al., « The advocacy coalition framework: Foundations, evolution, and ongoing research », in *Theories of the policy process*, 3e éd. (Westview Press, 2014), 183-224.
[249] Hank JENKINS-SMITH et al., « The Advocacy Coalition Framework: An Overview of the Research Program », in *Theories of the Policy Process*, 4e éd. (Westview Press, 2018), 135-72.
[250] Paul A. SABATIER et others, *Theories of the policy process*, 2e éd. (Westview Press Boulder, 2007), 190.
[251] WEIBLE et SABATIER, *Theories of the policy process*, 139.
[252] SABATIER et others, *Theories of the policy process*, 193.
[253] SABATIER et JENKINS-SMITH, « The Advocacy Coalition Framework. An Assessment », 135-36.
[254] WEIBLE et SABATIER, *Theories of the policy process*, 141.
[255] SABATIER et others, *Theories of the policy process*, 193.
[256] SABATIER et others, 200.
[257] Les groupes d'intérêt incluent aussi bien les entreprises à but lucratif que les associations à but non lucratif.
[258] SABATIER et others, *Theories of the policy process*, 192.
[259] SABATIER et others, 192.
[260] WEIBLE et SABATIER, *Theories of the policy process*, 140.

[261] Bruno JOBERT et Pierre MULLER, *L'Etat en action* (Presses universitaires de France, 1987); Pierre MULLER, « L'analyse cognitive des politiques publiques: vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique* 50, n° 2 (2000): 189-208.
[262] HALL, « Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain ».
[263] Martin REIN et Donald SCHÖN, « Frame-critical policy analysis and frame-reflective policy practice », *Knowledge and policy* 9, n° 1 (1996): 85-104.
[264] SABATIER et others, *Theories of the policy process*, 194-96.
[265] SABATIER et others, 194-95.
[266] WEIBLE et SABATIER, *Theories of the policy process*, 153.
[267] SABATIER et others, *Theories of the policy process*, 201.
[268] WEIBLE et SABATIER, *Theories of the policy process*, 148.
[269] SABATIER et others, *Theories of the policy process*, 194.
[270] Paul SABATIER, Susan HUNTER, et Susan McLAUGHLIN, « The Devil Shift: Perceptions and Misperceptions of Opponents », *The Western Political Quarterly* 40, n° 3 (1987): 449-76.
[271] SABATIER et others, *Theories of the policy process*, 198.
[272] WEIBLE et SABATIER, *Theories of the policy process*, 153.
[273] WEIBLE et SABATIER, 145.
[274] SABATIER et others, *Theories of the policy process*, 204-5.
[275] WEIBLE et SABATIER, *Theories of the policy process*, 145-46.
[276] Gail BINGHAM, *Resolving environmental disputes: A decade of experience* (Conservation Foundation Washington, DC, 1986); Susan L. CARPENTER et William JD KENNEDY, *Managing public disputes: A practical guide to handling conflict and reaching agreements* (Jossey-Bass San Francisco, CA, 1988); Rosemary O'LEARY et Lisa B. BINGHAM, *The promise and performance of environmental conflict resolution* (Resources for the Future, 2003); Lawrence E. SUSSKIND, Sarah McKEARNEN, et Jennifer THOMAS-LAMAR, *The consensus building handbook: A comprehensive guide to reaching agreement* (Sage Publications, 1999); William URY, *Getting past no: Negotiating your way from confrontation to cooperation* (Bantam, 1993).
[277] SABATIER et others, *Theories of the policy process*, 205.
[278] SABATIER et others, 206-7.
[279] RIPBERGER et al., « Cultural theory and the measurement of deep core beliefs within the advocacy coalition framework », 523-24.
[280] Hank JENKINS-SMITH et al., « Belief system continuity and change in policy advocacy coalitions: Using cultural theory to specify belief systems, coalitions, and sources of change », *Policy Studies Journal* 42, n° 4 (2014): 502.
[281] Simon MATTI et Annica SANDSTRÖM, « The Rationale Determining Advocacy Coalitions: Examining Coordination Networks and Corresponding Beliefs », *Policy Studies Journal* 39, n° 3 (2011): 385-410.
[282] Jonathan J. PIERCE, « Coalition Stability and Belief Change: Advocacy Coalitions in U.S. Foreign Policy and the Creation of Israel, 1922–44 », *Policy Studies Journal* 39, n° 3 (2011): 411-34 ; Matthew ZAFONTE et Paul A. SABATIER, « Shared beliefs and imposed interdependencies as determinants of ally networks in overlapping subsystems », *Journal of theoretical politics* 10, n° 4 (1998): 473–505.
[283] Maarten WOLSINK, « Policy beliefs in spatial decisions: contrasting core beliefs concerning space-making for waste infrastructure », *Urban studies* 41, n° 13 (2004): 2669-90; JENKINS-SMITH et al., « Belief system continuity and change in policy advocacy coalitions: Using cultural theory to specify belief systems, coalitions, and sources of change »; RIPBERGER et al., « Cultural theory and the measurement of deep core beliefs within the advocacy coalition framework ».
[284] Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALÈS, « Instrument », in *Dictionnaire des politiques publiques*, vol. 4 (Presses de Sciences Po (PFNSP), 2014), 325-26.
[285] Erving GOFFMAN, *Frame analysis: An essay on the organization of experience.* (Harvard University Press, 1974), 21.

[286] Ont par exemple été exclus les centres de lutte contre la lèpre en France, les *Rural Health Centers* et les *Homeless Healthcare Centers* aux États-Unis.
[287] Christopher HOOD, « The Tools of Government », *Macmillan Press*, 1983, 4-6.
[288] "*The virtues of Hood's model are that it is relatively straightforward and serves as an admirable synthesis of many other, earlier, resourses-based models of policy instruments*". Cf. Michael HOWLETT, « Policy instruments, policy styles, and policy implementation », *Policy studies journal* 19, n° 2 (1991): 8.
[289] Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALÈS, *Gouverner par les instruments* (Presses de Sciences po, 2004), 359.
[290] Stephen H. LINDER et B. Guy PETERS, « Instruments of government: Perceptions and contexts », *Journal of public policy* 9, n° 1 (1989): 44.
[291] Sylvain PERRET, « Vers une nouvelle approche instrumentale des politiques publiques de protection de l'environnement » (Thèse de science politique, Université de Genève, 2010).
[292] Charles W. ANDERSON, « Comparative policy analysis: The design of measures », *Comparative Politics* 4, n° 1 (1971): 117–131; Charles W. ANDERSON, « Political design and the representation of interests », *Comparative Political Studies* 10, n° 1 (1977): 127–152; George I. BALCH, « The stick, the carrot, and other strategies: A theoretical analysis of governmental intervention », *Law & Policy* 2, n° 1 (1980): 35–60; Hans A. DE BRUIJN et Hans AM. HUFEN, « The traditional approach to policy instruments », *Public policy instruments: Evaluating the tools of public administration*, 1998, 11–32; Hans DE BRUIJN et Ernst TEN HEUVELHOF, *Management in Networks: On multi-actor decision making* (Routledge, 2012); George B. DOERN et Richard W. PHIDD, *Canadian public policy: Ideas, structure, process* (Methuen, 1983); William GORMLEY, « Bureau-Bashing: A framework for analysis », in *Meetings of the American Political Science Association, Chicago, IL*, 1987; Michael HOWLETT, Michael RAMESH, et Anthony PERL, *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems*, vol. 3 (Oxford University Press Oxford, 2003); Ruth KAUFMANN-HAYOZ et al., *A typology of tools for building sustainability strategies* (Birkhäuser, Basel, 2001); LINDER et PETERS, « Instruments of government: Perceptions and contexts »; Lorraine M. McDONNELL et Richard F. ELMORE, « Getting the job done: Alternative policy instruments », *Educational evaluation and policy analysis* 9, n° 2 (1987): 133–152; Lester M. SALAMON, « Rethinking public management: Third-party government and the changing forms of government action », *Public policy* 29, n° 3 (1981): 255–275; Lester M. SALAMON, « Introduction: The new governance and the tools of public action », *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*, 2002, 1–46; Rory SULLIVAN, *Rethinking voluntary approaches in environmental policy* (Edward Elgar Publishing Limited, 2005); Frans CJ VAN DER DOELEN, « The "give-and-take" packaging of policy instruments: optimizing legitimacy and effectiveness », *Carrots, sticks and sermons: Policy instruments and their evaluation. New Brunswick: Transaction Publishers*, 1998; Frans KM VAN NISPEN et Arthur B. RINGELING, « On instruments and instrumentality: a critical assessment », *Public policy instruments. Evaluating the tools of public administration*, 1998, 204–217; LASCOUMES et LE GALÈS, *Gouverner par les instruments*.
[293] L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).
[294] D. 861-1 du Code de la sécurité sociale (CSS).
[295] R. 251-1 CASF.
[296] L. 253-2 CASF.
[297] L. 251-1 CASF.
[298] L. 254-1 CASF.
[299] La non-affiliation à un organisme de sécurité sociale est effectivement interdite pour les Français. Cela implique que les assurances privées sont bien moins développées en France comparé aux États-Unis. Cf. L. 114-18 CSS.
[300] Cf. 8 USC § 1611 (*Medicare* et *Medicaid*) et 42 USC § 18001 (*temporary high-risk pools*).
[301] 42 USC 1396b.
[302] 26 USC § 36B (pour les *qualified health plans*) et 42 USC § 18081 (pour les *exchanges*, les *premium tax credits* et les *reduced cost-sharing*).
[303] 26 USC § 36B et 42 USC § 18081.

[304] 8 USC § 1369. Seule la transplantation d'organes est exclue du remboursement des soins urgents.
[305] Par exemple, 1387 dollars par mois dans l'état de New York pour une personne seule ou un couple sans enfant au 1er janvier 2017. Cf. « Medicaid in New York State », URL : www.ny.gov.
[306] 42 USC 1320b-7. Cette vérification s'effectue généralement par un fichier national intitulé « système de vérification de l'éligibilité de l'étranger » (*Systematic Alien Verification for Entitlements - SAVE*).
[307] 42 USC 1396b.
[308] Federal Reimbursement of Emergency Health Services Furnished to Undocumented Aliens dit "Section 1011" du Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act de 2003 (P.L. 108-173). Le dispositif fut codifié à l'article 42 USC 1395dd.
[309] "Service Furnished to Undocumented Aliens" (URL : www.cms.gov).
[310] 42 USC § 1396r-4 et 42 CFR 412.106.
[311] *Medicaid DSH* est plus précisément une combinaison de financements fédéraux et nationaux.
[312] Alison MITCHELL, « Medicaid Disproportionate Share Hospital Payments », *Congressional Research Service*, 2013.
[313] 42 USC Subchapter XXIV (§ 300ff et s.).
[314] R. 2112-2 du Code de Santé Publique (CSP).
[315] Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 (article 47).
[316] L. 3121-2 CSP.
[317] L. 3112-3 CSP.
[318] L. 3112-2 CSP.
[319] L. 2311-5 CSP.
[320] L. 6111-1-1 CSP.
[321] Section 330 du *Public Health Service Act* (PHS) ou 42 USC § 1396d.
[322] 42 USC Subchapter XXIV (§ 300ff et s.).
[323] 42 USC § 254b-2.
[324] Ancien 42 USC § 254b.
[325] Ancien 42 USC § 254b.
[326] 42 USC § 256b.
[327] 42 USC § 233.
[328] 42 USC § 247b.
[329] R. 4127-47 CSP.
[330] Littéralement : « Loi sur les traitements médicaux d'urgence et les accouchements en cours ». Il est qualifié également de Patient Anti-Dumping Act.
[331] 42 USC § 1395dd(e)(2) et 42 USC § 1395cc. Cette mesure ne s'applique qu'aux hôpitaux recevant des fonds *Medicare*. Or, d'après une étude, cela englobe environ 98 % des hôpitaux étasuniens. Cf. Joseph ZIBULEWSKY, « The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA): what it is and what it means for physicians », *Proceedings (Baylor University. Medical Center)* 14, n° 4 (2001): 339-46.
[332] 42 USC § 1395dd.
[333] Legal Momentum et L. L. C. Morgan Lewis, « Emergency Medicaid for non-qualified aliens », *Washington, DC: Legal Momentum (Founded as NOW Legal Defense and Education Fund)*, 2009.
[334] Virginia L. HOOD, « Can a physician refuse to help a patient? American perspective », *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej* 118, n° 6 (2008): 368; June M. McKOY, « Obligation to provide services: a physician-public defender comparison », *Virtual Mentor* 8, n° 5 (2006): 332-34.
[335] L. 213-1 CESEDA.
[336] L. 521-3 et L. 511-4 CESEDA. L'« éloignement » est un terme généralement réservé à une décision administrative tandis que l'« expulsion » est propre à une décision judiciaire. Néanmoins, ces deux notions seront indistinctement utilisées dans cette thèse.

[337] L. 313-11 CESEDA (11e alinéa).

[338] Pour ces deux derniers critères, cf. CE, 30 novembre 2011, n° 351584 ; CAA Versailles, 6 mars 2012, n° 11VE00356.

[339] Les nationaux de l'EEE et de la Suisse sont dispensés de l'obtention d'un titre de séjour mais sont néanmoins soumis aux articles L. 121-1 et suivants du CESEDA. Cf. CAA Lyon, 7 octobre 2010, n° 10LY00348 et CAA Lyon, 19 octobre 2011, n° 10LY02128.

[340] Article 6, 7e alinéa : « *Le certificat de résidence d'un an portant la mention "vie privée et familiale est délivré de plein droit* […] *7. Au ressortissant algérien, résidant habituellement en France, dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays. Le certificat de résidence délivré au titre du présent article donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle.* »

[341] CAA Nancy, 24 nov. 2011, n° 11NC00194 ; CAA Douai, 11 mars 2010, n° 09DA01240 ; CAA Lyon, 14 janvier 2010, n° 09LY02037 ; CAA Marseille, 23 mai 2013, n° 11MA03471.

[342] CAA Paris, 8 mars 2012, n°11PA01344 ; CAA Paris, 23 février 2012, n° 11PA02370. Cas également d'une hépatite B chronique couplée de troubles psychiatriques sévères : CAA Versailles, 26 mai 2009, n° 08VE01329.

[343] CAA Nantes, 3 février 2012, N° 11NT02233.

[344] CAA Paris, 22 octobre 2013, n° 13PA01430.

[345] CE, 16 juillet 2010, n° 319960 ; CAA Nantes, 3 février 2012, n° 11NT02232.

[346] CAA Douai, 18 mars 2014, n° 12DA01693 ; CAA Paris, 20 décembre 2013, n° 13PA00224 ; CAA Versailles, 17 décembre 2013, n° 12VE04198 ; CAA Bordeaux, 14 novembre 2013, n° 13BX01628 ; CAA Nantes, 18 octobre 2013, n° 12NT00793 ; CAA Versailles, 28 mai 2013, n° 12VE03545 ; CAA Versailles, 7 février 2013, n° 12VE00243 ; CAA Versailles, 5 février 2013, n° 12VE01294.

[347] 8 USC § 1101(a)(42).

[348] ZUBER, « Healthcare for the undocumented: solving a public health crisis in the US ».

[349] URL : www.legifrance.gouv.fr.

[350] URL : www.govinfo.gov.

[351] Vaccin bilié de Calmette et Guérin, contre la tuberculose.

[352] Dobson DAVANZO & Associates, *Improvements to Medicare Disproportionate Share Hospital (DSH) Payments* (2017), 8-9.

[353] SABATIER et others, *Theories of the policy process*, 192.

[354] Elizabeth A. ALBRIGHT, « Policy Change and Learning in Response to Extreme Flood Events in Hungary: An Advocacy Coalition Approach », *Policy Studies Journal* 39, n° 3 (2011): 485-511; Kumanan WILSON et al., « Parental views on pediatric vaccination: the impact of competing advocacy coalitions », *Public Understanding of Science* 17, n° 2 (2008): 231-43; Denise D. PAYÁN et al., « Advocacy coalitions involved in California's menu labeling policy debate: Exploring coalition structure, policy beliefs, resources, and strategies », *Social Science & Medicine* 177 (2017): 78-86; Ricky N. LAWTON et Murray A. RUDD, « Strange bedfellows: Ecosystem services, conservation science, and central government in the United Kingdom », *Resources* 2, n° 2 (2013): 114-127; Sheena McHUGH, Ruairi BRUGHA, et Ivan J. PERRY, « Policy formulation in the health system: A case study of the Expert Advisory Group for Diabetes », *Journal of Epidemiology and Community Health* 65, n° 2 (2011): A2-3; Deanna F. SWAIN, « Shifting Sands and Shifting Strategies: Advocacy Coalitions, Bonner Bridge, and the Future of NC 12 on North Carolina's Outer Banks » (East Carolina University, 2017); Arturo ALVAREZ-ROSETE et Benjamin HAWKINS, « Advocacy Coalitions, Contestation, and Policy Stasis: The 20 Year Reform Process of the Colombian Health System », *Latin American Policy* 9, n° 1 (2018): 27-54; Carla Guerra TOMAZINI, « As coalizões de causa em torno das políticas de transferências condicionadas: olhar cruzado Brasil-México », *Carta Internacional* 5, n° 2 (2010): 37-55; Carla TOMAZINI, « Beyond consensus: ideas and advocacy coalitions around cash transfer programs in Brazil and Mexico », *Critical Policy Studies*, 2017, 1-20; Heide WEISHAAR, Jeff COLLIN, et Amanda AMOS, « Tobacco Control and Health Advocacy in the European Union: Understanding Effective Coalition-Building », *Nicotine & Tobacco Research* 18, n° 2 (2016): 122-29; Jennifer E. MOSLEY, « Collaboration, Public-Private Intermediary Organizations, and the

Transformation of Advocacy in the Field of Homeless Services », *The American Review of Public Administration* 44, n° 3 (2014): 291-308; Sara L. McDONALD et Deborah RIGLING GALLAGHER, « A Story About People and Porpoises: Consensus-Based Decision Making in the Shadow of Political Action », *Environmental Management* 56, n° 4 (2015): 814-21; Deserai Anderson CROW, « Stakeholder behavior and legislative influence: A case study of recreational water rights in Colorado », *The Social Science Journal* 45, n° 4 (2008): 646-58; Eric BRETON et al., « Health promotion research and practice require sound policy analysis models: The case of Quebec's Tobacco Act », *Social Science & Medicine* 67, n° 11 (2008): 1679-89; William F. A. ANDERSON et David A. MacLEAN, « Public forest policy development in New Brunswick, Canada: multiple streams approach, advocacy coalition framework, and the role of science », *Ecology and Society* 20, n° 4 (2015); Katherine E. SMITH et Ellen A. STEWART, « Academic advocacy in public health: Disciplinary 'duty' or political 'propaganda'? », *Social Science & Medicine* 189 (2017): 35-43; Elizabeth A. KOEBELE, « Integrating collaborative governance theory with the Advocacy Coalition Framework », *Journal of Public Policy*, 2018, 1-30; Peter VAN GOSSUM et al., « Implementation failure of the forest expansion policy in Flanders (Northern Belgium) and the policy learning potential », *Forest Policy and Economics* 10, n° 7 (2008): 515-22; Matilda VALMAN, « Beliefs and behavior in international policy making: Explanations to longitudinal changes in the governance of the Baltic Sea », *Maritime Studies* 15, n° 1 (2016): 12; Pedro FIDELMAN et al., « Coalition cohesion for regional marine governance: A stakeholder analysis of the Coral Triangle Initiative », *Ocean & Coastal Management* 95 (2014): 117-28; Jenni E. KOIVISTO, « A Stakeholder Analysis of the Disaster Risk Reduction Policy Subsystem in Mozambique », *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy* 5, n° 1 (2014): 38-58; Helena Holmström STREHLENERT et al., « Evidence-informed policy formulation and implementation: a comparative case study of two national policies for improving health and social care in Sweden », *Implementation Science* 10, n° 1 (2015): 169; Katherine CULLERTON et al., « Playing the policy game: a review of the barriers to and enablers of nutrition policy change », *Public Health Nutrition* 19, n° 14 (2016): 2643-53; Jonathan MOCKSHELL, « Two worlds in agricultural policy making in Africa? Case studies from Ghana, Kenya, Senegal and Uganda » (University of Hohenheim, 2016); Danette O'NEAL, *Punctuated Equilibrium, Agenda Setting, and Advocacy Coalition Frameworks in Post-disaster Housing Response to Hurricane Katrina* (Walden University, 2011).

[355] O'NEAL, *Punctuated Equilibrium, Agenda Setting, and Advocacy Coalition Frameworks in Post-disaster Housing Response to Hurricane Katrina*; Aleksandr KHECHUMYAN et Satenik MARGARYAN, « The Practice of Pretrial Detention in Armenia: an Examination of the Role of the Soviet Legacy », *European Journal on Criminal Policy and Research* 21, n° 1 (2015): 117-34; Srinivasa Vittal KATIKIREDDI et al., « Understanding the development of minimum unit pricing of alcohol in Scotland: a qualitative study of the policy process », *PLoS One* 9, n° 3 (2014): e91185; CROW, « Stakeholder behavior and legislative influence: A case study of recreational water rights in Colorado »; Sara HUGHES, Stephanie PINCETL, et Christopher BOONE, « Triple exposure: Regulatory, climatic, and political drivers of water management changes in the city of Los Angeles », *Cities* 32 (2013): 51-59; CULLERTON et al., « Playing the policy game: a review of the barriers to and enablers of nutrition policy change »; Patrick HARRIS et al., « Creating 'healthy built environment' legislation in Australia; a policy analysis », *Health Promotion International*, 2017; Ana LLAMAS et Susannah MAYHEW, « The emergence of the vertical birth in Ecuador: an analysis of agenda setting and policy windows for intercultural health », *Health Policy and Planning* 31, n° 6 (2016): 683-90; Sima JOSHI-KOOP, « Divided loyalties, many hats, and punctuated worlds: the challenges of political, administrative and stakeholder collaboration for federal public servants in Canada » (Simon Fraser University, 2009); Matthieu MONDOU, Grace SKOGSTAD, et David HOULE, « Policy image resilience, multidimensionality, and policy image management: a study of US biofuel policy », *Journal of Public Policy* 34, n° 1 (2014): 155-80.

[356] URL : http://www.europresse.com/fr/ (dernière visite : 1er février 2018).

[357] URL : https://www.dowjones.com/products/factiva/ (dernière visite : 1er février 2018).

[358] Loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996.

[359] URL : https://www.westlaw.com/ (dernière visite : 1er février 2018).

[360] Patrick TORT, *La raison classificatoire : quinze études* (Aubier, 1989), 12.

[361] Mary DOUGLAS, *Cultural bias*, 35 (Royal Anthropological Institute, 1978); Mary DOUGLAS, *How institutions think* (Syracuse University Press, 1986).

[362] Robert HOPPE, « 20 Applied Cultural Theory: Tool for Policy Analysis », in *Handbook of public policy analysis* (CRC Press, 2006), 293.
[363] RIPBERGER et al., « Cultural theory and the measurement of deep core beliefs within the advocacy coalition framework »; Hank JENKINS-SMITH et al., « Belief system continuity and change in policy advocacy coalitions: Using cultural theory to specify belief systems, coalitions, and sources of change », *Policy Studies Journal* 42, n° 4 (2014): 484-508.
[364] Hank JENKINS-SMITH et al., « The Advocacy Coalition Framework: An Overview of the Research Program », in *Theories of the Policy Process*, 4e éd. (Westview Press, 2018), 135-72.
[365] RIPBERGER et al., 513-14.
[366] RIPBERGER et al., 513-14.
[367] SABATIER et others, *Theories of the policy process*, 193.
[368] SABATIER et JENKINS-SMITH, « The Advocacy Coalition Framework. An Assessment », 135-36.
[369] SABATIER et JENKINS-SMITH, 135-36.
[370] Nils C. BANDELOW et Stefan KUNDOLF, « Belief systems and the emergence of advocacy coalitions in nascent subsystems: A case study of the European GNSS program Galileo », *German Policy Studies* 7, n° 2 (2011): 113-139; Jasmin BEVERWIJK, Leo GOEDEGEBUURE, et Jeroen HUISMAN, « Policy change in nascent subsystems: Mozambican higher education policy 1993-2003 », *Policy Sciences* 41, n° 4 (2008): 357-377; Karin INGOLD, Manuel FISCHER, et Paul CAIRNEY, « Drivers for policy agreement in nascent subsystems: an application of the advocacy coalition framework to fracking policy in Switzerland and the UK », *Policy studies journal* 45, n° 3 (2017): 442-463; Andrew STRITCH, « The Advocacy Coalition Framework and Nascent Subsystems: Trade Union Disclosure Policy in Canada », *Policy Studies Journal* 43, n° 4 (2015): 437-455.
[371] Nicolás BARBIERI, « Why does cultural policy change? Policy discourse and policy subsystem: a case study of the evolution of cultural policy in Catalonia », *International Journal of Cultural Policy* 18, n° 1 (2012): 13-30; Frank R. BAUMGARTNER et Bryan D. JONES, « Agenda dynamics and policy subsystems », *The journal of Politics* 53, n° 4 (1991): 1044-1074; Kenneth N. BICKERS et Robert M. STEIN, « A portfolio theory of policy subsystems », *Administration & Society* 26, n° 2 (1994): 158-184.
[372] Ernest S. GRIFFITH, *Impasse of democracy. A Study of the Modern Government in Action* (Harrison Hilton Books Inc., 1939).
[373] Cité dans James E. ANDERSON, *Public Policymaking* (Cengage Learning, 2014), 74.
[374] Thomas E. CRONIN, *The state of the presidency* (Little, Brown and Co., 1980); Lawrence Cloyd DODD, *Congress and the administrative state*, vol. 4 (Wiley, 1979); Dorothy Buckton JAMES, *The Contemporary Presidency* (Pegasus, 1969); Theodore J. LOWI, *The End of Liberalism: Ideology, Policy, and the Crisis of Public Authority* (Norton, 1969).
[375] Douglass CATER, *Power in Washington. A Critical Look at Today's Struggle to Govern in the Nation's Capital* (Random House, 1964); Kenneth HANF et Fritz W. SCHARPF, *Interorganizational policy making: limits to coordination and central control*, vol. 1 (Sage Publications (CA), 1978); David M. HEDGE et Michael J. SCICCHITANO, « Regulating in space and time: The case of regulatory federalism », *The Journal of Politics* 56, n° 1 (1994): 134-153; David KNOKE et al., *Comparing policy networks: labor politics in the US, Germany, and Japan* (Cambridge University Press, 1996); Daniel MAZMANIAN et Paul A. SABATIER, *Implementation an d Public Policy with a New Postscript* (University Press of America, 1989); Roderick A. W. RHODES, *Beyond Westminster and Whitehall: The Subcentral Governments of Britain (1992)* (Unwin Hyman, 1988); John T. SCHOLZ, Jim TWOMBLY, et Barbara HEADRICK, « Street-level political controls over federal bureaucracy », *American Political Science Review* 85, n° 3 (1991): 829-850.
[376] Jeffrey M. BERRY, *Subgovernments, issue networks, and political conflict* (Westview Press, 1989), 239.
[377] John L. FREEMAN, *The Political Process: Executive Bureau-Legislative, Committee Relations*, vol. 13 (Random House, 1965), 11.
[378] Hugh HECLO, « Issue networks and the executive establishment », in *Anthony KING (ed), The New American Political System* (American Enterprise Institute, 1978), 88.

[379] Daniel NOHRSTEDT et Christopher M. WEIBLE, « The logic of policy change after crisis: Proximity and subsystem interaction », *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy* 1, n° 2 (2010): 1-32.
[380] BAUMGARTNER et JONES, *Agendas and instability in American politics*, 22.
[381] BAUMGARTNER et JONES, 7.
[382] Michael HOWLETT et Mishra RAMESH, « Policy subsystem configurations and policy change: Operationalizing the postpositivist analysis of the politics of the policy process », *Policy studies journal* 26, n° 3 (1998): 466-481.
[383] HOWLETT et RAMESH, 467.
[384] HOWLETT et RAMESH, 469.
[385] Frank FISCHER, Gerald J. MILLER, et Mara S. SIDNEY, *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods* (CRC Press, 2007), 137.
[386] Jeffrey WORSHAM, « Up in smoke: Mapping subsystem dynamics in tobacco policy », *Policy Studies Journal* 34, n° 3 (2006): 438.
[387] Jay D. GATRELL et Lou FINTOR, « Spatial niches, policy subsystems, and agenda setting: the case of the ARC », *Political Geography* 17, n° 7 (1998): 884-85.
[388] STRITCH, « The Advocacy Coalition Framework and Nascent Subsystems: Trade Union Disclosure Policy in C anada », 440.
[389] « C'est typiquement, l'AME, une des mesures sur lesquelles il peut y avoir clivage. Vraiment un clivage net » ; « Je pense que l'AME elle fait beaucoup de bruit, même au niveau de la population, parce que les gens s'imaginent qu'ils payent des soins pour des personnes sans papiers. Après, là où on a le plus de difficultés, ça va être les titres de séjour pour soins, ou toutes décisions pour soins. [...] **Et entre titre de séjour pour soins et AME, quel serait le plus conflictuel d'après vous ?** L'AME, je pense. L'AME » ; « Le FN, la droite proposent la suppression de l'Aide médicale d'État, même la suppression du droit au séjour pour soins qui est… Enfin ouai, les arguments sont les mêmes pour les deux » ; « 'Regardez, il y a explosion. On explose le budget AME'. Chaque année, il est explosé, c'est le scandale : vous avez un article dans le Parisien, dans le Figaro, machin, Goasguen se répand, etc., etc. C'est le marronnier, une fois par an minimum, voire deux fois par an » ; « C'est une valeur symbolique considérable, parce qu'on a ancré dans la population l'idée que c'est l'AME qui fait venir des étrangers. Donc supprimons l'AME, y a moins d'étrangers qui viendront. Parce que les gens viennent pour se faire soigner » ; « Si vous voulez, le titre de séjour pour raison médicale, il couvre une minorité d'étrangers, parce que les critères pour bénéficier des titres de séjour pour raison médicale sont quand même restrictifs, par contre, l'aide médicale, ça s'adresse à tous les étrangers sans-papiers. Le clash, à mon sens, il n'est pas tellement sur le titre de séjour pour raison médicale. Il est sur la visibilité tous les ans du coût qui augmente de l'aide médicale, qui n'augmente pas tellement par les dépenses de soins que par le nombre. Quoique je ne crois pas que ça augmente beaucoup » ; « L'AME est quand même une mesure, on le voit bien, qui est souvent mise sur le devant de la scène. Il n'y a qu'à voir les programmes des candidats aux primaires. Avec un discours qui souvent va prendre des raccourcis factuels, pour être gentil » ; « **Comment vous définiriez du coup ce qui pose problème aujourd'hui ?** Il est multifactoriel. Il fait 800 millions euros par an [NDA : l'AME]. C'est un chiffon rouge ça. On dit c'est qui ? C'est les étrangers qui foutent rien ? » ; « Le ressenti de nos concitoyens c'est évident que l'immigration, et entre autres sur la question de l'AME c'est un coût, qu'ils ne comprennent pas qu'on puisse financer ce coût alors qu'on a un pays qui globalement, financièrement ne va pas très bien. [...] je pense que la mauvaise réputation de l'AME aujourd'hui est due uniquement au rejet de l'immigration par nos concitoyens » ; « L'AME est plus connue, en fait. Et en fait, l'avantage de l'AME, c'est que tu peux davantage l'instrumentaliser politiquement comme tu sais ce qu'elle coûte. Tandis que le droit au séjour pour soins, tu vas dire « ah bon ben alors voilà y a 30 000 personnes qui en bénéficient tous les ans ».
[390] "*1 : That is not an issue we have ever spoken to or taken a position on, and it's not really how we think about the issue*. [...] *I've never heard anybody propose that, it's not a policy proposition that has ever come up.* [...] *I've never heard anybody suggest the policy of, 'If you are sick enough, then you get status*'. *We've never taken a position on that because it's never come up. Have you ever heard anybody taking that position? 2 : No*." ; "*That is not something that I've thought about. That is not I think policy discussion that we've had.* [...] *That's definitely something that is very far from what's on the policy agenda in the US right now*." ; "*I don't see a clash on the*

access to care of illegal migrants: I think people agree that illegals should not have access to care." ; "*I don't think there is much of a public push because it then gets rapt out in the immigration debate. I actually never had anyone coming in and talked to me about 'improving access to care for undocumented workers' because I think people just don't want to talk about it*." ; "*Back in 2009-2010 when they were debating the ACA* [the Affordable Care Act], *it was such a long, it lasted like a year, and the debate lasted a year. And it was hard enough to get just something solid to rally around, rally behind, that the idea of including illegal, undocumented immigrants, it was not… Democrats were not going to support access for undocumented immigrants. So there were never a clash, I think, from the beginning it was clear that undocumented immigrants would be excluded from the ACA. The real clash was how vocal that exclusion was going to be*." ; "*My personal assessment is that the fundamental logic among healthcare groups was to see everybody covered but during the healthcare debate. Everybody said that the Bill* [the Affordable Care Act] *won't pass if it covered undocumented folks. They planned to pass the healthcare law then pass immigration reform and then maybe to get those folks legal status which will then allow them to slip into the healthcare system*."

[391] George TSEBELIS, « Decision making in political systems: Veto players in presidentialism, parliamentarism, multicameralism and multipartyism », *British journal of political science* 25, n° 3 (1995): 289-325.

[392] "*[The Ryan White program] was a bipartisan program.* [...] *The health centers program has bipartisan support in part because of the reasons I told you. In part they are republican, because they are anti-entitlement (where everybody gets services). In discretionary funded programs they say we are going to give you 100 dollars, and afterwards there is no more. This is a discretionary program. So republicans don't like entitlements because they say 'oh we are just going to start giving things away to people'.* [...] *The 340B program is interesting because you know the ACA expanded it and there has been a big push back from the pharmaceutical industry.* [...] *I am over stereotyping but if you think of the republican support, if pharmaceuticals hate these programs, republicans are going to hate it. EMTALA is interesting. I would say it's a same dynamics. But it's been around, I think it'd be hard politically for anyone to say you can show up and we can just turn you away. They basically have to stabilize you, make sure you are not in an imminent risk of death. That's pretty basic; it's hard to argue that hospitals should be required to do that.*" ; "*They all have bipartisan support or they wouldn't be here*." ; "*Ryan White has been bipartisan, health centers have been bipartisan, and I mean all the others have been pretty bipartisan*." ; "*Ryan White, which I know better than these had generally good bipartisan support, from both parties*." ; "*Historically, the Community Health Centers have had fairly bipartisan support.*" ; "[NDA : About the Ryan White program] *From the start twenty years ago, every time it needed to be reauthorized, it has huge bipartisan support*" ; "*I think the community health centers go back to the 1960s, so they are part of the Great Society programs, the Lyndon B. Johnson's administration. That is when several big safety programs were created. And so it's sort of in that context. But I think there have been bipartisan supports since then for them*." ; "***Would you say that FQHC and Ryan White program are bipartisan?*** *Oh yeah, HIV and Aids, we have been in strong support of lot of resources for HIV.* [...] *It becomes the degree of being in favor. I might be in favor to put 50 million dollars into Ryan White. They may be in favor to put 20 million dollars*." ; "*I can tell you that community health centers here enjoy bipartisan support*." ; "*Certainly the Bush administration supported a very large expansion that got funded in payments for CHCs and FQHCs. That was always a policy that had a lot of bipartisan support.*" ; "[NDA : About amnesty] *You are offering something that shouldn't be offered.* [...] *If you say by amnesty 'snap your fingers and now everybody is here legally'; I don't think most of those people would support that*." ; "[President Reagan] *supported legislation, actually gave amnesty, which is a really controversial issue today in our country*." ; "*For American people, they are not willing to extend legalization until they have the confidence that they are not being taking for another ride*. [...] *Immigration, I think, demonstrates, more than anything else, how bully politicians lied*." ; "*The big deal is that it would have doubled legal immigration. Literally doubled the level*. [...] *We'll legalize the illegal aliens, but then we won't enforce the law and we'll just have more illegal aliens. That's the fear*."

[393] "*For American people, they are not willing to extend legalization until they have the confidence that they are not being taking for another ride.* [...] *Immigration, I think, demonstrates, more than anything else, how bully politicians lied*." ; "*The big deal is that it would have doubled legal immigration. Literally doubled the level.* [...] *We'll legalize the illegal aliens, but then we won't enforce the law and we'll just have more illegal aliens. That's the fear*."

[394] Section 501(c)(3) du *Internal Revenue Code*. Cet article prévoit qu'en échange d'avantages fiscaux, ces organisations ne doivent pas s'investir dans des activités de lobbying. Elles doivent ainsi présenter une neutralité politique claire et non partisane. Cet article respecte la définition donnée par Andrew RICH : "*I define think tanks as independent, non-interest-based, nonprofit organizations that produce and principally rely on expertise and ideas to obtain support and to influence the policymaking process. Operationally, think tanks are 501(c)3 nonprofit organizations that conduct and disseminate research and ideas on public policy issues. Politically, think tanks are aggressive institutions that actively seek to maximize public credibility and political access to make their expertise and ideas influential in policy making*". Andrew RICH, *Think Tanks, Public Policy, and the Politics of Expertise* (Cambridge University Press, 2005), 11.

[395] Ces deux *think tanks* ont en réalité créés des organisations « 501(c)(4) » parallèles à leur organisation « 501(c)(3) » d'origine afin de s'engager plus ouvertement dans des activités de lobbying (*Heritage Action for America* et *Center for American Project Action Fund*).

[396] Sous-entendu : plus le nombre des groupes d'intérêt par catégorie est grand, plus la probabilité que l'ensemble de ces groupes d'intérêt se positionne sur un instrument donné est faible.

[397] SABATIER et others, *Theories of the policy process*, 193.

[398] Le nombre cardinal est le nombre d'éléments d'un ensemble.

[399] Jack CITRIN et al., « Public Opinion Toward Immigration Reform: The Role of Economic Motivations », *The Journal of Politics* 59, n° 3 (1997): 858-81; Benjamin I. PAGE, Robert Y. SHAPIRO, et Glenn R. DEMPSEY, « What Moves Public Opinion? », *American Political Science Review* 81, n° 1 (1987): 23-43; Peter BURNS et James G. GIMPEL, « Economic Insecurity, Prejudicial Stereotypes, and Public Opinion on Immigration Policy », *Political Science Quarterly* 115, n° 2 (2000): 201-25; Yvan GASTAUT, « Français et immigrés à l'épreuve de la crise (1973-1995), Abstract », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire* n° 84, n° 4 (2004): 107-18; M. V. HOOD et Irwin L. MORRIS, « ¿Amigo o Enemigo?: Context, Attitudes, and Anglo Public Opinion toward Immigration », *Social Science Quarterly* 78, n° 2 (1997): 309-23; M. V. HOOD, Irwin L. MORRIS, et Kurt A. SHIRKEY, « "¡Quedate o Vente!": Uncovering the Determinants of Hispanic Public Opinion Toward Immigration », *Political Research Quarterly* 50, n° 3 (1997): 627-47; DUNAWAY, BRANTON, et ABRAJANO, « Agenda Setting, Public Opinion, and the Issue of Immigration Reform* »; Edwin HARWOOD, « American Public Opinion and U.S. Immigration Policy », *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 487, n° 1 (1986): 201-12; Jason E. KEHRBERG, « Public Opinion on Immigration in Western Europe: Economics, Tolerance, and Exposure », *Comparative European Politics* 5, n° 3 (2007): 264-81; Ted BRADER, Nicholas A. VALENTINO, et Elizabeth SUHAY, « What Triggers Public Opposition to Immigration? Anxiety, Group Cues, and Immigration Threat », *American Journal of Political Science* 52, n° 4 (2008): 959-78; Alan E. KESSLER et Gary P. FREEMAN, « Public Opinion in the EU on Immigration from Outside the Community* », *JCMS: Journal of Common Market Studies* 43, n° 4 (2005): 825-50; Rima WILKES et Catherine CORRIGALL-BROWN, « Explaining time trends in public opinion: Attitudes towards immigration and immigrants », *International Journal of Comparative Sociology* 52, n° 1-2 (2011): 79-99; Jennifer MEROLLA, S. Karthick RAMAKRISHNAN, et Chris HAYNES, « "Illegal," "Undocumented," or "Unauthorized": Equivalency Frames, Issue Frames, and Public Opinion on Immigration », *Perspectives on Politics* 11, n° 3 (2013): 789-807; Justin Allen BERG, « White Public Opinion toward Undocumented Immigrants: Threat and Interpersonal Environment », *Sociological Perspectives* 52, n° 1 (2009): 39-58; John SIDES et Jack CITRIN, « European Opinion About Immigration: The Role of Identities, Interests and Information », *British Journal of Political Science* 37, n° 3 (2007): 477-504; George E. HIGGINS, Shaun L. GABBIDON, et Favian MARTIN, « The role of race/ethnicity and race relations on public opinion related to the immigration and crime link », *Journal of Criminal Justice* 38, n° 1 (2010): 51-56; Claudia STRAUSS, *Making Sense of Public Opinion: American Discourses about Immigration and Social Programs* (Cambridge University Press, 2012); Alain GIRARD, « Opinion publique, immigration et immigrés », *Ethnologie française* 7, n° 3 (1977): 219-28; Thomas J. ESPENSHADE et Charles A. CALHOUN, « An analysis of public opinion toward undocumented immigration », *Population Research and Policy Review* 12, n° 3 (1993): 189-224; Vincent TIBERJ, *La crispation hexagonale: France fermée contre France plurielle, 2001-2007* (Plon, 2008).

[400] Jacques BASSO, « Les groupes d'intérêt, les groupes de pression et le fonctionnement de la démocratie en société civile européenne », *L'Europe en formation* 303 (1997): 39-51; Emmanuel

PARIS, « 10. Les couloirs de la persuasion. Usages de la communication, tissu associatif et lobbies du changement climatique », in *Les modèles du futur* (La Découverte, 2007), 227-44; Julie L. ANDSAGER, « How Interest Groups Attempt to Shape Public Opinion with Competing News Frames », *Journalism & Mass Communication Quarterly* 77, n° 3 (2000): 577-92; Andreas DÜR, « Interest groups in the European Union: how powerful are they? », *West European Politics* 31, n° 6 (2008): 1212-1230; Andreas DÜR et Gemma MATEO, « Public opinion and interest group influence: how citizen groups derailed the Anti-Counterfeiting Trade Agreement », *Journal of European Public Policy* 21, n° 8 (2014): 1199-1217; Christopher B. WLEZIEN et Malcolm L. GOGGIN, « The courts, interest groups, and public opinion about abortion », *Political Behavior* 15, n° 4 (1993): 381-405.

401 Jeffrey E. COHEN et Charles BARRILLEAUX, « 12. Public opinion interest groups and public policy making. Abortion policy in the American states. », in *Understanding the New Politics of Abortion* (SAGE Publications, 1993), 203-21.

402 Ken KOLLMAN, *Outside Lobbying: Public Opinion and Interest Group Strategies* (Princeton University Press, 1998).

403 TSEBELIS, « Decision making in political systems: Veto players in presidentialism, parliamentarism, multicameralism and multipartyism »; George TSEBELIS, « Veto players and law production in parliamentary democracies: An empirical analysis », *American Political Science Review* 93, n° 3 (1999): 591-608; George TSEBELIS, « Veto players and institutional analysis », *Governance* 13, n° 4 (2000): 441-474; George TSEBELIS, *Veto players: How political institutions work* (Princeton University Press, 2002).

404 Dieter RUCHT, « The impact of national contexts on social movement structures: A cross-movement and cross-national comparison », *Comparative perspectives on social movements*, 1996, 185-204.

405 La date moyenne de création des groupes d'intérêt mentionnés au début de chapitre (section 2) est de 1961 aux États-Unis et de 1971 en France.

406 Herbert P. KITSCHELT, « Political opportunity structures and political protest: Anti-nuclear movements in four democracies », *British journal of political science* 16, n° 1 (1986): 57-85.

407 Cf. également l'analyse de Theodore LOWI sur le triangle de fer. Theodore J. LOWI, *The end of liberalism: the second republic of the United States* (Norton, 1979).

408 Patrick HASSENTEUFEL, « Pratiques représentatives et construction identitaire : une approche des coordinations », *Revue française de science politique*, 1991, 5-27.

409 Certaines associations représentant des intérêts professionnels (NASW pour les travailleurs sociaux, AAP pour les pédiatres, AACP pour les pharmaciens, NCSD pour les directeurs de centres luttant contre les IST, etc.) leur statut est effectivement ambigu. Néanmoins, il a été précisé en début de chapitre qu'elles ne sont pas considérées comme étant des syndicats en raison du caractère restreint des intérêts professionnels qu'elles défendent.

410 Leah HAUS, *Unions, immigration, and internationalization: New challenges and changing coalitions in the United States and France* (Macmillan, 2002).

411 Hiroshi MOTOMURA, *Americans in waiting: The lost story of immigration and citizenship in the United States* (Oxford University Press, 2006).

412 Edella SCHLAGER, « Policy making and collective action: Defining coalitions within the advocacy coalition framework », *Policy Sciences* 28, n° 3 (1995): 243-70.

413 John C. CALANNI et al., « Explaining coordination in collaborative partnerships and clarifying the scope of the belief homophily hypothesis », *Journal of Public Administration Research and Theory* 25, n° 3 (2014): 901-927.

414 Jakob Bjerg LARSEN, Karsten VRANGBÆK, et Janine M. TRAULSEN, « Advocacy coalitions and pharmacy policy in Denmark. Solid cores with fuzzy edges », *Social Science & Medicine* 63, n° 1 (2006): 212-24.

415 Brian STEENSLAND, « Cultural categories and the American welfare state: The case of guaranteed income policy », *American Journal of Sociology* 111, n° 5 (2006): 1273-1326.

416 Sophie BODY-GENDROT, « L'universalisme français à l'épreuve des discriminations », *Hommes & Migrations* 1245, n° 1 (2003): 19-28; Thierry LANG, « Inégalités sociales de santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 43 (2014): 31-38; Nicolas VIGNIER, Pierre CHAUVIN, et Rosemary DRAY-SPIRA, « Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses », *Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*,

2017, 113-135; Bastien AFFELTRANGER et al., « Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? », *Santé Publique* 30, n° 1 (2018): 13-24; Nadine SANNINO et al., « Quand l'universalisme proportionné devient relatif : l'accès aux soins des travailleurs non-salariés », *Santé Publique* 30, n° 1 (2018): 165-73.

[417] René RÉMOND, « La fille aînée de l'Église », *Les lieux de mémoire. Les France* 3 (1992): 541-81.

[418] Naomi SCHOR, « The crisis of French universalism », *Yale French Studies*, n° 100 (2001): 43-44.

[419] Laurent DEGOS et Victor G. RODWIN, « Two faces of patient safety and care quality: a Franco-American comparison », *Health Economics, Policy and Law* 6, n° 3 (2011): 290. Voir également Victor G. RODWIN, « The health care system under French national health insurance: lessons for health reform in the United States », *American Journal of Public Health* 93, n° 1 (2003): 31–37.

[420] SCHOR, « The crisis of French universalism », 48.

[421] Fay Lomax COOK et Edith J. BARRETT, *Support for the American welfare state: The views of Congress and the public* (Columbia University Press, 1992); Chad Alan GOLDBERG, « Welfare recipients or workers? Contesting the workfare state in New York City », *Sociological Theory* 19, n° 2 (2001): 187-218; David HALLE, *America's Working Man: Work, Home, and Politics among Blue Collar Property Owners* (University of Chicago Press, 1984); Jennifer HOCHSCHILD, *What's fair?: American beliefs about distributive justice* (Harvard University Press, 1981); Michael B. KATZ, *In the shadow of the poorhouse: A social history of welfare in America* (Basic Books, 1996); Michael B. KATZ, *The undeserving poor: From the war on poverty to the war on welfare* (Pantheon Books, 1989); James R. KLUEGEL et Eliot R. SMITH, *Beliefs about Inequality: Americans' Views of What Is and What Ought to Be* (Aldine de Gruyter, 1986); Michèle LAMONT, *The Dignity of Working Men* (Russel Sage Foundation Press, 2000); Herbert McCLOSKY et John ZALLER, *The American ethos: Public attitudes toward capitalism and democracy* (Harvard University Press, 1984); John W. MOHR, « Soldiers, mothers, tramps and others: Discourse roles in the 1907 New York City charity directory », *Poetics* 22, n° 4 (1994): 327-357; James T. PATTERSON, *America's struggle against poverty, 1900-1994* (Harvard University Press, 1994); Jonathan RIEDER, *Canarsie: the Jews and Italians of Brooklyn against liberalism* (Harvard University Press, 1985).

[422] STEENSLAND, « Cultural categories and the American welfare state: The case of guaranteed income policy », 1274.

[423] JOPPKE et MORAWSKA, 16-17.

[424] François-Xavier MERRIEN, Raphaël PARCHET, et Antoine KERNEN, *L'État social : une perspective internationale* (Armand Colin, 2005), 54-55. Voir également : François-Xavier MERRIEN, « État-providence et lutte contre l'exclusion », *L'exclusion, l'état des savoirs*, La Découverte, 1996, 417–427; Sylvie MOREL, *Les logiques de la réciprocité. Les transformations de la relation d'assistance aux États-Unis* (Presses universitaires de France, 2000).

[425] Sur ce point, cf. le commentaire de Valérie AMIRAUX and Virginie GUIRAUDON sur l'intersectionnalité française : "*Regarding intersectionality, whereas in some countries associations representing different constituencies within the equality movement have become accustomed to working together during past struggles, this is not always the case. For instance, national and local gay and lesbian associations involved in the struggle against AIDS in France have long helped promigrant initiatives (e.g., Act-Up), as they see themselves all as minorities in danger and 'dangerous classes*'". Valérie AMIRAUX et Virginie GUIRAUDON, « Discrimination in comparative perspective: policies and practices », *American Behavioral Scientist* 53, n° 12 (2010): 1699. 1699

[426] Max WEBER, *Essais sur la théorie de la science* (Librairie Plon, 1965).

[427] GISTI, « Le droit aux prestations sociales et à la visite médicale de l'ONI », Fiche d'information n° 3 (1974).

[428] Actuel OFII.

[429] Décret n° 45-0179 du 29 décembre 1945.

[430] Ordonnance n° 67-707 du 21 août 1967.

[431] MRAP, *Différences*, n° 147 (1993), 8.

[432] *Plein Droit*, « Une, deux, trois lois Pasqua », n° 21 (1993). URL : www.gisti.org (dernière visite : 7 mars 2018).
[433] Loi n° 93-1027 du 24 août 1993.
[434] COMEDE, « Quand l'hôpital ferme ses portes », *Plein Droit* n° 26 (1994), 21-24.
[435] MRAP, « Contributions du MRAP au rapport de la Commissions consultative des droits de l'homme », Commission Immigration (1995), 8-11. URL : http://archives.mrap.fr/index.php (dernière visite : 8 mars 2018).
[436] Ses membres sont : Association d'Accueil aux Médecins et Personnels de Santé Réfugiés en France, Association pour la Reconnaissance des Droits des Personnes Transsexuelles et homosexuelles à l'Immigration et au Séjour, Collectif des Accidentés du travail, handicapés et retraités pour l'égalité des droits, Collectif des Homos Sans Papiers, COMEDE, Défense Libre, Droit devant, Femmes de la Terre, FTCR, GISTI, LDH, Observatoire International des Prisons (section française), Solidarité Active Usagers Travailleurs Sociaux, SOS Racisme, AIDES, ARCAT, CIMADE, Comité National contre la Double Peine, MdM, MRAP et Sida Info Service.
[437] Nabil AZOUZ (Migrants contre le Sida), « Déclaration de Marseille du 27 mai 1999. Extraits du discours présenté lors de la 6e rencontre européenne des migrants, des minorités ethniques, et du sida ». URL : www.survivreausida.net ; Adeline TOULLIER et Antoine MATH, « L'accès aux soins des étrangers depuis la loi Pasqua : Consensus politique sur la santé », Plein Droit, n° 41-42 (1999). URL : www.gisti.org. Dernière visite des sites : 9 mars 2018.
[438] Collectif pour une couverture maladie véritablement universelle, « Les exclus de la Couverture Maladie Universelle ! », 1er mars 1999. URL : URL : http://archives.mrap.fr/index.php (dernière visite : 9 mars 2018) ; GISTI, « Pourquoi nous contestons le projet de loi », 1999. URL : www.gisti.org (dernière visite : 9 mars 2018).
[439] GISTI, « L'accès aux soins des étrangers : débats et évolutions du droit », *Hommes et Migrations* n° 1225 (2000), 101-110 ; ODSE, « Politique de santé : retour au 19ème siècle - Les sans-papiers exclus des soins », 17 décembre 2002. URL : www.gisti.org ; MSF, « Médecins Sans Frontières dénonce le démantèlement de la loi de Couverture maladie universelle », 18 décembre 2002. URL : www.gisti.org ; Act Up, « Aide médicale d'État : François Fillon introduit la préférence nationale », 30 novembre 2003. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; ODSE, « Aide Médicale Etat - Lettre ouverte aux parlementaires », 4 novembre 2003. URL : www.odse.eu.org ; ODSE, « 3ème tentative de suppression de l'aide médicale Etat : nous disons toujours non », 2 décembre 2003. URL : www.odse.eu.org ; Mutualité française, « La Mutualité Française demande le réexamen des dispositions qui viennent d'être votées sur l'aide médicale d'Etat (AME) », 2 janvier 2003. URL : www.redac.info ; Collectif « Santé pour tous » (une trentaine d'organisations), « Le gouvernement persiste à vouloir supprimer la protection maladie et l'accès aux soins pour les étrangers sans-papiers », 1er décembre 2003. URL : www.gisti.org ; Collectif nantais « Droit à la santé et à la protection sociale pour toutes et tous » (une vingtaine d'organisations), « Non à l'exclusion des soins. Droit à la protection sociale pour toutes et tous », 2003. URL : http://1libertaire.free.fr ; ODSE, « Il faut préserver la santé des plus précaires en France. Lettre ouverte aux Parlementaires », 5 novembre 2003. URL : www.gisti.org ; Act Up, « Le Ministre de la santé va-t-il laisser les sans-papiers mourir sans rien faire ? », 18 novembre 2003. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Cinq mois après la canicule, Mattéi de nouveau sur le banc des accusés », 14 décembre 2003. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Assumerez-vous l'application de la préférence nationale au système de santé ? », 5 novembre 2003. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Après les retraites, Fillon s'occupe de la santé des sans-papiers », 12 juin 2003. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Aide médicale d'État : une victoire incomplète », 1er mai 2003. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; GISTI, « Le gouvernement s'apprête à supprimer la protection maladie et l'accès aux soins pour les étrangers sans-papiers », 13 octobre 2003. URL : www.gisti.org ; Samu social, « La réforme de l'Aide Médicale d'Etat (AME) met tous les jours en danger la santé de milliers de personnes parmi les plus vulnérables », 16 juin 2004. URL : www.survivreausida.net ; Adeline TOULLIER, « Sans-papiers : la fin des soins ? », *Plein Droit* n° 59-60 (2004). URL : www.gisti.org ; ODSE, « Lettre ouverte aux parlementaires. Pourquoi il faut restaurer un véritable système de couverture maladie pour les plus précaires : l'Aide Médicale de l'Etat », 25 novembre 2004. URL : www.gisti.org ; Collectif (une vingtaine d'organisations), « Non aux nouvelles attaques contre l'aide médicale État (AME). Non à la remise en cause de l'accès aux soins pour tous », 3 mars 2004. URL : www.gisti.org ;

GISTI, « Réforme de l'AME & déontologie médicale. Le GISTI soutient deux plaintes contre le Dr J-F Mattei », 6 mars 2004. URL : www.gisti.org ; Didier MAILLE (COMEDE), « La réforme de l'Aide Médicale Etat. Aggravation des inégalités financières face aux soins », *Maux d'Exil*, n° 9 (2004), 1-3; Collectif d'une quarantaine d'organisations, « Pour les étranger-e-s en France, se soigner reste un combat. Pour une CMU réellement universelle et ouverte aux sans-papiers », 6 septembre 2005. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; FNARS, « Aide médicale d'Etat », 20 septembre 2005. URL : www.federationsolidarite.org ; Act Up, « Obtenir l'AME, exiger la CMU », 1er septembre 2005. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; MdM, « Décrets du 28 juillet sur l'aide médicale Etat : comment demander des 'papiers' à des sans-papiers », 2005. URL : http://prod.medecinsdumonde.org ; UNIOPSS, « L'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité », décembre 2006. URL : http://expertise.uniopss.asso.fr ; Act Up, « Journée Mondiale de lutte contre le sida. Manifestation le 30 novembre à 18h30 au départ de Bastille », 28 novembre 2006. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; ALERTE, « Lettre ouverte aux candidats. La lutte contre la pauvreté et l'exclusion : un objectif central de votre Quinquennat ? », 26 avril 2007. URL : www.pact-habitat.org ; AIDES, « Communiqué de presse de l'association AIDES », 2007. URL : www.aides.org ; Act Up, AIDES, CISS, COMEDE, MdM, UNIOPSS, « Lettre à Monsieur FILLON, Premier ministre. Santé / populations précaires / aide médicale de l'Etat », 30 mai 2008. URL : www.gisti.org ; Act Up, « Une attaque de plus contre les étrangerEs malades », 14 février 2008. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; MdM, « L'accès aux soins des plus démunis en 2009 », octobre 2009. URL : www.medecinsdumonde.org ; ODSE, « Le ministre instrumentalise les chiffres de l'Aide Médicale d'Etat », février 2009. URL : site-2003-2017.actupparis.org ; UNIOPSS, Fédération des Maisons d'Accueil Hospitalières, Fédération Addiction, Confédération des Centres de Santé et de Services de Soins Infirmiers, « Projet de Loi de Santé : Un premier pas vers l'accès de tous à la santé, mais le chemin reste encore long… », 21 décembre 2015. URL : www.federationaddiction.fr ; FNARS, « Investir dans la solidarité. Agissons ensemble ! 2017, nos propositions de réformes prioritaires », 2017. URL : www.federationsolidarite.org. Dernière visite des sites : 21 mars 2018.

[440] MG France, « MG France demande le rétablissement des droits dans l'Aide Médicale Etat (AME) », 23 décembre 2002. URL : www.gisti.org ; LDH, « Réduction de l'AME », 23 décembre 2002. URL : www.ldh-france.org ; Act Up, « Pour faire des économies, J-F. Mattéi est-il prêt à tuer des étrangers malades ? », 19 décembre 2002. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up : « Aide Médicale d'Etat : les socialistes doivent saisir le Conseil Constitutionnel », 23 décembre 2002. URL : www.gisti.org ; Act Up : « Aide Médicale d'Etat : Act Up répond à Alain Lambert, Ministre délégué au Budget et à la réforme budgétaire », lettre du 24 décembre 2002. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; MSF, « Médecins Sans Frontières appelle les malades et les soignants à dénoncer ensemble un recul historique dans l'accès aux soins des plus pauvres », 31 décembre 2002. URL : www.redac.info. Dernière visite des sites : 9 mars 2018.

[441] ODSE, FNARS, « Santé des étrangers : une discrimination de plus », 4 mars 2015. URL : www.odse.eu.org (dernière visite : 13 mars 2018).

[442] CISS, « Aide médicale d'Etat : pourquoi un tel empressement parlementaire alors qu'un rapport est imminent ? », 25 novembre 2010. URL : www.leciss.org ; CISS, FNARS, ODSE, « Les associations demandent la suspension immédiate de la réforme de l'aide médicale d'Etat », 6 janvier 2011. URL : www.odse.eu.org. Dernière visite des sites : 20 mars 2018.

[443] Alain CORDIER et Frédéric SALAS (n° 2010-M-065-03 (IGF) et RM2010-162P (IGAS)), « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat » (2010).

[444] SMG, « Soins aux étrangers : des dispositions radicales et dangereuses », 1er décembre 2003. URL : www.survivreausida.net (dernière visite : 9 mars 2018) ; Act Up, « Aide médicale d'État : François Fillon introduit la préférence nationale », 30 novembre 2003. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; MSF et SMG, « Suppression de tout accès aux soins pour les personnes étrangères résidant en France sans titre de séjour », 20 mai 2003. URL : http://survivreausida.net ; MdM, « Aide médicale d'État : lettre ouverte à Monsieur Jacques Chirac, Président de la République », 2 juin 2003. URL : http://survivreausida.net ; GISTI, « Réforme de l'aide médicale État (AME) et de la couverture maladie universelle (CMU). Argumentaire du GISTI en vue de la saisine du Conseil constitutionnel », 2003. URL : www.gisti.org ; FIDH, GISTI, LDH, « Réclamation CMU - AME », 6 mars 2003. URL : www.redac.info ; FIDH, GISTI, LDH, « Aide médicale d'État : graves menaces contre l'accès aux soins », 1er décembre 2003. URL : www.gisti.org ; COMEGAS, « Des médecins généralistes

demandent le retrait du projet d'AME payante pour les plus démunis », 19 octobre 2003. URL : www.survivreausida.net ; COMEGAS, « Lettre ouverte au président du Conseil de l'ordre des médecins », 18 décembre 2003. URL : www.survivreausida.net (dernière visite : 9 mars 2018) ; CFDT, « Aide médicale : La CFDT s'oppose à sa restriction », 8 janvier 2003. URL : www.redac.info ; ALERTE, « Des mesures qui risquent d'aggraver l'exclusion. Réactions au projet de plan de renforcement de la lutte contre l'exclusion », 22 janvier 2003. URL : www.alerte-exclusions.fr ; Act Up, « Restriction des conditions d'accès à l'Aide médicale d'Etat : nous sommes de mauvais élèves, nous n'avons pas bien travaillé », 18 juin 2003. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; MSF, « L'Aide médicale de l'Etat. Note de contribution », 26 novembre 2003. URL : www.survivreausida.net ; COMEDE et GISTI, « Lettre aux sénateurs », 12 décembre 2003. URL : www.gisti.org ; COMEDE et GISTI, « Lettre aux députés », 2 décembre 2003. URL : www.gisti.org ; Jean-Michel BLOCH-LAINE (UNIOPSS), « Lettre à Monsieur Jean-Pierre RAFFARIN, Premier ministre », 13 janvier 2004. URL : http://expertise.uniopss.asso.fr ; ODSE, « L'AME damnée ! Note de l'ODSE à l'attention des Administrateurs de la CNAM pour l'examen le 24 février 2004 de 2 décrets sur l'AME », 20 février 2004. URL : www.gisti.org ; Collectif d'une centaine d'organisations, « Sans-papiers : non à l'exclusion des soins », 5 août 2005. URL : www.gisti.org ; Collectif d'une dizaine d'organisations, « Arrêtez de nous faire honte ! », 6 octobre 2005. URL : www.gisti.org ; FIDH, GISTI et LDH, « Couverture médicale des sans-papiers : la France rappelée à l'ordre par le Conseil de l'Europe », 13 mars 2005. URL : www.gisti.org ; Act Up, « Nouveaux décrets sur l'Aide médicale d'état : un autoritarisme assassin », 29 juillet 2005. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Accès aux soins des sans-papierEs : Act Up-Paris rappelle Nicolas Sarkozy à la réalité », 1er juillet 2005. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; SMG, « Appel pour la défense de l'accès aux soins », 7 juin 2007. URL : http://survivreausida.net ; FNARS, « Bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat et la CNAM-TS », 14 mai 2009. URL : www.federationsolidarite.org ; SMG, « Taxe sur les soins des étrangers les plus pauvres : NON ! Remboursement de la dette de l'Etat envers l'Assurance maladie : OUI ! », 8 septembre 2010. URL : www.smg-pratiques.info ; SMG, « Communiqué de presse », 2 novembre 2010. URL : www.smg-pratiques.info ; Caroline IZAMBERT, « 30 ans de régressions dans l'accès aux soins », *Plein Droit* n° 86 (2010). URL : www.gisti.org ; SMG, « Lettre aux sénateurs », 29 novembre 2010. URL : www.smg-pratiques.info ; MSF, MdM, SFSP, COMEDE, AIDES, « Défendre l'accès aux soins des étrangers précaires », 29 octobre 2010. URL : www.lemonde.fr ; FNARS, ODSE, UNIOPSS, « Démantèlement de l'Aide médicale d'Etat : la Ministre de la Santé renonce à défendre la santé des plus pauvres », 5 novembre 2010. URL : www.catred.org ; CISS, FNARS, ODSE, UNIOPSS, « Lettre à la commission mixte paritaire. Démantèlement en cours de l'aide médicale de l'Etat (AME), loi de finances pour 2011 », 9 décembre 2010. URL : www.odse.eu.org ; CNOM, « Lettre aux parlementaires », 9 novembre 2010. URL : www.france-terre-asile.org ; CISS, FNARS, ODSE, UNIOPSS, « Restriction de l'Aide médicale d'Etat : mise en danger des plus précaires, le Gouvernement engage sa responsabilité », décembre 2010. URL : www.federationsolidarite.org ; CISS, FNARS, ODSE, UNIOPSS, « Remise en cause de l'Aide médicale d'Etat : la politique de santé publique ne doit pas être sacrifiée par la loi sur l'immigration », 6 octobre 2010. URL : www.smg-pratiques.info ; CISS, FNARS, ODSE, UNIOPSS, « Lettre ouverte à Roselyne Bachelot-Narquin sur les projets de réformes de l'Aide médicale de l'Etat », 29 juillet 2010. URL : http://www.arcat-sante.org ; CISS, FNARS, ODSE, UNIOPSS, « Projet de loi de finances pour 2011. Aide médicale d'Etat (AME). Les associations s'opposent à la suppression de l'accès aux soins des sans-papiers les plus démunis », 25 octobre 2010. URL : www.odse.eu.org ; CISS, FNARS, ODSE, UNIOPSS, « Projet de loi de finances pour 2011. Les associations s'opposent à la suppression de l'accès aux soins des sans-papiers. Cinq questions pour décrypter le projet de réforme de l'Aide Médicale d'Etat », 22 octobre 2010. URL : www.odse.eu.org ; CISS, FNARS, ODSE, UNIOPSS, « Attaques contre l'Aide Médicale d'Etat : opposition des associations », 6 septembre 2010. URL : www.medecinsdumonde.org ; Act Up, « Ne laissons pas Roselyne Bachelot-Narquin sacrifier la santé des étrangers à l'idéologie xénophobe de son parti », 3 novembre 2010. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Lettre aux députés. Remise en cause du titre de séjour pour soins, de l'Aide médicale d'État ainsi que des droits des étrangers et responsabilité des députéEs du groupe d'étude sur le sida », 4 octobre 2010. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; ODSE, « Réforme de l'Aide Médicale d'Etat : les conséquences sur l'organisation du système de soins », mai 2011. URL : www.odse.eu.org ; MdM, « Remise en question de l'Aide Médicale d'Etat : quand la santé sert d'alibi », 2011. URL : www.medecinsdumonde.org ; FNARS, « Réforme de l'Aide Médicale de d'Etat : les raisons de la colère », 2011. URL :

www.cnle.gouv.fr ; COMEDE, « Soins aux étrangers. Un droit à protéger », *Valeurs mutualistes*. URL : www.comede.org ; Act Up, « Régularisations », 1er décembre 2011. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Dissimulation du rapport IGAS/IGF sur le financement de l'AME : Xavier Bertrand ment effrontément, son ministère également », 27 janvier 2011. URL : www.humanite.fr ; Act Up, « Aide Médicale d'Etat : un rapport dissimulé pour une réforme dévastatrice. Menace sur la santé des étrangerEs, atteinte à la démocratie, BERRA et BERTRAND doivent rendre des comptes », 5 janvier 2011. URL : site-2003-2017.actupparis.org ; ODSE, « Nouvelles attaques contre l'AME, lettre envoyée à Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé », 2011. URL : www.medecinsdumonde.org ; ODSE, CISS, « Attaques à l'AME : le Sénat vote contre / le gouvernement veut passer en force », 2011. URL : www.medecinsdumonde.org ; MdM, « Restriction de l'aide médicale d'Etat : mise en danger des plus précaires, le gouvernement assume », 2012. URL : www.medecinsdumonde.org ; MdM, « 27 juin : Médecins du Monde dresse le bilan de sa campagne et interpelle les nouveaux élus », 2012. URL : www.medecinsdumonde.org ; MdM, « AME : mesurer les impacts sur la santé du droit d'entrée de 30 euros », 2012. URL : www.medecinsdumonde.org ; ALERTE, « Propositions inter-associatives pour un plan quinquennal interministériel et une loi de programmation pour l'inclusion », 5 octobre 2012. URL : http://expertise.uniopss.asso.fr ; ODSE, « Suppression du droit d'entrée à l'Aide médicale d'Etat : L'ODSE salue une mesure de bons sens mais appelle à une refonte générale du dispositif », 3 juillet 2012. URL : www.odse.eu.org ; Didier MAILLE, Karine CROCHET, Guy DELBECCHI et Bénédicte MARAVAL, « Un combat ordinaire : ouvrir des droits à la Sécu », *Maux d'Exil* n° 41 (2013), 1-2. Dernière visite des sites : 13 mars 2018.

[445] FNARS, ODSE, Secours catholique, « Réforme de la protection maladie universelle (PUMa) : vers une régression catastrophique pour la sécurité sociale des personnes étrangères », 17 mars 2016. URL : www.seronet.info ; FNARS, ODSE, Secours catholique, MdM, « Durcissement sans précédent de l'accès à l'assurance maladie pour les étrangers vivant en France », 2016. URL : www.medecinsdumonde.org. Dernière visite des sites : 13 mars 2018.

[446] Les membres de l'ADMEF sont à l'époque : Accueil et Promotion, Act Up, ADIS 85, Association Française des Diabétiques, AIDES, Aparts, Arcat-Sida, Association Nationale des Visiteurs de Prison, Association pour l'accueil des voyageurs, Centre Gai et Lesbian, CIMADE, COMEDE, Comité National contre la Double Peine, Comité de Gennevilliers contre la Double Peine, Créteil Solidarité, Emmaüs Alternative, Espace Agora, Fédération des Malades et des Handicapés, FSU, FASTI, GISTI, LDH, Maavar, MdM, MSF, Migrations Santé, MRAP, Reflex, Réseau REVIH, Réseau Ville Hôpital Créteil, Réseau Ville Hôpital Paris-Nord, Sida Info Service, Sol En Si, Syndicat des Avocats de France et Syndicat de la Magistrature.

[447] ADMEF, pétition du 25 juin 1994. URL : www.gisti.org (dernière visite : 7 mars 2018).

[448] L'autorisation provisoire de séjour (APS) est d'une durée variable, inférieure à un an. Le titre de séjour est généralement d'une durée d'un an à l'époque. La carte de résidence est d'une durée de dix ans (on parle de « certificat » de résidence pour les Algériens étant donné qu'ils sont soumis à une convention franco-algérienne du 27 décembre 1968 distincte du droit commun).

[449] Groupe de réflexion sur le sida de la Direction Générale de la Santé (ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville), « Rapport sur la situation des personnes de nationalité étrangère atteintes du sida et passibles d'un arrêté d'expulsion » (1994). Synthèse obtenue dans Dominique DELETTRE, « Le maintien des étrangers pour raison médicale sur le territoire français. Le rôle du médecin inspecteur de santé publique dans la procédure. » (Mémoire de Médecin inspecteur de santé publique, Ecole nationale de la santé publique, 1999), 8.

[450] Décret n° 94-294 du 15 avril 1994.

[451] Chiffres cités dans MRAP, *Différences*, n° 158 (1994), 1.

[452] ADMEF, « Expulsions, délations, violations des droits : le gouvernement français est responsable de la mort programmée des malades étrangers », communiqué pour la journée d'action du dimanche 20 novembre 1994. URL : http://odysseo.generiques.org (dernière visite : 8 mars 2018).

[453] Sont membres de l'URMED : AIDES, la CIMADE, le Comité national contre la Double Peine, le MRAP et Sida Info Service. MdM participe indirectement aux activités du collectif.

[454] MRAP, « Contributions du MRAP au rapport de la Commissions consultative des droits de l'homme », Commission Immigration (1995), 8-11. URL : http://archives.mrap.fr/index.php (dernière visite : 8 mars 2018).

[455] Lucie AUBRAC (résistante), Raymond AUBRAC (résistant), Jean-Michel BELORGEY (juriste, membre de la LDH et du Conseil d'État), Jean-François BERJONNEAU (prêtre), André BERROIR (mathématicien), Paul BOUCHET (conseiller d'État, ancien Président de la CNCDH), Bernard BRUNHES (ancien haut fonctionnaire), Monique CHEMILLIER-GENDREAU (professeur de droit public et de science politique), Noël COPIN (journaliste), Jacqueline COSTA-LASCOUX (sociologue), André COSTES (jésuite), Mireille DELMAS-MARTY (professeur de droit), Stéphane HESSEL (ambassadeur de France), Paul KESSLER (physicien), Camille LACOSTE-DUJARDIN (anthropologue et sociologue), Pierre LYON-CAEN (magistrat), Henri MADELIN (jésuite), Edgar MORIN (sociologue), Paul RICOEUR (doyen honoraire de l'université de Paris X), Antoine SANGUINETTI (résistant, amiral et membre de la LDH), Laurent SCHWARTZ (mathématicien), Louis SCHWEITZER (pasteur), Yvette SULTAN (professeur à la Faculté de Médecine), Germaine TILLION (anthropologue), Jean-Pierre VERNANT (résistant et professeur au Collège de France), Pierre VIDAL-NAQUET (historien).

[456] Collège des médiateurs, « Dix critères pour la régularisation. Lettre du 29 avril 1996 » (1996). URL : http://www.bok.net/pajol/com-med.html (dernière visite : 8 mars 2018).

[457] Dont la LDH, la CIMADE, le MRAP, le GISTI, la FASTI, la CGT, la FSU, le PCF, la LCR et les Verts. URL : http://archives.mrap.fr (dernière visite : 8 mars 2018).

[458] Dont la CIMADE, la CFDT, la CGT, le DAL, Droits Devant, la FSU, la LCR, la LDH, le MRAP, le PCF, le PS, Ras le Front, SOS Racisme, le Syndicat des Avocats de France, SUD, l'Union Nationale des Étudiants de France (UNEF) et les Verts. URL : http://archives.mrap.fr (dernière visite : 8 mars 2018).

[459] Dont la CGT, la Fédération anarchiste, la FSU, les Verts, la LDH, la LCR, le Mouvement français pour le planning familial (MFPF), le MRAP, le PCF et la CFDT. URL : http://archives.mrap.fr (dernière visite : 8 mars 2018).

[460] Comité catholique contre la faim et pour le développement (CCFD), Comité des sans-logis, Droit Devant, Emmaüs France, FASTI, GISTI, LDH, MRAP, SNPM et CIMADE. URL : http://archives.mrap.fr/index.php (dernière visite : 8 mars 2018).

[461] CCFD, Comité des sans-logis, Droit Devant, Emmaüs France, FASTI, GISTI, LDH et MRAP. URL : http://archives.mrap.fr/index.php (dernière visite : 8 mars 2018).

[462] Dont Act Up, le CCFD, le Comité des sans-logis, Droit Devant, Emmaüs France, le GISTI, le MRAP et le SNPM. URL : http://archives.mrap.fr/index.php (dernière visite : 8 mars 2018).

[463] Bernadette HETIER (MRAP, point de contact du collectif), Lettre du 16 décembre 1996 à Alain MARSAUD. URL : http://archives.mrap.fr/index.php (dernière visite : 8 mars 2018).

[464] Loi n° 97-396 du 24 avril 1997.

[465] MRAP, *Différences*, n° 184 (1997), 4.

[466] Reproduit dans MRAP, *Différences*, n° 189 (1997), 4-5.

[467] Act Up, Droit Devant, CEDETIM, FASTI, GISTI, Syndicat de la Magistrature, « Lettre ouverte à Lionel Jospin à propos de la future loi sur l'immigration et de son élaboration / Tout bien réfléchi, la liberté de circulation », 10 juillet 1997. Lettre reproduite dans *Plein Droit* n° 35 (1997). URL : www.gisti.org (dernière visite : 8 mars 2018).

[468] Migrants contre le sida, « Sans droits, le sida c'est toujours la galère », 13 novembre 1999. URL : www.survivreausida.net (dernière visite : 8 mars 2018).

[469] Loi n° 98-349 du 11 mai 1998.

[470] TRT-5, « Lettre aux députés », 2010. URL : www.trt-5.org ; ODSE, « Peut-on accepter de renvoyer des malades mourir dans leur pays d'origine ? », 24 septembre 2010. URL : www.odse.eu.org ; SMG, « Etrangers malades, l'amendement assassin », 8 octobre 2010. URL : www.smg-pratiques.info ; SFLS, « Avis de la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS) sur l'amendement CL381 au projet de loi 'Immigration intégration et nationalité' », 2010. URL : www.sfls.aei.fr ; ODSE, « Projet de loi immigration, intégration et nationalité (n°2400). Amendement sur le droit au séjour pour raison médicale (CL381) présentés par M. T. Mariani, rapporteur au nom de la commission des Lois Article additionnel après l'article 17 », 16 septembre 2010. URL : www.smg-pratiques.info ; CISS, FNARS, ODSE, UNIOPSS, « Peut-on accepter de renvoyer des malades mourir dans leur pays d'origine ? », 24 septembre 2010. URL : www.odse.eu.org ; CISS, FNARS, ODSE, UNIOPSS, « Peut-on accepter de renvoyer des malades mourir dans leur pays d'origine ? », 13 octobre 2010. URL : www.odse.eu.org ; Act Up, « Amendement Mariani. Face à des députés UMP xénophobes et assassins, où étaient les

députés de gauche ? », 7 octobre 2010. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org. Dernière visite des sites : 12 mars 2018 ; Jean-François CORTY et Marie-Dominique PAUTI (MdM), « VIH, IST, hépatites : le combat doit continuer », *Maux d'Exil* n° 39 (2013), 7-8 ; Collectif de douze organisations, « Mettons un terme à l'expulsion des étrangers en attente de soins ! », *Le Monde*, 17 avril 2014. URL : www.lemonde.fr. Dernière visite des sites : 13 mars 2018.

[471] Act Up, « Lettre ouverte aux médecins inspecteurs des DDASS », 15 juillet 2003 ; Act Up, « Défendre le 12 bis 11 », 1er septembre 2003. URL des sites : http://site-2003-2017.actupparis.org. Dernière visite des sites : 20 mars 2018.

[472] Act Up, « Act Up-Paris versus Nicolas Sarkozy. Généalogie d'un combat », 10 mai 2006. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Journée Mondiale de lutte contre le sida. Manifestation le 30 novembre à 18h30 au départ de Bastille », 28 novembre 2006. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Lettre ouverte à Brice Hortefeux. Les expulsions vers la mort seront-elles vos 'variables d'ajustement' ? », 19 septembre 2007. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; TRT-5, « Le TRT-5 s'oppose à la réforme du droit au séjour des étrangers malades », 10 février 2011. URL : www.trt-5.org ; SMG, « Atteinte au droit au séjour des étrangers en France », 1er mars 2011. URL : www.smg-pratiques.info ; ODSE, EELV, « Organismes et institutions mettant en garde contre cette disposition de la loi sur l'immigration. Expertise des acteurs de la santé contre la remise en cause du droit au séjour pour raisons médicales », 31 janvier 2011. URL : www.smg-pratiques.info ; ODSE, « Lettre aux sénateurs. Projet de loi immigration - étrangers malades », 21 mars 2011. URL : www.odse.eu.org ; ODSE, « Lettre aux députés », 24 février 2011. URL : www.odse.eu.org ; ODSE, « Lettre - Vote du Projet de Loi 2011 sur l'immigration au sénat - amendement n° 219 », 13 avril 2011. URL : www.odse.eu.org ; MSF, « Médecins Sans Frontières demande à la Commission Mixte Paritaire composée de 14 parlementaires, réunie demain, mercredi 4 mai, de rejeter l'amendement restreignant le droit au séjour des étrangers malades », 3 mai 2011. URL : www.msf.fr ; Collectif de médecins, « Le gouvernement veut expulser les étrangers malades. Nous, médecins, continuerons à les soigner », 3 mai 2011. URL : www.medecinsdumonde.org ; FNARS, « Lettre aux députés. Observations sur le projet de loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité », 2 mars 2011. URL : www.federationsolidarite.org ; FNARS, « Lettre aux sénateurs. Observations sur les dispositions non conformes à la constitution du projet de loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité », 2 mai 2011. URL : www.federationsolidarite.org ; CISS, FNARS, ODSE, UNIOPSS, « Peut-on accepter de renvoyer des malades mourir dans leur pays d'origine ? », 10 janvier 2011. URL : www.odse.eu.org ; CISS, FNARS, ODSE, UNIOPSS, « Le Sénat a voté la condamnation à mort des malades étrangers vivant en France : Le 4 mai, la Commission Mixte Paritaire doit revenir sur cette décision », 21 avril 2011. URL : www.odse.eu.org ; AIDES, Act Up, « 80 militants anti-sida arrêtés aux portes du Sénat. AIDES et Act Up-Paris contre la réforme du droit au séjour pour soins, qui condamnerait à mort 28.000 étrangers malades », 3 mai 2011. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; AIDES, « STOP aux restrictions du droit au séjour pour soins ! », 2011. URL : http://ldh92sud.over-blog.com ; AIDES, Act Up, « Faire-part de décès. L'Etat enterre le droit au séjour pour soins… Et condamne 28.000 étrangers malades », 4 mai 2011. URL : www.seronet.info ; Collectif de neuf organisations, « Observations en vue de l'examen par le Conseil constitutionnel de la loi 'relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité' », 18 mai 2011. URL : www.gisti.org ; Act Up, AIDES, COMEDE, « Expulsion vers la mort d'étrangers gravement malades : du compromis à la compromission », 13 avril 2011. URL : www.actupparis.org ; Act Up, « Les sénateurs UMP et centristes condamnent à morts les étrangErEs malades », 14 avril 2011. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Benjamin DEMAGNY et Arnaud VEÏSSE, « Des médecins sous contrôle politique », *Plein Droit* n° 92 (2012), 20-23 ; MdM, « Les étrangers malades condamnés à mort », 2012. URL : www.medecinsdumonde.org ; ODSE, « Droits des étrangers malades vivant en France : pour une réforme urgente », mai 2013. URL : www.odse.eu.org (dernière visite : 13 mars 2013) ; Clémentine BONIFAY-BESSON, Cécile CHAUSSIGNAND, Adeline TOULLIER, Benjamin DEMAGNY, Clémence RICHARD, « Etrangers malades : pour une réforme urgente », *Maux d'Exil* n° 41 (2013), 3-4 ; ODSE, « Lettre ouverture du 18 juin 2014 : Face au mépris de l'Etat l'ODSE refuse un simulacre de consultation », 19 juin 2014. URL : www.sida-info-service.org ; SMISP, UNSA, « Le regard du SMISP-UNSA Vigilance et éthique sur le projet de loi relatif au droit des étrangers en France », 14 novembre 2014. URL : www.smisp.fr. Dernière visite des sites : 13 mars 2018.

[473] La demande de régularisation pour soins pour les personnes domiciliées à Paris est unique en France car elle est effectuée par le médecin-chef du service médical de la préfecture de police et non par le médecin de l'ARS.
[474] Le Conseil d'Etat a effectivement statué en 2012 sur l'impossibilité pour les citoyens de l'UE d'utiliser cet article L. 313-11, 11° du CESEDA. Cf. CE, n°347545, 22 juin 2012.
[475] ODSE, « Les personnes étrangères malades et leurs proches ont le droit de vivre dignement en France », janvier 2015. URL : www.gisti.org ; MdM, « Loi de santé 2015 : ne manquons pas l'occasion d'améliorer la santé pour tous ! », 2015. URL : www.medecinsdumonde.org. Dernière visite des sites : 13 mars 2013.
[476] Le Conseil d'Etat a effectivement statué en 2012 sur l'impossibilité pour les citoyens de l'UE d'utiliser cet article L. 313-11, 11° du CESEDA. Cf. CE, n°347545, 22 juin 2012.
[477] FNARS, « La réforme du droit des étrangers en France prochainement au Sénat », 22 septembre 2015. URL : www.federationsolidarite.org (dernière visite : 13 mars 2013).
[478] ODSE, « Malades étrangers. Le couloir de la mort à la française », 16 juin 2015. URL : www.odse.eu.org ; CIMADE, « Lettre ouverte sur la régression en matière de droit au séjour et de la protection contre l'éloignement des personnes malades étrangères par les textes d'application de la loi du 7 mars 2016 », 12 décembre 2016. URL : www.lacimade.org ; AIDES, « VIH, hépatites. La face cachée des discriminations », 2016. URL : www.aides.org. Dernière visite des sites : 13 mars 2018.
[479] Act Up, « ÉtrangerEs malades : expulser, c'est tuer », 26 novembre 2013. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Aide Médicale d'Etat payante : pas de santé pour les sans-papiers », 23 janvier 2003 ; Act Up, « Aide Médicale d'État : la vigilance reste de mise », 19 mars 2003. URL des sites : http://site-2003-2017.actupparis.org ; ODSE, « Les associations se mobilisent contre la politique xénophobe du gouvernement. Mourir n'est pas moins pénible au soleil ! », 1er décembre 2010. URL : http://ancien.mrap.fr ; MdM, « VIH : le paradoxe sanitaire - accès aux tests de dépistage », 1er décembre 2010. URL : http://prod.medecinsdumonde.org ; Collectif d'une dizaine d'organisations, « Tout recule sauf le Sida. Appel à manifestation », 1er décembre 2010. URL : www.gisti.org ; SMG, « Les étrangers ont droit à la santé ! Les restrictions du droit à la couverture sociale (AME) et au droit au séjour pour maladie (DASEM) pour les étrangers sont scandaleuses et inhumaines », 28 mars 2011. URL : www.smg-pratiques.info ; Violaine CARRERE, « Confisquer le débat démocratique », *Plein Droit* n° 88 (2011), 10-14 ; MSF, « MSF déplore le vote des députés qui restreint l'accès aux soins des étrangers malade », 14 mars 2011. URL : www.msf.fr ; ODSE, « Questions/réponses sur la remise en cause du droit au séjour pour raison médicale (article 17 ter du projet de loi sur l'immigration) » (et chapitres suivants), 2011. URL : www.smg-pratiques.info ; Act Up, « Parti-pris. Bye bye étrangèrEs malades », 1er février 2011. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org. Dernière visite des sites : 20 mars 2018.
[480] Caroline IZAMBERT et Martine LALANDE, « Sans-papiers : la bourse ou la vie », *Maux d'Exil* n° 41 (2013), 5-6 ; UNIOPSS, « L'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité », décembre 2006. URL : http://expertise.uniopss.asso.fr (dernière visite : 21 mars 2018).
[481] COMEDE, « L'exclusion par circulaire », *Plein Droit* n° 32 (1996). URL : www.comede.org (dernière visite : 14 mars 2018).
[482] Patrick LE COURTOIS (COMEDE), « Comité médical pour les exilés », *Migration Santé* (1986). URL : www.comede.org (dernière visite : 13 mars 2018).
[483] GISTI, « Santé et protection sociale des étrangers » (1981), 55-57. URL : www.gisti.org (dernière visite : 13 mars 2018).
[484] Pour rappel, le rattachement des ayants-droit n'est pas un instrument traité par la thèse. GISTI, « Lettre à Monsieur le Directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie », 16 juin 1982. URL : www.gisti.org ; GISTI, « Note sur le paiement des prestations-maladie aux ayants-droit étrangers d'un assuré social », octobre 1983, URL : www.gisti.org ; GISTI, « Situation des ayants-droits des travailleurs immigrés au regard de l'assurance maladie-maternité. Titre de séjour non obligatoire », septembre 1984. URL : www.gisti.org. Dernière visite des sites : 13 mars 2018 ; « Les exclus de la protection sociale », *Plein Droit* n° 1 (1987). URL : www.gisti.org (dernière visite : 13 mars 2018).
[485] Circulaire relative à l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes les plus démunies, NOR ASEA8800089C, 8 janvier 1988.

[486] « L'aide aux plus démunis », *Plein Droit* n° 3 (1988). www.gisti.org (dernière visite : 13 mars 2018).
[487] Patrick LAMOUR (COMEDE), « Quand l'hôpital ferme ses portes », *Plein Droit* n° 26 (1994). URL : www.gisti.org ; Patrick LAMOUR (COMEDE), « L'accès aux soins des réfugiés et des 'sans-papiers' », *Prescrire*, tome 14, n° 143 (1994), 9-24. URL : www.comede.org. « Des familles entières sans protection sociale », *Plein Droit* n° 12 (1990). URL : www.gisti.org. Dernière visite des sites : 13 mars 2018. Patrick LAMOUR et Murielle GOUGAY (COMEDE), « Des problèmes de santé simples sans solution simple », *Soins* n° 563-564 (1992), 10-11.
[488] Muriel BOMBARDI (MRAP), « Journée ordinaire d'une assistance sociale en milieu hospitalier », *Différences* n° 151 (1994), 9 ;
[489] Noëlle LASNE (ADMEF), « De la violation des droits à la délation », *Plein Droit*, n° 26 (1994). URL : www.gisti.org (dernière visite : 14 mars 2018) ; Nathalie BERTHIER (MRAP), « Malades, précaires et irréguliers », Différences n° 175 (1996), 2-3.
[490] MdM, « Médecins du Monde : 'Nous disons aux malades sans papiers : N'allez pas à l'hôpital'. Entretien avec Zoubida DJELALI, responsable de la Mission France de Médecins du Monde à Paris », 1er décembre 1995. URL : http://survivreausida.net (dernière visite : 14 mars 2018).
[491] CNOM, « Rôle du médecin face à la précarité », 5 juin 1999. URL : www.conseil-national.medecin.fr (dernière visite : 14 mars 2018).
[492] Patrick AUGUST et Arnaud VEÏSSE (COMEDE), « Droit à la santé et situation d'exil », *Informations sociales* n° 78 (1999), 74-81 ; Guy DELBECCHI, C. JALLET, Françoise FLEURY, Alain FONTAINE, Arnaud VEISSE (COMEDE), « Accès au système de santé : difficultés rencontrées par les exilés en Ile-de-France. Charité et continuité des soins : des logiques divergentes ? », *La Presse Médicale*, Tome 28, n° 20 (1999), 1075-1079.
[493] ODSE, « Sans-papiers : l'accès aux soins de ville, maintenant ! », octobre 2002. URL : www.gisti.org (dernière visite : 15 mars 2018).
[494] MSF, « Médecins Sans Frontières dresse un premier bilan de l'application de la loi de Couverture maladie universelle (CMU) », 7 novembre 2000. URL : www.survivreausida.net (dernière visite : 14 mars 2018).
[495] MSF, Samu Social, COMEDE, MdM, « Les conséquences des réformes sur l'aide médicale état (AME) », 8 juin 2004. URL : www.msf.fr ; Arnaud VEISSE (COMEDE), « Chapitre 62. Etrangers en séjour précaire » *in* François BOURDILLON, Gilles BRÜCKER, Didier TABUTEAU, *Traité de santé publique* (2004), 440-445 ; COMEDE, « Évolution des taux d'accord des préfectures et des tribunaux », *Maux d'Exil* n° 26 (2009), 3-4 ; MdM, « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France », 2014. URL : www.medecinsdumonde.org ; MdM, CISS, FNARS, « Lettre au Défenseur des droits. Signalement de refus de soins fondés sur le statut de bénéficiaire de la CMU et de l'AME », 10 janvier 2017. URL : www.federationsolidarite.org. Dernière visite des sites : 21 mars 2018.
[496] ODSE, « Les rapports médicaux dans la procédure de droit au séjour pour raison médicale », 8 février 2007. URL : www.odse.eu.org ; COMEDE, « Rapport d'activité et d'observation », 2010. URL : www.comede.org. Dernière visite des sites : 20 mars 2018.
[497] ODSE, « Sous couvert de la crise, la CPAM de Paris sacrifie les Sans-papiers », 6 février 2012. URL : www.msf.fr (dernière visite : 20 mars 2018).
[498] COMEDE, MdM, Secours Catholique, FNARS, Dom'Asile, FEP, Romeurope, « Circulaire d'application. Notion de droits civils (art. L264-1 CASF ; art. L264-2 CASF ; art. 102 Code Civil) », 12 février 2015. URL : www.comede.org (dernière visite : 21 mars 2018).
[499] Voir aussi Arnaud VEÏSSE et Élodie AÏNA STANOJEVICH (COMEDE), « Migrations et santé » *in* François BOURDILLLON, Gilles BRÜCKER et Didier TABUTEAU, *Traité de santé publique* (Flammarion, 2007), 509-514..
[500] Act Up, « Démantèlement de l'Aide médicale d'État : Jean-François Mattéi ne dira rien », 10 janvier 2004. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org (dernière visite : 15 mars 2018).
[501] Act Up, « ce que Act Up demande à Lionel Jospin », 23 mars 2002. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org (dernière visite : 15 mars 2018).
[502] Françoise FLEURY (COMEDE), « L'hépatite B, pandémie mondiale » et Estelle D'HALLUIN (COMEDE), « Du tourisme à l'exil : l'Autre France », *Maux d'Exil* n° 8 (2003), 4-6.

[503] « CPAM : le soupçon érigé en pratique », *Plein Droit* n° 92 (2012). URL : www.gisti.org (dernière visite : 20 mars 2018).
[504] TRT-5, « AME : L'Etat doit rembourser l'Assurance Maladie ! », 2007. URL : www.trt-5.org (dernière visite : 19 mars 2018).
[505] Arnaud VEÏSSE et Élodie AÏNA, « Prévention pour les populations migrantes » *in* François BOURDILLON, *Traité de prévention* (Flammarion, 2009), 314-319.
[506] Didier MAILLE (COMEDE) et Adeline TOULLIER (AIDES), « Les dix ans de la CMU. Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants », *Hommes et Migrations* n° 1282 (2009), 24-33.
[507] ODSE et Emmaüs, « La Caisse d'Assurance maladie de l'Yonne organise l'arrestation d'un 'sans-papiers', sans zèle ni faiblesse », 24 février 2009. URL : www.gisti.org ; ODSE, « Titre de séjour pour soins. Le préfet des Hauts-de-Seine empêche les étrangers malades d'accéder à leurs droits », 31 mars 2010. URL : www.odse.eu.org ; ODSE, « Droit au séjour pour soins. La préfecture du 92 méprise la loi », mars 2010. URL : www.odse.eu.org ; Act Up, « Act Up-Paris apporte les preuves des mensonges du préfet des Hauts-de-Seine », 2 avril 2010. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org. Dernière visite des sites : 19 mars 2018.
[508] TRT-5, « Etrangers malades et accès à la recherche biomédicale », 31 décembre 2007. URL : www.trt-5.org (dernière visite : 19 mars 2018).
[509] ODSE, « Aide Médicale d'Etat. Projet de loi de finances pour 2011. Contre-vérités et approximations à l'Assemblée nationale. Séance du 2 novembre 2010 », 17 novembre 2010. URL : www.odse.eu.org (dernière visite : 20 mars 2018).
[510] Circulaire relative aux conditions d'attribution de l'aide médicale de l'Etat, n° DGAS/PILE/MAS/DSS/DHOS/DPM/…2003/…), version n° 2 du 9 mai 2003.
[511] CNAM, lettre-réseau relatif à l'appréciation de la condition de résidence pour l'attribution de l'AME, n° LR-DMR/71/2004, 14 mai 2004.
[512] ODSE, « Lettre ouverte à M. Jean-Marie SPAETH », 20 juillet 2004. URL : www.gisti.org (dernière visite : 15 mars 2018).
[513] ODSE, « Lettre ouverte à Madame Marisol Touraine », 21 février 2014. URL : www.odse.eu.org (dernière visite : 20 mars 2018) ; CISS, ODSE, « Les CPAM contre l'AME… ? », 21 février 2014. URL : www.odse.eu.org. Dernière visite des sites : 21 mars 2018.
[514] MdM, « Médecins du Monde réclame l'annulation immédiate du projet de circulaire concernant le contrôle des conditions d'admission à l'Aide Médicale Etat », 19 mai 2003. URL : http://survivreausida.net (dernière visite : 15 mars 2018).
[515] COMEDE, *Rapport d'observation*, 2004. URL : www.comede.org ; MdM, L'accès aux soins des plus démunis en 2005, 17 octobre 2005. URL : www.medecinsdumonde.org ; ODSE, « Halte aux refus de soins contre les plus démunis ! L'ODSE saisit la HALDE », 8 décembre 2006. URL : www.odse.eu.org ; ODSE, « Lettre à Monsieur Louis SCHWEITZER », 28 novembre 2006. URL : www.odse.eu.org ; MdM, « Je ne m'occupe pas de ces patients », octobre 2006. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Philippe BICLET (CNOM), « Les soins aux personnes démunies en France », décembre 2006. URL : www.conseil-national.medecin.fr ; MdM, « Observatoire de l'accès aux soins de la mission France. Rapport 2009 », 2010. URL : https://shareslide.org ; MdM, « L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe », 2009. URL : www.cnle.gouv.fr ; CISS, « Observatoire du CISS sur les droits des malades. Rapport annuel de Santé Info Droits », 2010. URL : www.leciss.org ; MdM, « Observatoire de l'accès aux soins de la mission France », 2011. URL : www.medecinsdumonde.org ; Jean-François CORTY (MdM), « Constats et actions de Médecins du Monde en France : entre résistance et innovation », intervention au colloque de la Société Française de Santé Publique intitulé « Santé publique et grande précarité : état des lieux et questions éthiques », novembre 2011. URL : https://rvh-synergie.org ; CISS, « Observatoire du CISS sur les droits des malades. Rapport annuel de Santé Info Droits », 2011. URL : www.leciss.org ; ATD Quart-Monde, « 'L'aide médicale d'Etat coûte cher à la France' : vrai ou faux ? » *in* ATD Quart Monde, *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté* (2016). URL : www.atd-quartmonde.fr ; CIMADE, « Elections 2017 décryptage sur les migrations », 2016. URL : www.lacimade.org. Dernière visite des sites : 21 mars 2018.
[516] GISTI, « Santé et protection sociale des étrangers » (1981), 27-30. URL : www.gisti.org (dernière visite : 13 mars 2018).

[517] MRAP, « L'ADMEF gagne l'annulation d'une expulsion », *Différences* n° 156 (1994), 2 ; MRAP, « L'ADMEF alerte », *Différences* n° 159 (1995), 2 ; Nathalie BERTHIER (MRAP), « Malades, précaires et irréguliers », *Différences* n° 175 (1996), 2-3 ; Migrants contre le sida, « Dignity for Mister D, Papers for Ali B. », 9 septembre 1997. URL : http://survivreausida.net ; Migrants contre le sida, « Mobilisation contre l'expulsion d'Ali B. », 7 février 1997 URL : http://survivreausida.net. Dernière visite des sites : 14 mars 2018.

[518] Nathalie BERTHIER (MRAP), « Malades, précaires et irréguliers », Différences n° 175 (1996), 2-3.

[519] Act Up, « Malades : les expulsions reprennent », octobre 1999. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org (dernière visite : 14 mars 2018).

[520] ODSE, « Rapport d'observation année 2000 », 1er juin 2001. URL : www.odse.eu.org ; Arnaud VEÏSSE et Didier MAILLE (COMEDE), « Le statut paradoxal des malades étrangers », *Plein Droit* n° 47-48 (2001). URL : www.comede.org ; « La chaîne médicale : un intermédiaire de trop », *Plein Droit* n° 47-48 (2001), 29-29 ; Arnaud VEÏSSE, « les salles d'attente de l'universel », *Vacarme* n° 17 (2001), 45-47 ; Act Up, « Condamnation à mort : un étranger malade menacé d'expulsion », 19 décembre 2002. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; ODSE, « Rapport d'observation 2003 », juin 2003. URL : www.odse.eu.org ; ODSE, « Sida : retour au pays. La France invite les étrangers malades séropositifs à retourner mourir dans leur pays. A quand les reconduites à la frontières ? », 28 novembre 2003. URL : www.odse.eu.org ; Arnaud VEÏSSE (COMEDE), « Les avatars du droit au séjour des malades » *in Les actes des journées d'étude du GISTI* (2003), 32-35 ; ODSE, « Sida : les préfectures jouent à la roulette russe avec les étrangers », 9 août 2004. URL : www.gisti.org ; ODSE, « Dominique de Villepin rétablit l'expulsion des étrangers séropositifs », 18 septembre 2004. URL : www.gisti.org ; Arnaud VEISSE (COMEDE), « Etrangers exclus, malades inclus ? », *Les réseaux de Créteil* n° 25 (2004). URL : www.comede.org ; Act Up, « Lettre à Nicolas Sarkozy », 23 février 2004. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Dominique de Villepin : le retour des expulsions », 1er octobre 2004. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « 2005 année du Brésil, la France expulse les séropos », 1er février 2005. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Arnaud VEISSE, « Le médecin, la santé et le séjour des étrangers », *Plein Droit* n° 69 (2006), 32-35 ; MdM, « Non aux expulsions et aux dispersions des Rroms atteints de tuberculose », 15 décembre 2006. URL : www.medecinsdumonde.org ; TRT-5, « Renvoi dans leur pays d'origine des étrangers atteints par le VIH/sida », 2007. URL : www.trt-5.org ; Act Up, « Vivre seulE ou mourir », 14 octobre 2007. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Pour l'Elysée, y a-t-il de bons et de mauvais malades du sida ? Lettre ouverte à Nicolas Sarkozy », 24 juillet 2007. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Expulsion des malades étrangèrEs : les mensonges de Sarkozy tuent », 31 mars 2007. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; ODSE, « Urgence en rétention : l'État expulse des étrangers malades », 20 juin 2007. URL : www.medecinsdumonde.org ; ODSE, « Peut-on renvoyer des malades mourir dans leur pays ? », 2007. URL : www.odse.eu.org ; MdM, « Rroms. A quand la fin des expulsions et dispersions des Rroms atteints de tuberculose ? », 5 novembre 2007. URL : http://prod.medecinsdumonde.org ; MdM, « Médecins du Monde reçu par Roselyne Bachelot. Les 26 0000 signatures de la pétition 'Médecins et Immigration' remises à la Ministre », 17 janvier 2008. URL : www.medecinsdumonde.org ; MdM, « Reconduire aux frontières un sans-papiers gravement malade, c'est le condamner à mort », 31 janvier 2008. URL : http://prod.medecinsdumonde.org ; AIDES, « L'étranger, un bouc émissaire promis à la clandestinité », *Le journal du Sida* (2008), 3-6 ; ODSE, « Préfecture de Nice : chasse ouverte aux séropositifs ! », 23 septembre 2009. URL : www.odse.eu.org ; COMEDE, « Epidémiologie médicosociale parmi les exilés porteurs du VHB et du VHC », Maux d'Exil n° 29 (2010), 7-8 ; Association malienne des expulsés et ODSE, « Monsieur Kanouté Tiéni est mort mardi 8 mars 2011 à l'âge de 47 ans, des suites de son hépatite B chronique et des politiques migratoires françaises », 14 mars 2011. URL : www.odse.eu.org ; ODSE, « Les étrangers malades condamnés à mort ? Le Sénat vient de rejeter le projet de suppression du droit au séjour pour raison médicale, l'Agence Régionale de Santé de la région Centre anticipe le démantèlement de ce droit en violant la déontologie médicale », 10 février 2011. URL : www.odse.eu.org ; MdM, « Politique migratoire et santé publique, le choix délibéré de nuire ? », 27 avril 2011. URL : www.lemonde.fr ; ODSE, « Personnes étrangères malades placées en rétention et expulsées depuis juin 2012 », 2012. URL : www.odse.eu.org ; ODSE, « Étrangers malades : pas d'alternance dans la valse des expulsions ! », 14 décembre 2012. URL : www.gisti.org ; ODSE, « Entre les deux tours, le

gouvernement en place a expulsé illégalement deux personnes étrangères gravement malades. Monsieur Hollande, il est urgent d'organiser leur retour », 15 mai 2012. URL : www.odse.eu.org ; ODSE, « Quand le gouvernement compte-t-il respecter le droit à la santé des personnes étrangères gravement malades ? », 14 octobre 2013. URL : www.seronet.info ; ODSE, « Expulsions d'étrangers gravement malades. La santé des étrangers intéresse-t-elle encore le gouvernement ? », 19 mars 2013. URL : www.odse.eu.org ; AIDES, « Rapport de AIDES sur le droit au séjour pour soins : voilà comment l'Etat français traite les étrangers malades », 10 octobre 2013. URL : www.smg-pratiques.info ; AIDES, « Etrangers malades : AIDES manifeste sa colère devant la préfecture de Bobigny », 21 juin 2013. URL : www.aides.org ; Collectif Toulousain pour le Droit à la Santé des Etrangers (Act Up, AIDES, La Case de Santé, La CIMADE, Grisélidis, Groupe des Etrangers Malades en lutte, MdM, Syndicat des Avocats de France), « Pétition de Collectif Toulousain pour le Droit à la Santé des Etrangers : pour le retour d'un homme malade que le Préfet a renvoyé en Géorgie au mépris de l'avis du Médecin de l'ARS », 6 juin 2014. URL : www.smg-pratiques.info ; AIDES, « Monsieur le Premier Ministre : Cessez les expulsions d'étrangers gravement malades », 2015. URL : www.lacimade.org ; AIDES, « Malades étrangers, des linceuls pour l'avenir ? », 2015. URL : www.aides.org ; AIDES, « Rapport de l'observatoire malades étrangers », 2015. URL : www.aides.org ; ODSE, « Personnes étrangères malades placées en rétention et/ou expulsées de février 2013 à mars 2015 (données recueillies dans les CRA où la CIMADE intervient », 2015. URL : www.odse.eu.org ; ODSE, « Monsieur K, encore une personne gravement malade en voie d'expulsion », « Monsieur J, encore une personne gravement malade en voie d'expulsion » , « Monsieur G, encore une personne gravement malade en voie d'expulsion » , « Monsieur H, encore une personne gravement malade en voie d'expulsion » , « Monsieur K, encore une personne gravement malade en voie d'expulsion », « Encore trois malades étrangers expulsés vers la mort ... et le gouvernement s'en lave les mains », « Madame R, encore une personne gravement malade en voie d'expulsion », « Monsieur T, encore une personne gravement malade en voie d'expulsion », « Monsieur R, encore une personne gravement malade en voie d'expulsion », Monsieur D, encore une personne gravement malade en voie d'expulsion », « Monsieur J, encore une personne gravement malade en voie d'expulsion », « Monsieur A, encore une personne gravement malade en voie d'expulsion », « Monsieur P, encore une personne gravement malade en voie d'expulsion », « Monsieur N, encore une personne gravement malade en voie d'expulsion », 2016-2017. URL : www.odse.eu.org. Dernière visite des sites : 19 mars 2018.

[521] Circulaire relative à aux conditions de l'interpellation d'un étranger en situation irrégulière, garde à vue de l'étranger en situation irrégulière, réponses pénales, n° NOR JUSD0630020C, 21 février 2006.

[522] MdM, *Rapport 2006 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde*, octobre 2007. URL : www.medecinsdumonde.org ; MdM, « Il faut forger le respect et non la peur. Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière », juin 2007. URL : www.hal.inserm.fr. Voir aussi *Maux d'Exil* n° 18 (2007). Dernière visite des sites : 19 mars 2018.

[523] CE, 7 avril 2010, n° 301640 et CE, 7 avril 2010, n° 31662.

[524] ODSE, « Droit au séjour pour raison médicale : Le Conseil d'État réaffirme la protection contre l'éloignement et le droit au séjour des étrangers malades résidant en France n'ayant pas un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine », 2010. URL : www.odse.eu.org (dernière visite : 19 mars 2018).

[525] Act Up, « ce que Act Up demande à Lionel Jospin », 23 mars 2002. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org (dernière visite : 15 mars 2018).

[526] SMISP, « Lettre à Madame la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports », 28 septembre 2007. URL : www.gisti.org ; Arnaud VEISSE, « Aux bons soins du droit d'asile », *Pratiques* n° 46 (2009), 36-37 ; Arnaud VEISSE, « Etat actuel de l'accueil et des soins aux étrangers malades en France », *L'autre* vol 10, n° 2 (2009), 146-155 ; ODSE, « Lettre à Monsieur le Ministre de l'Intérieur et Monsieur le Ministre de la Santé », 14 mai 2007, Paris, le 14 mai 2007. URL : www.gisti.org ; Benjamin DEMAGNY, Arnaud VEISSE (COMEDE), « Des médecins sous contrôle politique », *Plein Droit* n° 92 (2012), 20-23. Dernière visite des sites : 19 mars 2018.

[527] ODSE, « L'Intérieur méprise l'avis des médecins de l'administration », 14 février 2007 ; ODSE, « Expulsions des malades étrangers : l'Intérieur méprise l'avis des médecins de l'administration », 14 février 2007. URL des sites : www.odse.eu.org ; Marie HENOCQ (CIMADE) et Arnaud VEISSE (COMEDE), « Hommes et Médiations. À propos du droit au séjour des

étrangers malades », *Hommes et Migrations* n° 1282 (2009), 44-53 ; SMISP, « Lettre Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé et à Monsieur le Ministre de l'Intérieur », 24 octobre 2013. URL : www.smisp.fr ; ODSE, « Etrangers malades : ne laissons pas les préfets jouer au docteur », 2014. URL : www.odse.eu.org. Dernière visite des sites : 21 mars 2018.

[528] SMISP, « Réaction du SMISP à la réponse du Ministère de l'Intérieur sur le respect du secret médical dans la procédure 'Etrangers malades' », 2013. URL : https://smisp.fr (dernière visite : 20 mars 2018).

[529] La taxe de chancellerie vise à régulariser l'absence de visa de long séjour (supérieur à trois mois) lorsque celui-ci est exigé pour l'obtention d'un titre de séjour. Il concerne notamment les étrangers venus en France avec un visa de court séjour (inférieur à trois mois). Or, tel que mentionné en introduction, la régularisation pour soins n'exige pas une entrée régulière en France.

[530] Didier MAILLE, Benjamin DEMAGNY (COMEDE) « Etat critique », *Maux d'Exil* n° 26 (2009), 5-6.

[531] SMISP, « Lettre à Madame la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports », 5 mai 2008. URL : www.gisti.org (dernière visite : 19 mars 2018).

[532] Françoise FLEURY (COMEDE), « L'hépatite B, pandémie mondiale » et Estelle D'HALLUIN (COMEDE), « Du tourisme à l'exil : l'Autre France », *Maux d'Exil* n° 8 (2003), 4-6.

[533] Arnaud VEISSE (COMEDE), « La santé en exil », *Pratiques* n° 26 (2004), 45-46 ; Arnaud VEISSE « La dignité dans l'accès des étrangers aux soins médicaux : une expérience au COMEDE » *in* Charlotte GIRARD, Stéphanie HENNETTE-VAUCHEZ, *La dignité de la personne humaine. Recherche sur un processus de judiciarisation,* PUF (2005), 282-286.

[534] ODSE, « Instruction sur les conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé, à l'attention de Mesdames et Messieurs les préfets de région, Messieurs les préfets de département, Monsieur le préfet de police et de Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé », 2012 (document fourni en entretien).

[535] ODSE, « Instruction sur les conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé, à l'attention de Mesdames et Messieurs les préfets de région, Messieurs les préfets de département, Monsieur le préfet de police et de Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé », 2012 (document fourni en entretien).

[536] SMISP, « Lettre à Mr Mathias Fekl, député », 5 avril 2013. URL : www.smisp.fr ; ODSE, « Quand le gouvernement compte-t-il respecter le droit à la santé des personnes étrangères gravement malades ? », 14 octobre 2013. URL : www.seronet.info ; ODSE, « Le ministère de la Santé aux abonnés absents », 29 mars 2013. URL : www.odse.eu.org ; ODSE, « Réforme du droit au séjour des étrangers malades : les malades étrangèr-e-s abandonné-e-s par le gouvernement ? », 15 novembre 2016. URL : www.odse.eu.org. Dernière visite des sites : 21 mars 2018.

[537] Arnaud VEISSE, « Le droit de séjour pour raison médicale », Quatrièmes journées européennes du droit de Nancy, Actes du colloque organisé à Nancy les 22 et 23 novembre 2002. URL : www.comede.org ; Act Up, « Le difficile accès au séjour pour soins », 1er octobre 2004. URL : site-2003-2017.actupparis.org ; Didier MAILLE (COMEDE), Adeline TOULLIER (GISTI), Pierre VOLOVITCH, « L'aide médicale d'Etat : comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel », *Revue de Droit Sanitaire et Social* n°4 (2005), 543-554 ; Act Up, « Une peau de chagrin », 1er septembre 2005. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; Act Up, « Pour le droit à la santé des étrangerEs », 1er septembre 2005. URL : http://site-2003-2017.actupparis.org ; COMEDE, « Diminution globale et disparités locales des accords médicaux face aux demandes de carte de séjour pour raison médicale », *Maux d'Exil* n° 12 (2005), 7-8 ; AIDES, « Droit au séjour. Rapport de l'observatoire étrangers malades », 2012. URL : www.aides.org ; AIDES, « Droit au séjour. Rapport de l'observatoire étrangers malades », 2013. URL : www.aides.org ; COMEDE, « La Santé des exilés, rapport COMEDE 2014 », 2014. URL : www.comede.org ; ODSE, « L'accès aux soins est un droit pour tous ! », 2016. URL : www.aides.org. Dernière visite des sites : 21 mars 2018.

[538] Circulaire relative à l'entrée en vigueur de la loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité, n° IOCK1110771C, 17 juin 2011.

[539] Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011.

[540] UNIOPSS, « Lettre Monsieur le Ministre du Travail et de la Santé et Madame la Secrétaire d'Etat chargée de la Santé. Droit au séjour pour soins, vous devez agir », 14 octobre 2011. URL : https://blogs.mediapart.fr ; ODSE, « Le silence du ministère de la santé risque de porter gravement atteinte à la sante des malades étrangers », 8 septembre 2011. URL : http://ldh92sud.over-blog.com ; Arnaud VEISSE (COMEDE), « Contrôler les médecins pour maîtriser l'immigration », Humanitaire n° 30 (2011), 56-61. Dernière visite des sites : 20 mars 2018.

[541] Circulaire modifiant la circulaire du 19 décembre 2002 relative aux conditions d'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France, n° NOR/INT/D/03/00003/C, 10 janvier 2003.

[542] Act Up, « Nicolas Sarkozy empêche les sans-papiers malades d'accéder à leurs droits », 3 janvier 2003 ; Act Up, « Nicolas Sarkozy s'attaque aux malades étrangers », 15 avril 2003 ; Act Up, « Le silence du Conseil National de l'Ordre des médecins », 5 février 2003 ; Act Up, « En France, les migrants se cachent pour mourir », 1er mai 2003. URL des sites : http://site-2003-2017.actupparis.org (dernière visite : 15 mars 2018).

[543] Circulaire ministérielle relative à l'amélioration de l'exécution des mesures de reconduite à la frontière, n° NOR INTD030005C, 22 octobre 2003.

[544] ODSE, « Un projet de loi dangereux pour la santé des étrangers. Analyse du projet de loi sur l'immigration et l'intégration 2006 par l'ODSE ». URL : www.odse.eu.org (dernière visite : 16 mars 2018).

[545] Carine FOUTEAU, « L'Intérieur veut limiter la régularisation des étrangers malades », *Les Échos*, 8 novembre 2006, 2.

[546] ODSE, « Lettre ouverte à Jacques Chirac », 9 novembre 2006. URL : www.odse.eu.org (dernière visite : 16 mars 2018).

[547] Instruction interministérielle sur les conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé, n° DGS/MC1/DGEF/2014/64, 10 mars 2014.

[548] ODSE, « Lettre à Monsieur Manuel VALLS. Droit au séjour des étrangers gravement malades résidant en France / demande de rendez-vous pour l'ODSE », 11 avril 2014. URL : www.odse.eu.org ;

[549] Claire GEORGES (Collectif PASS), « Introduction : 'Les PASS : modèle d'une éthique de la société ?' », intervention au deuxième colloque national des PASS, 23 novembre 2012. URL : http://passpdl.chu-nantes.fr ; Denis MECHALI, Sylvie DEHAUDT, Marie-Laure PINTIR (Collectif PASS), « Une permanence d'accès aux soins de santé, un lien de confiance avec le patient », *La revue de l'infirmière* n° 214 (2015). URL : http://collectifpass.org ; Claire GEORGES, Frédéric PIERRU, Harold ASTRE, « Introduction » *in* Claire Georges-Tarragano, *Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût* (2015), 15-20 ; Claire GEORGES (Collectif PASS), « Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : tradition d'hospitalité et modèle d'organisation innovante », *La Revue de médecine interne* n° 36 (2015), 38-41. Dernière visite des sites : 21 mars 2018.

[550] MdM, « Etat des lieux des permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent », août 2010. URL : www.cnle.gouv.fr ; ODSE, « La CMU pour les étrangers, ça commence quand ? », décembre 2000. URL : www.gisti.org ; ODSE, « Bilan après 6 mois d'application de la loi CMU », 1er juin 2000. URL : www.odse.eu.org ; Arnaud VEÏSSE et Didier MAILLE (COMEDE), « Les demandeurs d'asile et la couverture maladie universelle : comment réintégrer le système de santé ? », *PROASILE, La revue de France Terre d'Asile* (2000), 14-16 ; Didier MAILLE et Arnaud VEÏSSE (COMEDE), « Exclus des soins à l'heure de la CMU : comment réintégrer le système de santé ? », *La revue du praticien, médecine générale*, tome 14, n° 502 (2000), 1111-1114 ; Arnaud VEÏSSE (COMEDE), «Des patients dans la salle d'attente de la société », Fondations, n° 11 (2000), 27-35 ; MSF, « Médecins Sans Frontières dresse un premier bilan de l'application de la loi de Couverture maladie universelle (CMU) », 7 novembre 2000. URL : www.survivreausida.net ; ODSE, « Rapport d'observation année 2000 », 1er juin 2001. URL : www.odse.eu.org ; MdM, « L'accès aux soins des plus démunis en 2006 », 17 octobre 2006. URL : www.medecinsdumonde.org ; UNIOPSS, « L'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité », décembre 2006. URL : expertise.uniopss.asso.fr. Dernière visite des sites : 16 mars 2018.

[551] ODSE, « Analyse du dispositif des Réunions de concertation pluridisciplinaire et de la grille d'évaluation à la PASS de l'Hôpital Saint-Louis », 2012 (document fourni en entretien).

[552] COMEDE, « Rapport d'observation et d'activité », 2012. URL : www.comede.org (dernière visite : 20 mars 2018).
[553] Arnaud VEÏSSE, « Le COMEDE, un centre de référence pour les exilés », *La Santé de l'Homme* n° 379 (2005), 28-29 ; COMEDE, *Rapport d'observation*, 2005. URL : www.comede.org ; COMEDE, « Rapport d'activité et d'observation », 2006. URL : www.comede.org ; COMEDE, « Rapport d'observation et d'activité », 2007. URL : www.comede.org ; ODSE, « La régularisation pour raison médicale en France. Un bilan de santé alarmant », 2008. URL : www.odse.eu.org ; COMEDE, « Rapport d'activité et d'observation », 2008. URL : www.comede.org ; COMEDE, Rapport d'activité et d'observation, 2009. URL : www.comede.org ; COMEDE, « Évolution de l'accès aux soins et du droit au séjour des étrangers malades », *Maux d'Exil* n° 32 (2011), 3-4 ; COMEDE, « Rapport d'activité et d'observation », 2011. URL : www.comede.org ; COMEDE, « Rapport d'observation et d'activité », 2012. URL : www.comede.org ; MdM, « Observatoire de l'accès aux soins de la mission France », 2012. URL : www.medecinsdumonde.org ; MdM, « Observatoire de l'accès aux soins de la mission France », 2013. URL : www.medecinsdumonde.org ; Arnaud VEISSE et Marie-Ange ADLER, « Exclus des politiques de santé publique », *Plein droit* n° 101 (2014), 31-34 ; MdM, « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France », 2015. URL : www.medecinsdumonde.org. Dernière visite des sites : 21 mars 2018.
[554] Il n'y a pas de projet de loi aux États-Unis. L'initiative législative relève en effet du seul Congrès (article 1er de la Constitution des États-Unis).
[555] Public Law 101-239, 1989 (*Omnibus Budget Reconciliation Act*).
[556] Thomas M. FAHEY, Dennis G. GALUTANO, "Primary care program improves reimbursement", *Health Progress* n° 74 (1993), 26-30.
[557] NACHC, "Assure Universal Coverage and Access to Health Care Now!", 9 juin 1994. URL : www.nachc.org (dernière visite : 20 avril 2018).
[558] CHA, "Letter to Representative Michael C. Burgess", 2006. URL : www.chausa.org (dernière visite : 3 avril 2018).
[559] NAFC, "Letter to Citizens Health Gare Working Group", 28 août 2006. URL : www.nafcclinics.org (dernière visite : 19 avril 2018).
[560] *Medicaid DSH* est plus précisément une combinaison de financements fédéraux et nationaux.
[561] AHA, AAMC, CHA, FAH, HFMA, NACH, NAPH, NAUH, Premier, VHA, "Letter to Member of Congress", 24 avril 2003. URL : https://docecity.com (dernière visite : 27 mars 2018).
[562] Cette coupe est due à l'expiration du *Medicare, Medicaid, and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act* (BIPA) de 2000 (Public Law 106-554).
[563] CHA, "Letter to Senator Max Baucus and Senator Charles Grassley", 22 mai 2009 ; CHA, "Letter to Senator Max Baucus and Senator Charles Grassley", 27 mai 2009. URL : www.chausa.org (dernière visite : 6 avril 2018).
[564] NAPH, "Need for a Sustainable Solution: Restoring the Balance in Safety Net Financing", octobre 2012. URL : http://essentialhospitals.org ; AHA, AAMC, CHA, FAH, "America's Hospitals and Health Systems", 9 octobre 2013 ; AHA, AAMC, CHA, FAH, "America's Hospitals and Health Systems", 21 juin 2013. URL : www.aamc.org ; AEH, "Our View: Essential Hospitals and Patients Rely on a Robust Medicare Program", mars 2016. URL : https://essentialhospitals.org ; AEH, "Medicaid DSH is Critical to Patients", octobre 2016. URL : https://essentialhospitals.org. Dernière visite des sites : 18 avril 2018.
[565] Précedemment dénommée *Public Hospital Pharmacy Coalition* (*PHPC*) puis *Safety Net Hospitals for Pharmaceutical Access* (*SNHPA*).
[566] National Governors Association (NGA), "The 340B Drug Pricing Program", 2003. URL : www.nga.org ; *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), "Congress Considers Bills with Implications for 340B Stakeholders" (2005), vol. 2, n° 6, 5 ; "House and Senate Bills Call For 340B Reform" (2005), vol. 2, n° 8, 1 ; "Bipartisan 340B Inpatient Discount Bill Introduced in Senate", (2005), vol. 2, n° 10, 4 ; "Medicaid Legislation Would Impact 340B Stakeholders" (2005), vol. 2, n° 11, 1 ; "Congress Moves Towards Passage of 340B/Medicaid Provisions" (2005), vol. 2, n° 12, 3 ; AHA, "CAH Update", automne 2005 ; AHA, "Update", automne 2005 ; AHA, "Governing Council Meeting. AHA Section for Small or Rural Hospitals", 2-3 juin 2005 ; URL des sites : www.aha.org ; *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), "Amendment to Spending Bill Would Halt Medicaid Payment Change, Increase Rebate

Amounts" (2007), vol. 4, n° 4, 1-8 ; "Comprehensive 340B Bill Introduced in the Senate" (2007), vol. 4, n° 5, 1-10 ; "Major 340B Legislation Introduced in House" (2007), vol. 4, n° 6, 1-8 ; "Bill to Expand Medicaid Rebates Introduced" (2007), vol. 4, n° 6, 2 ; "Legislation Would Allow States to Extend Medicaid Rx Discounts to Low-Income Patients" (2007), vol. 4, n° 8, 3 ; 340B Health, "Advocacy Group Transforms into Safety Net Hospitals for Pharmaceutical Access", 5 janvier 2007. URL : www.340bhealth.org (dernière visite : 4 avril 2018) ; Federal Drug Discount and Compliance Monitor (340B Health), "Pricing Experts Predict Lower 340B Prices" (2008), vol. 5, n° 2, 5 ; "House Mental Health Bill Includes Medicaid Drug Rebate Increase" (2008), vol. 5, n° 3, 6 ; *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), "Amendment to Spending Bill Would Halt Medicaid Payment Change, Increase Rebate Amounts" (2007), vol. 4, n° 4, 1-8 ; "Comprehensive 340B Bill Introduced in the Senate" (2007), vol. 4, n° 5, 1-10 ; "Major 340B Legislation Introduced in House" (2007), vol. 4, n° 6, 1-8 ; "Bill to Expand Medicaid Rebates Introduced" (2007), vol. 4, n° 6, 2 ; "Legislation Would Allow States to Extend Medicaid Rx Discounts to Low-Income Patients" (2007), vol. 4, n° 8, 3 ; 340B Health, "Advocacy Group Transforms into Safety Net Hospitals for Pharmaceutical Access", 5 janvier 2007. URL : www.340bhealth.org (dernière visite : 4 avril 2018) ; Federal Drug Discount and Compliance Monitor (340B Health), "Pricing Experts Predict Lower 340B Prices" (2008), vol. 5, n° 2, 5 ; "House Mental Health Bill Includes Medicaid Drug Rebate Increase" (2008), vol. 5, n° 3, 6 ; 340B Health, "340B Advocates Face Surprise Setback in the House", 5 novembre 2009 ; 340B Health, "340B Health Care Reform Moves Forward", 7 août 2009 ; URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, "CBO: Higher Medicaid Rebates May Lower Deficit By $7.2 Billion", 17 février 2009 ; 340B Health, "340B Improvement and Integrity Act Reintroduced in House of Representatives", 14 janvier 2009 ; 340B Health, "Multiple Contract Pharmacies. A Dream Yet to Come True", 5 mars 2009 ; 340B Health, "What Healthcare Reform Could Mean for Safety-Net Community", 6 juillet 2009 ; URL des sites : www.340bhealth.org ; 340B Health, NAPH, NACH, NRHA, AHA, "Letter to the Honorable Harry Reid", 8 décembre 2009 ; 340B Health, NAPH, NACH, "Letter to the Honorable Nancy Pelosi", 2009. URL des sites : www.340bhealth.org ; 340B Health, "Summary of 340B Provisions in the New Health Care Reform Law", 3 mai 2010 ; 340B Health, "340B Champion Bart Stupak Announces Retirement from Congress", 9 avril 2010 ; 340B Health, "Mitchell and Burch to Receive 340B Coalition's Lifetime Achievement Award", 14 juillet 2010 ; 340B Health, "Sebelius Pledges to Provide an Extra $25 Million for AIDS Assistance", 9 juillet 2010 ; 340B Health, "Letter to Nancy-Ann Min DeParle", 18 février 2010. URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, "Senate Bill Would Add PACE Program to 340B", 14 octobre 2011 ; 340B Health, "Senate Committee Seeks Answers on Drug Shortages", 8 décembre 2011. URL : http://340bemployed.org ; 340B Health, "Emails Shed Light on How 340B Inpatient Expansion Was Dropped From Health Reform", 12 juin 2012. URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, "President Once Again Proposes a 340B User Fee", 11 avril 2013. URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, "ACA Expands 340B Eligibility but Also Puts Squeeze on Hospitals", 1er novembre 2013. URL : http://340binformed.org ; Coalition de 15 organisations, "Letter to the President", 8 novembre 2013. URL : www.citizen.org ; NACHC, "Letter to Fred Upton, Joe Pitts, Frank Pallone and Gene Green", 24 mars 2015. URL : http://docs.house.gov (dernière visite : 14 avril 2018) ; Coalition of hospitals (around 540), "Letter to John Boehner, Nancy Pelosi, Mitch McConnell, Harry Reid", 20 mai 2015. URL : www.340bhealth.org ; Coalition of physicians, "Letter to Paul Ryan, Nancy Pelosi, Mitch McConnell and Harry Reid", 10 février 2016. URL : www.340bhealth.org ; NAFC, "2016 Public Policy Statements", 2016. URL : www.nafcclinics.org. Dernière visite des sites : 18 avril 2018.

[567] 340B Health, "PhRMA Caught Between Barack and a Hard Place", 27 août 2009 ; 340B Health, "PhRMA Escapes a Bullet", 25 septembre 2009 ; URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, "Expansion of 340B in Balance as Health Reform Work Proceeds", 19 janvier 2010 ; 340B Health, "Federal Deficit Reduction Panel Recommends Expanding Rebates to Medicare Part D", 2 décembre 2010 ; 340B Health, "House Removes Measure Extending Discounts to Inpatient Setting", 18 mars 2010 ; 340B Health, "Obama Signs Bill Maintaining 340B Discounts for Certain Non-Retail Drugs", 11 août 2010 ; URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, "113 Members of Congress Take a Stand for 340B", 9 août 2013. URL : https://340binformed.org. Dernière visite des sites : 12 avril 2018.

[568] *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), "Budget Bill Would Bring Major Changes in Medicaid Pharmacy Law" (2006), vol. 3, n° 1, 2-3 ;

[569] *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), “AMP Lawsuit Has Unintended Consequences” (2008), vol. 5, n° 3, 1-8 ;
[570] 340B Health, “GPO Prohibition Remains in Place Except for New Rural Hospitals”, 12 mai 2010. URL : www.340bhealth.org (dernière visite : 9 avril 2018).
[571] 340B Health, “340B Health Mourns Loss of 340B Champion”, 26 août 2009. URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, “340B Advocate Rep. Jo Ann Emerson Announces Retirement”, 3 décembre 2012. URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, “340B Providers Losing an Ally in Senator Harkin”, 30 janvier 2013 ; 340B Health, “Senator Tom Harkin Receives 340B Coalition's Lifetime Achievement Award”, 15 juillet 2013. URL des sites : www.340bhealth.org ; 340B Health, “Statement from 340B Health President and Chief Executive Officer Ted Slafsky on Rep. Henry Waxman’s Retirement from Congress”, 30 janvier 2014 ; 340B Health, “Rep. Henry Waxman Receives 340B Coalition Lifetime Achievement Award”, 14 juillet 2014. URL des sites : www.340bhealth.org. Dernière visite des sites : 13 avril 2018.
[572] AIR 340B, “U.S. House of Representatives Committee on Energy & Commerce. Health Subcommittee Hearing. ‘Examining the 340B Drug Discount Program’”, 24 mars 2015. URL : http://docs.house.gov (dernière visite : 17 avril 2018).
[573] CHA, “Letter to the U.S. House of Representatives”, 11 mars 2010 ; CHA, “Letter to the U. S. Senate”, 15 janvier 2010. URL : www.chausa.org (dernière visite : 9 avril 2018).
[574] NACHC, “The Safety Net on the Edge”, août 2005 ; NACHC, “Serving Patients with Limited English Proficiency”, 16 juin 2008 ; NACHC, “Primary Care Access: an Essential Building Block of Health Reform”, mars 2009. URL des sites : www.nachc.org ; NACHC, “Testimony of Daniel R. Hawkins, Jr.”, 30 avril 2009. URL : www.help.senate.gov ; NACHC, “Community Health Centers Lead the Primary Care Revolution”, août 2010 ; NACHC, “America’s Health Centers”, mars 2016 ; NACHC, “Letter to the Centers for Medicare and Medicaid Services”, 4 janvier 2016. URL des sites : www.nachc.org. Dernière visite des sites : 18 avril 2018.
[575] NACHC, “Community Health Centers: The Local Prescription for Better Quality and Lower Costs”, mars 2011 ; NACHC, “Letter to the Centers for Medicare & Medicaid Services. CMS-2349-P”, 31 octobre 2011. URL des sites : www.nachc.org ; NCSL, “Community Health Centers A Primer for Legislators”, août 2011. URL : www.ncsl.org ; NAMD, “Letter to Secretary Kathleen Sebelius”, 24 février 2014. URL : http://medicaiddirectors.org ; Commonwealth Fund, “2014. International Profiles of Health Care Systems”, janvier 2015. URL : www.commonwealthfund.org ; NACHC, “Studies of Health Center. Cost Effectiveness”, juin 2016 ; NACHC, “Studies of Health Center. Quality of Care”, juin 2016 ; NACHC, “Studies on Health Centers. Improving Access to Care”, avril 2015. URL des sites : www.nachc.org ; HHCAWG, “Letter to Mr. Andy Slavitt”, 2016. URL : www.nastad.org ; NHCHC, “Health Care for the Homeless: A Vision of Health for All”, 30 août 2016. URL : www.nhchc.org. Dernière visite des sites : 18 avril 2018.
[576] Lina CHOUDHRY, Mackenzie DOUGLASS, Jaclyn LEWIS, Courtney HOWARD OLSON, Rachel OSTERMAN, Paras SHAH (NACHC, Association for Community Affiliated Plans), “The Impact of Community Health Centers & Community-Affiliated Health Plans on Emergency Department Use”, avril 2007. URL : www.communityplans.net (dernière visite : 4 avril 2018).
[577] CAP, “The Importance of Community Health Centers”, 9 août 2010. URL : www.americanprogress.org (dernière visite : 9 avril 2018).
[578] Urban Institute, “Federally Qualified Health Center Users Continue to Have Limited Options for Health Care under Health Reform and Give Federally Qualified Health Centers Mixed Reviews”, 26 août 2016. URL : http://hrms.urban.org (dernière visite : 18 avril 2018).
[579] Commonwealth Fund, “Enhancing the Capacity of Community Health Centers to Achieve High Performance”, mai 2010.URL : www.commonwealthfund.org (dernière visite : 9 avril 2018).
[580] Leighton KU, Peter SHIN, Emily JONES, Brian BRUEN, “Transforming Community Health Centers into Patient-Centered Medical Homes: the Role of Payment Reform”, septembre 2011. URL : http://hsrc.himmelfarb.gwu.edu (dernière visite : 10 avril 2018).
[581] NAMD, “Letter to Mary K. Wakefield and Ms. Cindy Mann”, 6 février 2012. URL : http://medicaiddirectors.org (dernière visite : 18 avril 2018).
[582] Mary TAKACH, Jason BUXBAUM, “Developing Federally Qualified Health Centers into Community Networks to Improve State Primary Care Delivery Systems”, mai 2011. URL : www.commonwealthfund.org ; AHA, “Small or Rural Hospitals”, 2011. URL : www.aha.org. Dernière visite des sites : 10 avril 2018.

[583] John HOLAHAN, Brian K. BRUEN, David LISKA (Urban institute), “The Decline in Medicaid Spending Growth in 1996. Why Did It Happen?”, 1er septembre 1998. URL : www.urban.org (dernière visite : 26 mars 2018).
[584] Sharon SILOW-CARROLL, Tanya ALTERAS (Commonwealth Fund), “Stretching State Health Care Dollars: Innovative Use of Uncompensated Care Funds”, octobre 2004. URL : www.commonwealthfund.org (dernière visite : 26 mars 2018).
[585] Teresa A. COUGHLIN, David LISKA (Urban Institute), “The Medicaid Disproportionate Share Hospital Payment Program: Background and Issues”, 1997. URL : http://webarchive.urban.org (dernière visite : 26 mars 2018).
[586] Darrell J. GASKIN (Commonwealth Fund), “Safety Net Hospitals: Essential Providers of Public Health and Specialty Services”, février 1999 ; Lynne FAGNANI, Jennifer TOLBERT (Commonwealth Fund), “The Dependence of Safety Net Hospitals and Health Systems on the Medicare and Medicaid Disproportionate Share Hospital Payment Programs”, novembre 1999. URL des sites : www.commonwealthfund.org (dernière visite : 27 mars 2018)
[587] Public Law 105-33, 1997 (*Balanced Budget Act*).
[588] Teresa COUGHLIN, Stuart GUTERMAN, Brian BRUEN, Amy LUTZKY, “The Medicaid DSH Program and Providing Health Care Services to the Uninsured: A Look at Five Programs”, mai 2001. URL : www.urban.org ; John HOLAHAN, Brenda SPILLMAN, “Health Care Access for Uninsured Adults: A Strong Safety Net Is Not the Same as Insurance”, janvier 2002. URL : http://webarchive.urban.org ; Leighton KU, Alyse FREILICH, “Caring for Immigrants: Health Care Safety Nets in Los Angeles, New York, Miami, and Houston”, février 2001. URL : https://eric.ed.gov ; AAMC, « Letter to Ms. Marilyn Tavenner. CMS 2367-P Medicaid”, 12 juillet 2013 ; AAMC, “Letter to Marc Hartstein and Ing-Jye Cheng”, 15 janvier 2013. URL des sites : www.aamc.org ; AHA, “Letter to Marilyn Tavenner », 2 juillet 2013. URL : www.aha.org ; CHA, « Letter to Ms. Marilyn B. Tavenner. CMS-2367-P », 12 juillet 2013. URL : www.chausa.org ; NAPH, “America’s public Hospitals and Health Systems, 2009”, décembre 2010. URL : https://essentialhospitals.org. Dernière visite des sites : 13 avril 2018.
[589] AEH, “Our View: Protect Access to Care, Stop Medicare DSH Cuts”, octobre 2015. URL : http://essentialhospitals.org (dernière visite : 17 avril 2018)
[590] AHA, « Letter to Mark McClellan. CMS-2198-P; Medicaid Program; Disproportionate Share Hospital Payment - Implementing the Medicare Modernization Act of 2003 Reporting and Auditing Requirements; Proposed Rule”, 25 octobre 2005. URL : www.aha.org ; Deborah BACHRACH, Laura BRASLOW, Anne KARL (Commonwealth Fund), “Toward a High Performance Health Care System for Vulnerable Populations: Funding for Safety-Net Hospitals”, mars 2012. URL : www.commonwealthfund.org ; U.S. Chamber of Commerce, “Health Care Solutions from America's Business Community: The Path Forward for U.S. Health Reform”, juin 2013. URL : www.uschamber.com. Dernière visite des sites : 13 avril 2018.
[591] 340B Health, “Study Models What Would Occur if States Opt Out of Medicaid Expansion”, 6 juillet 2012. URL : www.340bhealth.org ; NAPH, “America’s Safety Net Hospitals and Health Systems, 2010”, mai 2012. URL : https://essentialhospitals.org ; NHeLP, “Q & A. Disproportionate Share Hospital Payments and the Medicaid Expansion”, juillet 2012 ; NHeLP, “50 Reasons Medicaid Expansion is Good for Your State”, 2 août 2012. URL des sites : http://www.healthlaw.org. Dernière visite des sites : 11 avril 2018.
[592] AAMC, « Letter to Donald Berwick. CMS 2328-P: Medicaid Program”, 5 juillet 2011. URL : www.aamc.org (dernière visite : 10 avril 2018).
[593] AAMC, “Letter to Mr. Andrew Slavitt. Treatment of Third Party Payers in Calculating Uncompensated Care Costs for Medicaid Disproportionate Share Payments”, 14 septembre 2016. URL : www.aamc.org (dernière visite : 18 avril 2018).
[594] NHCHC, “Free and Reduced-Price Drugs”, *Healing Hands* vol. 2, n° 7 (1998), 4.
[595] 340B Health, “Setting the Record Straight on 340B”, juillet 2013 ; 340B Health, “New Report Underscores Importance of Drug Discount Program for Treating Poor and Vulnerable Patients”, 9 juillet 2013. URL : https://340binformed.org ; 340B Health, “Study: 340B Contract Pharmacy Meds Reaching Vulnerable Patients. Research Dispels Myths about Contract Pharmacy Growth”, 5 novembre 2014. URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, “340B Health Analysis of GAO Report”, 2015 ; 340B Health, “340B Health Statement on GAO Report Regarding 340B and Medicare Part B”, 6 juillet 2015. URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, “HRSA Proposed

Mega-Guidance and Its Impact on Hospitals and Patients: A Local Perspective", 2015 ; 340B Health, "Statement should be attributed to Ted Slafsky, President and Chief Executive Officer of 340B Health", 24 novembre 2015 ; 340B Health, "340B: Hospital Growth in Perspective", 2015. URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, "340B Program Helps Hospitals Provide Services to Vulnerable Patients. Results from a Survey of 340B Health Members", mai 2016 ; 340B Health, "Hospitals Stress Importance of 340B Drug Discount Program at Hill Briefing", 16 novembre 2016 ; 340B Health, "Crucial Drug Discount Program At Risk", 20 septembre 2016 ; 340B Health, "340B DSH Hospitals Treat More Low-Income Patients Than Non-340B Hospitals", 2016 ; 340B Health, "340B DSH Hospitals Provide More Uncompensated Care Than Non-340B Hospitals", 2016 ; 340B Health, "Demographics of Medicare Patients Receiving Outpatient Drugs in 340B DSH Hospitals vs. Non-340B Hospitals", 2016 ; 340B Health, "340B DSH Hospitals Provide Money-Losing Vital Health Services", 2016. URL des sites : www.340bhealth.org. Dernière visite le 17 avril 2018.

[596] 340B Health, PPFA, « Letter to the Centers for Medicare & Medicaid Services. CMS-2238-P2", 4 octobre 2010. URL : www.340bhealth.org ; NCSL, "Use of Generic Prescription Drugs and Brand-Name Discounts", juin 2010. URL : www.ncsl.org ; NCSL, "Health Cost Containment and Efficiencies", mai 2011. URL : www.ncsl.org ; AHA, "The 340B Drug Pricing Program: Protecting the Safety-Net. The Johns Hopkins Hospital (Baltimore, Md.)", 2014 ; AHA, "The 340B Drug Pricing Program: Protecting the Safety-Net. University of Utah Hospitals and Clinics (Salt Lake City, Utah)", 2014 ; AHA, "The 340B Drug Pricing Program: Protecting the Safety-Net. Saint Thomas Hickman Hospital (Centerville, Tenn.)", 2014 ; AHA, "The 340B Drug Pricing Program: Protecting the Safety-Net. Providence Hood River Memorial Hospital (Hood River, Ore.)", 2014 ; AHA, "The 340B Drug Pricing Program: Protecting the Safety-Net. Childress Regional Medical Center (Childress, Texas)", 2014 ; AHA, "The 340B Drug Pricing Program: Protecting the Safety-Net. Yale-New Haven Hospital (New Haven, Conn.)", 2014 ; AHA, "The 340B Drug Pricing Program: Protecting the Safety-Net. St. Francis Memorial Hospital (West Point, Neb.)", 2014. URL des sites : www.aha.org ; AHA, "Setting the Record Straight on 340B: Fact vs. Fiction", 2014 ; AHA, "The 340B Drug Pricing Program", 3 septembre 2014. URL des sites : www.aha.org ; AHA, "Statement of the American Hospital Association before the Health Subcommittee of the Committee on Energy and Commerce of the U.S. House of Representatives. 'Examining the 340B Drug Pricing Program'", 24 mars 2015 ; AHA, "Letter to Krista Pedley. HRSA RIN 0906-AB08", 27 octobre 2015 ; AHA, "Reject Harmful Restrictions on the 340B Drug Pricing Program", 2015. URL : www.aha.org ; 340B Health, "HRSA's Proposed Omnibus Guidance Would Jeopardize 340B Hospitals: Results from a Survey of 340B Health Members", 11 février 2016. URL : www.340bhealth.org ; AEH, "Our View: 340B Benefits Vulnerable Patients, Essential Hospitals, Taxpayers", mars 2016. URL : https://essentialhospitals.org ; Julie MINDA (*CHA*), "Advocates say 340B program is critical to serving vulnerable people", 15 août 2016. URL : www.chausa.org ; CHA, "Letter to Mr. Andrew M. Slavitt. CMS-1656-P", 6 septembre 2016. URL : www.chausa.org ; 340B Health, "Demonstrating the Value of the 340B Program to Safety Net Hospitals and the Vulnerable Patients they Serve", 29 juin 2011. URL : www.340bhealth.org. Dernière visite des sites : 18 avril 2018.

[597] Charles HART (340B Health), "Protect the 340B drug program", 17 février 2014. URL : www.modernhealthcare.com ; *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), "Pharmaceutical Industry Forms 340B Working Group" (2006), vol. 3, n° 8, 2 ; 340B Health, "First Shots Fired in 340B Case Before the U.S. Supreme Court", 23 novembre 2010 ; 340B Health, "U.S. Supreme Court Accepts Santa Clara 340B Overcharging Case, While HHS Inspector Announces Major Crackdown on Drug Companies' Average Manufacturer Price Reporting", 28 septembre 2010 ; URL : www.340bhealth.org. Dernière visite des sites : 9 avril 2018.

[598] 340B Health, "340B Hospital Group Responds to Misleading Report from Big Pharma", 25 mars 2014. URL : www.340bhealth.org (dernière visite : 13 avril 2018).

[599] *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), "340B Entities Eligible for Free Vials of Taxol" (2004), vol. 1, n° 3, 8 ; "VA Agrees To Offer FSS Reporting Exemption on Generic and OTC Drugs" (2004), vol. 1, n° 4, 10 ; "Report Encourages Medicaid to Reimburse Clinical Pharmacy Services" (2005), vol. 2, n° 1, 2 ; "City Seeks Covered Entity Status for State/Local Health Departments" (2005), vol. 2, n° 1, 4 ; "CMS Appears to Change Position on 'Authorized Generic' Drugs" (2005), vol. 2, n° 4, 6 ; "340B Prime Vendor Signs Contracts with Brand Name Manufacturers" (2005), vol. 2, n° 5, 2 ; "CBO Evaluates Possible Increase to Medicaid Drug Rebate Percentage" (2005), vol. 2, n° 5, 3 ; "CMS Narrows Best Price and AMP Exemptions for

SPAPs" (2005), vol. 2, n° 5, 9 ; "FTC Decisions Allow Non-Profit Hospitals to Resell Discounted Drugs" (2005), vol. 2, n° 5, 9 ; "Pfizer Restores 340B Pricing on Four Drugs Following OPA Protest" (2005), vol. 2, n° 3, 6 ; "State Governors Propose Raising the Medicaid Drug Rebate Percentage" (2005), vol. 2, n° 7, 3 ; "Debate Continues on Status of 'Authorized Generics'" (2005), vol. 2, n° 7, 11 ; "340B Community Responds to Hurricane Katrina" (2005), vol. 2., n° 9, 2 ; "Budget Reconciliation Bill Signed Into Law" (2006), vol. 3, n° 2, 1-10 ; "Pequot Nation May No Longer Provide FSS Pharmaceuticals to Non-Indian Employees, Board Rules" (2006), vol. 3, n° 5, 8 ; "HIV Rapid Test Kits Available to 340B Prime Vendor Participants" (2006), vol. 3, n° 9, 2 ; "Regulations to Impact 340B Prices; CMS Rejects Making Pricing More Transparent" (2007), vol. 4, n° 1, 4-9 ; "Multiple Contract Pharmacies Would Allow Greater Patient Access, HRSA, Providers Say" (2007), vol. 4, n° 1, 5-10 ; "Government Slow to Require 340B Participation of Part B Companies" (2007), vol. 4, n° 1, 6 ; "Senators Question Administration's Proposal on Nominal Pricing as Contracts End" (2007), vol. 4, n° 2, 5-11 ; "Providers Praise, Industry Objects to Multiple Contract Pharmacy Guidelines" (2007), vol. 4, n° 3, 3 ; "Some 340B Providers Cannot Afford to Purchase HPV Vaccine" (2007), vol. 4, n° 4, 3 ; "OPA Reverses Course on AMP Calculations under DRA" (2007), vol. 4, n° 5, 3 ; "Settlement Between BMS and Government Includes 340B Refunds" (2007), vol. 4, n° 10, 3 ; "OPA Approves Three Demonstration Projects to Improve Access" (2007), vol. 4, n° 12, 2 ; "340B Pharmacies Excluded From Manufacturer Assistance Programs" (2007), vol. 4, n° 12, 4 ; "Government Approves Proposal To Overcome Barriers To Access Arising From Closed Pharmacy Networks" (2008), vol. 5, n° 7, 2-9 ; "Manufacturers and HRSA Disagree On Rebate Policy For ADAPs" (2008), vol. 5, n° 7, 5 ; "AMP Litigation Could Lead to 340B and Medicaid Recalculations" (2008), vol. 5, n° 10, 6 ; "Big Changes Expected for 340B and Other Drug Programs" (2008), vol. 5, n° 12, 1-8 ; "Medicaid Patients Face Higher Cost-Sharing Expenses" (2008), vol. 5, n° 12, 2 ; "10 Burning Questions about Medicare Part B" (2008), vol. 5, n° 12, 5 ; AHA, "Letter to Kerry N. Weems. CMS-1404-FC, Medicare Program", 23 décembre 2008. URL : www.aha.org ; 340B Health, "Off-Label Marketing Litigation Boon For 340B Providers", 15 février 2009 ; 340B Health, "Letter to Ms. Alberta J. Dwivedi. Proposed Regulations CMS-1414-P", 31 août 2009. URL des sites : www.340bhealth.org ; 340B Coalition, "Letter to Ms. Charlene Frizzera and Dr. Mary Wakefield", 11 mars 2010. URL : https://hemoalliance.org ; AHA, NRHA, 340B Health, "Letter to Dr. Mary Wakefield. Denial of 340B Retroactive Discounts to Newly Enrolled Rural Hospitals", 11 janvier 2011. URL : www.340bhealth.org ; Hemophilia Alliance, NACHC, NAPH, 340B Health, "Letter to Angelo Giambrone. Discriminatory 340B Reimbursement Contracts", 21 septembre 2011. URL : www.340bhealth.org ; Besler Consulting, "340B Opportunities under the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)", automne 2011. URL : www.mainehfma.org ; AEH, Children's Hospital Association, 340B Health, « Letter to Dr. Mary Wakefield", 31 mars 2014. URL : www.childrenshospitals.org ; AAMC, "Letter to Krista Pedley. RIN 0906-AB08", 27 octobre 2015. URL : www.aamc.org ; CHA, "Letter to Captain Krista Pedley. RIN 0906-AB08", 27 octobre 2015. URL : www.chausa.org ; NACHC, "Letter to Captain Krista Pedley. 340B Drug Pricing Program Omnibus Guidance, Federal Register, Vol. 80, No. 167, 52300, (August 28, 2015)", 27 octobre 2015. URL : www.nachc.org ; NAMD, "Letter to Krista Pedley. Comments on 340B Drug Pricing Program Omnibus Guidance", 27 octobre 2015. URL : http://medicaiddirectors.org ; Trinity Health, "Letter to Captain Krista Pedley. RIN 0906-AB08", 26 octobre 2015. URL : https://yeungus.com ; Providence Health and Services, "Letter to Mr. James Macrae. RIN: 0906-A608", 27 octobre 2015. URL : https://public.medicaid.gov ; Saint Thomas Hickman Hospital, "Letter to Captain Krista Pedley. RIN 0906-AB08", 26 octobre 2015. URL : www.sthealth.com ; Temple University Health System, "Letter to Krista Pedley. RIN 0906-AB08", 26 octobre 2015. URL : www.templehealth.org ; AAMC, "Policy Priorities to Improve our Nation's Health 340B Drug Pricing Program", octobre 2015. URL : www.aamc.org. Dernière visite des sites : 17 avril 2018.

[600] *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), "Manufacturers Seek to Dismiss 340B Class Action Lawsuit" (2006), vol. 3, n° 1, 10 ; "Manufacturer Voluntarily Issues Refunds for 340B Overcharges" (2006), vol. 3, n° 2, 6 ; "Federal Judge Dismisses 340B Overcharge Claim in California" (2006), vol. 3, n° 2, 9 ; "Judge Rejects Attempt By Manufacturers to Delay Proceedings in 340B Suit" (2006), vol. 3, n° 2, 6 ; "Congressional Study Finds ADAPs Overpaying for 340B Medications" (2006), vol. 3, n° 5, 1 ; "Federal Court Ponders Whether to Allow California County Lawsuit to Proceed" (2006), vol. 3, n° 6, 4 ; "340B Hospitals Urge Timely, Complete Publication of Average Manufacturer Prices" (2006), vol. 3, n° 7, 1-9 ; "AIDS Organization Takes Issue with Congressional Report on 340B Drug Pricing" (2006), vol. 3, n° 7, 2 ; "Divergent Reactions to OIG Report on 340B Pricing" (2006), vol. 3, n° 8, 1-8 ; "Federal Court

Case Against Pharmaceutical Manufacturers Dismissed" (2006), vol. 3, n° 8, 6 ; "More Refunds to 340B and Medicaid Programs Likely" (2006), vol. 3, n° 9, 1-8 ; "Decision to Drop 340B Lawsuit Does Not Spell End of Scrutiny of Manufacturer Compliance" (2006), vol. 3, n° 10, 1-9 ; "OPA Says Manufacturers Need to Continue to Calculate AMP Using Pre-DRA Formula; Industry Raises Concerns" (2006), vol. 3, n° 12, 3-11 ; 340B Health, "From Drug Topics, 'Most Drugmakers Ignoring 340B Inpatient Option'", 10 juillet 2006. URL : http://drugtopics.modernmedicine.com ; *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), "Merck Settlement Puts Spotlight Back on Nominal Pricing" (2008), vol. 5, n° 2, 1-10 ; "Merck Settlement Sheds Light on Whistleblower Law" (2008), vol. 5, n° 3, 3-9 ; "Maine Considers Legislation to Maximize Use of 340B Program" (2008), vol. 5, n° 3, 4 ; "Medicaid Billing Practices at 340B Pharmacies Scrutinized" (2008), vol. 5, n° 10, 1-8 ; "Stakes are Raised in Major Court Case on 340B Pricing" (2008), vol. 5, n° 11, 1-8 ; "County Appeals Court Ruling on Drug Pricing Data" (2009), vol. 6, n° 1, 2-9 ; 340B Health, "Aventis to Pay $6.5 Million to 340B Entities to Settle Case", 3 mai 2009 ; 340B Health, "Why the Litigation Goes On - And On", 1er décembre 2009 ; 340B Health, "Letter to Mr. Tom Hutchinson", 20 avril 2009. URL des sites : www.340bhealth.org ; 340B Health, "AIDS Group Files Second Suit Seeking Retroactive 340B Discounts", 23 décembre 2010. URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, "Safety-Net Providers Ask NCPDP to Modify 340B Standards", 2 août 2011. URL : www.340bhealth.org ; SNHPA, "SNHPA Statement on Senator Grassley's Letter and North Carolina Newspapers' Article About 340B Program", 3 avril 2013. URL : https://snhpa.safesecureweb.com ; 340B Health, "Statement of Safety Net Hospitals for Pharmaceutical Access Before the U.S. House Energy and Commerce Subcommittee on Health. Hearing on Examining the 340B Program", 24 mars 2015 ; 340B Health, "House Subcommittee Holds Hearing on 340B", 24 mars 2015. URL : www.340bhealth.org ; 340B Coalition, "Letter to CDR Krista Pedley. RIN 0906-AA89", 17 août 2015 ; AEH, Children's Hospital Association, 340B Health, "Letter to CDR Krista Pedley. RIN 0906-AA89", 17 août 2015. URL : www.340bhealth.org. Dernière visite des sites : 16 avril 2018.

[601] Supreme Court of the United States, "Astra USA *vs* County of Santa Clara", n° 09-1273, "Brief of a Coalition of 340B Entity Groups as Amicus Curiae in Support of Respondent", 20 décembre 2010. URL : www.americanbar.org (dernière visite : 9 avril 2018) ; 340B Health, "AIDS Group Sues BMS for Retroactive 340B Discounts", 2 décembre 2010 ; 340B Health, "Drug Firms Ask U.S. Supreme Court to Hear Santa Clara 340B Case", 14 juillet 2010 ; URL : www.340bhealth.org (dernière visite : 9 avril 2018).

[602] 340B Health, "Response to the Pharmaceutical Industry Report. Setting the Record Straight on 340B", 9 juillet 2013. URL : https://340binformed.org (dernière visite : 12 avril 2018).

[603] RAND Corporation, "The 340B Prescription Drug Discount Program. Origins, Implementation, and Post-Reform Future", 2014. URL : www.rand.org (dernière visite : 16 avril 2018).

[604] 340B Health, "Genentech Overcharges Underscores Need for HRSA Action", 30 août 2013 ; 340B Health, "AIDS Group Accuses Glaxo of $2.2 Million in 340B Overcharges", 13 septembre 2013 ; 340B Health, "AIDS Group Files Third 340B Overcharging Lawsuit", 3 décembre 2013. URL : https://340binformed.org ; 340B Coalition, "Letter to the Honorable Kathleen Sebelius. Implementation of 340B Manufacturer Program Integrity Provisions", 10 février 2014. URL : www.340bhealth.org ; AHA, "The 340B Drug Pricing Program", 16 août 2016. URL : www.hcecm.org. Dernière visite des sites : 18 avril 2018.

[605] Cf. le débat entourant la fusion des « *pharmacy benefit managers* ». 340B Health, « 340B Hospitals Ask FTC to Oppose Express Scripts/Medco Merger", 24 février 2012. URL : www.340bhealth.org (dernière visite : 11 avril 2018).

[606] 340B Health, "The 340B Program Is Right on Track", 2015. URL : www.340bhealth.org (dernière visite : 16 avril 2018).

[607] 340B Health, "Drug Manufacturer Lilly Is Auditing 340B Hospitals", 4 septembre 2013. URL : www.340bhealth.org (dernière visite : 12 avril 2018).

[608] Supreme Court of the U.S., *Astra USA, Inc. v. Santa Clara County*, 563 U.S. 110 (2011).

[609] Ces voies suivent le *False Claims Act* pour les Etats fédérés et le *Dispute Resolution Process* de la *HRSA* pour les autres entités (*FQHC,* cliniques *Ryan White* et hôpitaux *DSH* notamment).

[610] 340B Health, "340B Providers Cannot Sue for Overcharges, U.S. Supreme Court Rules", 29 mars 2011 ; 340B Health, "Safety Net Hospitals for Pharmaceutical Access Comments on Major Drug Pricing Decision by the U.S. Supreme Court", 29 mars 2011 ; URL : www.340bhealth.org ; 340B Coalition, « Letter to CDR Krista Pedley. Comments on 340B Drug Pricing Program

Administrative Dispute Resolution Process", 19 novembre 2010 ; 340B Coalition, "Letter to CDR Krista Pedley. Comments on 340B Manufacturer Civil Monetary Penalties", 19 novembre 2010. URL : www.340bhealth.org. Dernière visite des sites : 9 avril 2018.

[611] *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), "New Patient Definition Guidelines Draw Mixed Reactions" (2007), vol. 4, n° 1, 1-8 ; "340B Providers Object to Government's Definition of 'Patient'" (2007), vol. 4, n° 3, 1-10 ; "Pharmaceutical Industry Supports, Drug Stores Question Proposed 'Patient' Definition" (2007), vol. 4, n° 3, 8 ; "Congress Asks HRSA to Delay Implementation of Proposed Changes to Patient Definition" (2007), vol. 4, n° 11, 1-8 ; "OPA Eases 340B Rules During Disaster and Emergency Declarations" (2008), vol. 5, n° 7, 6 ; "Senate Raises Level of Concern over Proposed Patient Definition Guidelines" (2008), vol. 5, n° 8, 3 ; 340B Health, "Senate Panel OK's $5.2 Million for OPA in Coming Fiscal Year", 5 août 2010. URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, "Lawmakers Ask HRSA to Revise 340B Patient Definition", 20 juillet 2012. URL : www.340bhealth.org ; AAMC, "Letter to Marilyn Tavenner. Medicaid Disproportionate Share Hospital Payments Uninsured Definition Proposed Rule, File Code CMS-2315-P", 15 février 2012. URL : www.aamc.org (dernière visite : 11 avril 2018). 340B Health, "Letter to Krista Pedley. Comments on 340B Drug Pricing Program Omnibus Guidance RIN 0906-AB08", 27 octobre 2015. URL : www.340bhealth.org. Dernière visite des sites : 11 avril 2018.

[612] 340B Health, "SNHPA Statement on Sen. Grassley's Letter to Walgreens", 31 juillet 2013. URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, "Q&A: Henry Waxman on 340B and Skyrocketing Drug Prices", 19 octobre 2016. URL : https://340binformed.org. Dernière visite des sites : 17 avril 2018.

[613] 340B Heath, "House GOP Proposes Medicaid Block Grants", 6 avril 2011 ; 340B Health, "Studies: Medicaid Block Grants Would Fuel Uncompensated Care", 13 mai 2011. URL : www.340bhealth.org (dernière visite : 10 avril 2018).

[614] *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), "OPA Tells Industry to Maintain Current Calculation of AMP for 340B Program" (2007), vol. 4, n° 2, 3 ; "Pharmacy Stakeholders, Industry Concerned About Proposals on Physician-Administered Drugs" (2007), vol. 4, n° 2, 4 ; "Pilot Project Will Double-Check Manufacturers' 340B Pricing Calculations" (2007), vol. 4, n° 3, 2 ; "Stakeholders Critical of Government's Proposed Implementation of Budget Law" (2007), vol. 4, n° 3, 4 ; "Final Deficit Reduction Act Regulations Create New Challenges for 340B Stakeholders" (2007), vol. 4, n° 7, 1-4 ; "Hospitals Continue to Express Concerns Over Medicaid Billing Regulation" (2007), vol. 4, n° 9, 3 ; "Hospitals Continue Effort to Delay Physician-Administered Drug Rule" (2007), vol. 4, n° 11, 3 ; "AMP Lawsuit Deals Another Blow to 340B Hopes for Improved Pricing Transparency Under the DRA" (2008), vol. 5, n° 1, 1-6 ; "National Workgroup Recommends Standardized Billing Code Modifiers for 340B Physician-Administered Drugs" (2008), vol. 5, n° 5, 8 ; "CMS Rejects Hospitals' Position On NDC Reporting Requirement" (2008), vol. 5, n° 7, 3-10 ; "Survey: Uphill Battle for 340B Pharmacies Trying to Report NDCs" (2008), vol. 5, n° 11, 9 ; "NDC Lawsuit Moves Forward as Hospitals Struggle" (2008), vol. 5, n° 12, 3 ; 340B Health, "Letter to Ms. Alberta J. Dwivedi. Final Regulation CMS-1401-FC", 24 décembre 2008 ; 340B Health, "Safety Net Hospitals Turn to Federal Court to Block Unlawful Reporting Mandate", 21 août 2008 ; 340B Health, "Memorandum. HRSA Tutorial on Filing of NPIs with Medicaid Exclusion Files", 12 mai 2008. URL des sites : www.340bhealth.org ; *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), "SNHPA Challenges Attempt to Dismiss NDC Reporting Suit" (2009), vol. 6, n° 1, 3 ; 340B Health, "Settlement Relieves Safety-Net Hospitals of Burdensome and Costly Reporting Mandate", 8 octobre 2009. URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, "CMS OK's Maine's Method of Billing Medicaid for Physician-Administered Drugs", 10 novembre 2010 ; 340B Health, "Maine Implementation of Federal NDC Reporting Requirements Applicable to Physician-Administered Drugs Used in Hospital Outpatient Settings: A Potential Model for Other States", 2010. URL : www.340bhealth.org ; 340B Health, « Letter to Marilyn Tavenner. Comments on Proposed Rule Regarding the Medicaid Program and Covered Outpatient Drugs (RIN 0938-AQ41; File Code CMS-2345-P)", 2 avril 2012. URL : www.340bhealth.org. Dernière visite des sites : 10 avril 2018.

[615] Federal Drug Discount and Compliance Monitor (340B Health), "Report Finds Many 340B Hospitals Struggle to Obtain Inpatient Discounts" (2006), vol. 3, n° 5, 3 ; 340B Health, "States Seek to Limit 340B Reimbursement under Medicaid", 6 juillet 2009 ; 340B Health, "J&J Consumer Division Exits 340B; Will More OTCs Follow?", 5 juin 2009 ; 340B Health, "Letter to Ms. Sabrina Teferi and Mr. Barry Brook. CMS-1561-IFC (RIN 0938-AP59)", 17 mars 2009. URL des sites : www.340bhealth.org (dernière visite : 6 avril 2018).

[616] *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), “AIDS Healthcare Foundation Sues GlaxoSmithKline Over 340B Pricing” (2004), vol. 1, n° 3, 3-7 ; “Class Action Suit Adds Plaintiff and Defendants” (2004), vol. 1, n° 4, 1 ; “HRSA Requests Refunds from Rx Manufacturers” (2004), vol. 1, n° 5, 1-7 ; “Generic Manufacturers Request Change in ‘Best Price’ Reporting” (2004), vol. 1, n° 6, 6 ; “HHS Identifies Drugs from OIG Overcharge Study” (2004), vol. 1, n° 7, 1 ; “PHPC Calls on HHS Secretary to Address 340B ‘Drug Shortages’” (2005), vol. 2, n° 2, 9 ; “Senate Finance Committee Debates Medicaid Fraud and Pharmacy Reimbursement” (2005), vol. 2, n° 7, 6 ; “King Pharmaceuticals to Pay $124 Million in AMP and Best Price Settlement” (2005), vol. 2, n° 11, 3 ; 340B Health, “Brand-Name Drug Prices Rising Sharply, Studies Find”, 28 mars 2011. URL : http://340bemployed.org ; 340B Health, “SNHPA Protests Amgen's Plan to Discriminate against Safety Net Hospitals”, 30 mai 2013. URL : www.340bhealth.org. Dernière visite des sites : 11 avril 2018.

[617] NCSL, “State Health Care Cost Containment Ideas”, juillet 2003. URL : www.ncsl.org (dernière visite : 27 mars 2018) ; NHCHC, “Rx for Homeless Patients Present Financial, Medical Challenges”, avril 2004. URL : www.nhchc.org (dernière visite : 27 mars 2018).

[618] 42 USC § 1320a-7b.

[619] *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), “Schering-Plough Agrees to Pay $345 Million Settlement Double Damages Awarded to 340B Providers and Programs” (2004), vol. 1, n° 2, 1-6 ; “Schering-Plough Begins to Issue Settlement Checks” (2004), vol. 1, n° 3, 7.

[620] 340B Health, “JAMA Publishes Letters Disputing Opinion Piece on 340B”, 17 octobre 2013. URL : https://340binformed.org ; 340B Health, “340B Drug Program Cuts Costs, Serves Poor Patients Well”, 21 octobre 2013. URL : www.investors.com ; 340B Health, “340B Health Responds to Health Affairs Article on 340B”, 6 octobre 2014. URL : www.340bhealth.org ; Linda Fishman (AHA), “Health Affairs Study Gets It Wrong on 340B: Hospitals Use the Program to Help Vulnerable Patients and Communities”, 6 octobre 2014. URL : www.aha.org. Dernière visite des sites : 13 avril 2018.

[621] *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), “OPA Removes Controversial Site from 340B Program” (2005), vol. 2, n° 9, 3 ; “Jury Indicts Director of Program Utilizing 340B Discounts” (2006), vol. 3, n° 1, 1 ; “Trial Date Set for Alleged Case of 340B Diversion” (2006), vol. 3, n° 3, 1-10 ; “Government and Industry Considering Further Action in Alleged 340B Drug Diversion Case” (2006), vol. 3, n° 6, 1-9.

[622] *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), “340B Entities Concerned About Use of Specialty Distributors” (2006), vol. 3, n° 4, 1-10 ; “340B Hospitals Unable to Obtain Discounted IVIG Products” (2006), vol. 3, n° 7, 5 ; “Pressure Builds to Address IVIG Problems” (2006), vol. 3, n° 10, 3 ; 340B Health, “Access To IVIG by Safety Net Hospitals Participating in the 340B Drug Discount Program”, septembre 2006. URL : www.340bhealth.org ; *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), “Two IVIG Reports From HHS Describe Access, Reimbursement Problems” (2007), vol. 4, n° 5, 8-10 ; “Promotion of Low-Cost Drugs at Retail Giants Cut Into 340B Prescription Volume” (2008), vol. 5, n° 6, 3 ; “Authorized Generic Law Resulting In Growing Number Of Penny Priced Drugs” (2008), vol. 5, n° 7, 1-8 ; 340B Health, “Senate Committee Seeks Answers on Drug Shortages”, 8 décembre 2011. URL : http://340bemployed.org. Dernière visite des sites : 10 avril 2018.

[623] 340B Health, “OIG Issues Report on 340B Contract Pharmacy”, 5 février 2014. URL : https://340binformed.org ; NAMD, “Medicaid and the 340B Program: Alignment and Modernization Opportunities”, mai 2015. URL : medicaiddirectors.org. Dernière visite des sites : 17 avril 2018.

[624] *Federal Drug Discount and Compliance Monitor* (340B Health), “California Legislature Proposes ‘340B-Like’ Discount Program” (2004), vol. 1, n° 3, 4 ; “OIG Report Addresses 340B ‘Carve-Out’ in NY Medicaid Program” (2004), vol. 1, n° 3, 4 ; “West Virginia Government Releases Report on 340B” (2004), vol. 1, n° 3, 4 ; “Pennsylvania Government Proposes New 340B Reimbursement Model” (2004), vol. 1, n° 3, 4 ; “California Passes New 340B Billing Law” (2004), vol. 1, n° 3, 4 ; “OIG and Texas AG Call for Disclosure of AMP” (2004), vol. 1, n° 4, 9 ; “Utah State Legislators Propose 340B Pilot Program” (2004), vol. 1, n° 5, 4 ; “NYS Association of Counties Turns to 340B” (2004), vol. 1, n° 5, 5 ; “The Growth of 340B: A State-by-State Look” (2004), vol. 1, n° 5, 10 ; “Ex-Lilly Executive/Former Bush Official Calls for Expansion of 340B” (2004), vol. 1, n° 6, 5 ; “Schwarzenegger’s Commission Encourages California to Increase Use of 340B” (2004), vol. 1, n° 6, 9 ; “California Lawmakers Consider 340B-Related Legislation” (2005),

vol. 2, n° 2, 6 ; “Heinz Foundation Calls For Increased State Use of 340B” (2005), vol. 2, n° 4, 4 ; “New York Legislature Closes ‘Medicaid Carve-Out’ Option” (2005), vol. 2, n° 5, 4 ; “Key California Lawmaker Urges Increased Use of 340B” (2005), vol. 2, n° 3, 4 ; “Utah Legislature Approves 340B Pilot Program for Hemophilia Patients” (2005), vol. 2, n° 3, 4 ; “Louisiana to Introduce Enhanced Dispensing Fees for 340B Pharmacies” (2005), vol. 2, n° 6, 4 ; “Texas AG Files Suit Against Manufacturers Seeking AMP Data” (2005), vol. 2, n° 6, 9 ; “Colorado Governor Vetoes Pharmacy Bill with 340B Provisions” (2005), vol. 2, n° 6, 10 ; “OIG Finds Weaknesses in State Medicaid Drug Rebate Programs” (2005), vol. 2, n° 8, 9 ; “California County Files Lawsuit Alleging 340B Overcharges” (2005), vol. 2, n° 9, 1 ; “Governor Schwarzenegger Signs Nonprofit 340B Hospital Bill Into Law” (2005), vol. 2, n° 9, 6 ; “Federal Judge Denies Motion to Dismiss 340B Overcharge Suit” (2005), vol. 2, n° 10, 5 ; “New Jersey Governor Launches Effort to Enroll all CHCs in 340B” (2005), vol. 2, n° 10, 9 ; “California and Arizona Decide on Statewide Drug Discount Programs” (2005), vol. 2, n° 11, 9 ; “OPA Approves Innovative Demonstration Project in Texas” (2006), vol. 3, n° 4, 2 ; “Native American Tribe Seeks 340B Access for Its Non-Indian Employees” (2006), vol. 3, n° 4, 2 ; “OPA Approves Statewide Demonstration Project By ADAP” (2006), vol. 3, n° 7, 6 ; “California Enacts Prescription Drug Discount Program That Could Serve as Model” (2006), vol. 3, n° 9, 4 ; “Oregon Seeks to Expand State’s Use of 340B Program” (2006), vol. 3, n° 9, 6 ; “Nevada Alleges Manufacturer Nominal Pricing Scheme, Seeks Refunds from Merck” (2006), vol. 3, n° 11, 3 ; “340B Plays Role in West Virginia Primary Care, State Employees Partnership” (2006), vol. 3, n° 11, 6 ; “Iowa Health Center Seeks to Cut Patient Commute with Demonstration Project” (2006), vol. 3, n° 11, 6 ; “Maryland Asks CMS to Clarify Rejection of Pharmacy Discount Waiver Request” (2006), vol. 3, n° 12, 9 ; “Tennessee Hospitals Concerned That TennCare Changes May Threaten 340B Eligibility” (2007), vol. 4, n° 2, 8 ; “California Misses Chance; New England States Seek to Expand Program” (2007), vol. 4, n° 4, 4 ; “340B Legislation Has Mixed Results in States” (2007), vol. 4, n° 5, 4 ; “NYC Launches Drug Discount Program to Maximize 340B Benefits” (2007), vol. 4, n° 10, 6 ; “New Hampshire, Vermont Pass 340B Legislation” (2007), vol. 4, n° 11, 4 ; “Health Facilities Receiving 340B Discounts: A State-by-State Look” (2007), vol. 4, n° 11, 5 ; “NY State Investigates 340B Billing to Medicaid Program” (2007), vol. 4, n° 12, 2 ; “Several States Appeal to CMS for a Delay of the NDC Reporting Requirement” (2007), vol. 4, n° 12, 3 ; “Some States Successful in Appeal to CMS for a Delay of the NDC Reporting Requirement” (2008), vol. 5, n° 1, 4 ; “Federal Court Hears California County Appeal on Dismissal of Lawsuit Alleging 340B Overcharges” (2008), vol. 5, n° 4, 1-8 ; “Nevada Denies Hospital Medicaid Drug Reimbursement Due to CMS Regulation” (2008), vol. 5, n° 4, 2 ; “Vermont Bill Aims to Spark Debate on Implications of 340B Expansion” (2008), vol. 5, n° 4, 4 ; “States Request Additional Delays to Allow Hospitals to Comply With NDC Rule” (2008), vol. 5, n° 6, 5 ; 340B Health, “Shedding Light on Medicaid Billing Requirements: A Survey of State Policies Addressing the Drug Billing Practices of 340B Hospitals”, 16 novembre 2009. URL : www.340bhealth.org (dernière visite : 6 avril 2018).

[625] Children's Hospital Association, NACHC, NAPH, SNHPA, NFPRHA, NHCHC, PPAA, Hemophilia Alliance (2012), “Letter to Secretary Kathleen Sebelius”, 31 janvier 2012. URL : www.340bhealth.org (dernière visite : 10 avril 2018).

[626] BRG, “Compliance Trends With Hospital Charity Care Requirements”, 2015. URL : http://340breform.org ; AIR 340B, “Benefiting Hospitals, not Patients: an Analysis of Charity Care Provided by Hospitals Enrolled in the 340B Discount Program”, 2016 ; AIR 340B, “Interest in 340B Continues to Grow as 2016 Begins”, janvier 2016. URL des sites : http://340breform.org (dernière visite : 18 avril 2018) ; ZS, “Oncology Value Watchdog Report: 340B Drug Pricing Program”, mars 2016. URL : www.zs.com ; BRG Healthcare, “Measuring the Relative Size of the 340B Program”, juin 2015 ; BRG Health Analytics, “Estimate of Managed Medicaid Prescription Volume in 340B Contract Pharmacies”, 2015. URL des sites : www.thinkbrg.com (dernière visite : 17 avril 2018) ; Stephen T. PARENT, Michael RAMLET (Medical Industry Leadership Institute), “Unprecedented Growth, Questionable Policy: the 340B Drug Program”, 2015. URL : 340breform.org ; Avalere, “Hospital Acquisitions of Physician Practices and the 340B Program”, juin 2015. URL : http://avalere.com ; AIR 340B, “Broad Stakeholder Group Examines 340B Sustainability at Second National Summit”, juillet 2015. URL : http://340breform.org. Dernière visite des sites : 17 avril 2018.

[627] AIR 340B, “340B Hospitals vs. Non-340B Hospitals: Growth and Distribution of Physician-Administered Drug Reimbursement Across Ten Therapeutic Areas”, février 2016. URL : http://340breform.org (dernière visite : 18 avril 2018).

[628] BRG, “340B Program Sales Forecast: 2016 - 2021”, 2016. URL : http://340breform.org (dernière visite : 18 avril 2018).
[629] Carolinas HealthCare System, “Letter to the Honorable Charles E, Grassley”, 12 octobre 2012 ; UNC Healthcare, “Letter to Senator Charles E. Grassley”, 17 octobre 2012 ; Duke University, “Letter to the Honorable Charles E. Grassley”, 23 octobre 2012. URL des sites : www.grassley.senate.gov ; 340B Health, “Senator Grassley, PhRMA Respond to 340B Hospitals’ Report”, 12 juillet 2013. URL : http://340bemployed.org. Dernière visite des sites : 12 avril 2018.
[630] ASHP, “Office of Inspector General Report on State Medicaid Policies and Oversight Activities Related to 340B-Purchased Drugs: Summary and Impact to ASHP”, 2011. URL : www.ashpmedia.org (dernière visite : 10 avril 2018).
[631] BIO, Community Oncology Alliance, National Community Pharmacists Association, National Patient Advocate Foundation, Pharmaceutical Care Management Association, PhRMA, “The 340B Drug Discount Program. A Review and Analysis of the 340B Program”, 2013. URL : www.bio.org (dernière visite : 12 avril 2018).
[632] AIR 340B, “Acquisitions by 340B Disproportionate Share Hospitals”, novembre 2014 ; AIR 340B, “The Impact of Growth in 340B Contract Pharmacy Arrangements”, 2014 ; AIR 340B, “Unfulfilled Expectations: An analysis of charity care provided by 340B hospitals”, 2014. URL des sites : http://340breform.org ; BRG Healthcare, “Growth of the 340B Program: Past Trends, Future Projections”, novembre 2014. URL : www.thinkbrg.com. Dernière visite des sites : 16 avril 2018.
[633] BIO, “Letter to Bradford R. Lang. Comments on the Civil Monetary Penalties”, 19 novembre 2010. URL : www.bio.org ; PhRMA, “Letter to CDR Krista Pedley. RIN 0906-AA89”, 17 août 2015. URL : www.pharmamedtechbi.com. Dernière visite des sites : 17 avril 2018.
[634] BIO, “Letter to CDR Krista M. Pedley. OMB No. 0915-0327”, 14 novembre 2014 ; BIO, “Letter to the Honorable Howard A. Shelanski. OMB No. 0915-0327”, 21 mai 2015 ; BIO, “Letter to Sylvia M. Burwell and CDR Krista M. Pedley”, 17 août 2015. URL des sites : www.bio.org (dernière visite : 17 avril 2018).
[635] Commonwealth Fund, “Ensuring Equity. A Post-Reform Framework to Achieve High Performance Health Care for Vulnerable Populations”, octobre 2011. URL : www.commonwealthfund.org (dernière visite : 10 avril 2018).
[636] ACP, “National Immigration Policy and Access to Health Care”, 2011. URL : www.acponline.org (dernière visite : 10 avril 2018).
[637] NACHC, “Health Centers and the 340B Drug Discount Pricing Program: Increasing Access to Essential Medications and Services to Communities in Need”, juin 2014. URL : www.nachc.org (dernière visite : 16 avril 2018).
[638] Charles TILLY, « Les origines du répertoire de l’action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne », *Vingtième siècle. Revue d’histoire*, 1984, 89-108.
[639] Lilian MATHIEU, *Comment lutter ? Sociologie et mouvements sociaux* (Textuel, 2004), 145.
[640] Peter M. HAAS, « Introduction: epistemic communities and international policy coordination », *International organization* 46, n° 1 (1992): 3.
[641] Didier FASSIN, « « Clandestins » ou « exclus » ? Quand les mots font des politiques », *Politix* 9, n° 34 (1996): 77-86.
[642] MEROLLA, RAMAKRISHNAN, et HAYNES, « “Illegal,” “Undocumented,” or “Unauthorized”: Equivalency Frames, Issue Frames, and Public Opinion on Immigration ».
[643] (Membre du ministère de l’Intérieur) « Pour nous l'appellation c'est clairement étranger en situation irrégulière. […] Clandestin c'est très connoté opposant justement. Ceux qui parlent des clandestins sont les opposants. […] L'administration ne peut pas avoir de position partisane, alors nous on ne peut pas dire un clandestin » ; (Militant) « Les clandestins c'est le discours de l'extrême droite. Le discours de l'extrême gauche c'est les sans-papiers. […] Nous on emploie le terme de personnes en situation irrégulière. »
[644] Deborah J. SCHILDKRAUT, « Amnesty, guest workers, fences! Oh my », in *FREEMAN G.P., HANSEN R., LEAL D.L., Immigration and public opinion in liberal democracies* (Routledge, 2013), 207-231.
[645] Circulaire n° 1-72 du 23 février 1972 concernant les conditions d'établissement en France des travailleurs étrangers.

[646] MRAP, *Droit et Liberté* n° 318, février 1973 ; MRAP, *Droit et Liberté* n° 323, septembre-octobre 1973. URL : http://ancien.mrap.fr (dernière visite : 12 mai 2018).
[647] Circulaire du 11 août 1981 relative à la régularisation de la situation de certains étrangers (immigrés dits « sans-papiers ») : étrangers pouvant prétendre à la régularisation exceptionnelle de leur situation, présentation des demandes au titre de travailleur salarié, examen de la demande et décision, attitude à adopter quand la demande ne peut recevoir de suite favorable, cas des ressortissants algériens et africains anciennement sous administration française ; Circulaire du 20 novembre 1981 relative aux travailleurs saisonniers étrangers ; attribution exceptionnelle d'une autorisation de travail permanente a certains travailleurs saisonniers (formalités, instruction des demandes, décision).
[648] MRAP, *Différences* n° 4, octobre 1981 ; MRAP, *Droit et Liberté* n° 405, novembre 1981. URL : http://ancien.mrap.fr (dernière visite : 12 mai 2018).
[649] MRAP, *Différences* n° 18, décembre 1982. URL : http://ancien.mrap.fr (dernière visite : 12 mai 2018).
[650] Ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.
[651] « Emploi précaire, travail clandestin », Plein droit n° 4, juillet 1988. URL : www.gisti.org (dernière visite : 15 mai 2018).
[652] Loi n° 84-622 du 17 juillet 1984. Cf. MRAP, « La loi, le racisme, les étrangers en France », 1987. URL : http://ancien.mrap.fr (dernière visite : 15 mai 2018).
[653] Circulaire du ministre de l'Intérieur du 17 septembre 1986 prise pour l'application de la loi n° 86-1025 du 9 septembre 1986.
[654] « Comment les préfectures fabriquent des clandestins », *Plein Droit* n° 1, octobre 1987. URL : www.gisti.org (dernière visite : 15 mai 2018).
[655] « La lutte des sans-papiers », *Plein droit* n° 11, juin 1990. URL : www.gisti.org (dernière visite : 16 mai 2018).
[656] « Clandestin », *Plein droit* n° 11, juin 1990 ; « Ces 'irréguliers' que l'on fabrique », *Plein droit* n° 11, juin 1990. URL des sites : www.gisti.org (dernière visite : 16 mai 2018).
[657] Loi n° 93-1027 du 24 août 1993 (dite « loi Pasqua ») et loi n° 93-933 du 22 juillet 1993 (dite « loi Balladur »).
[658] MRAP, « Campagne 'Français si vous saviez'. Articles de presse », 1994. URL : http://ancien.mrap.fr (dernière visite : 16 mai 2018).
[659] MRAP, *Différences* n° 163, mai 1995. URL : http://ancien.mrap.fr (dernière visite : 16 mai 2018).
[660] MRAP, « Face à l'intimidation, une solidarité renforcée avec les sans-papiers », 13 août 1996 ; MRAP, « Sans-papiers. Urgence-Solidarité », 16 août 1996 ; MRAP, « Lettre ouverte au Président de la République », 20 août 1996 ; MRAP, « Sans-papiers de Saint-Bernard », 1996 ; MRAP, « Projet Debré. Un équilibre en trompe l'œil », 6 novembre 1996 ; MRAP, « Sans papiers : la honte », 23 août 1996 ; MRAP, « Sans-papiers de Saint-Bernard : non au pouvoir discrétionnaire, oui à la négociation », 5 septembre 1996 ; MRAP, « Un avis favorable de la commission de séjour pour les parents d'enfants français lillois », 9 juillet 1996 ; MRAP, « Le charter de la démagogie », 11 juillet 1996 ; MRAP, « Solidarité internationale ! Justice en France ! », 15 juillet 1996 ; MRAP, « Le mépris du Tiers-Monde. Le mépris des hommes », 9 août 1996 ; MRAP, « Sans-papiers : le gouvernement doit débloquer la situation », 25 juin 1996 ; MRAP, « Sans papiers : déclaration du bureau national du MRAP le mercredi 26 juin 1996 », 26 juin 1996 ; MRAP, « Lettre à Monsieur Alain JUPPE. MA/IV/96.186 », 25 juin 1996 ; MRAP, « Sans papiers : le MRAP appelle à manifester le mercredi 3 juillet 1996 à 18h00 de Belleville à Nation », 1er juillet 1996 ; MRAP, « Le MRAP pour une vraie régularisation des sans-papiers », 20 juin 1997 ; MRAP, « 23 août 1996 - 23 août 1997 : l'anniversaire de la honte », 21 août 1997. URL des sites : http://ancien.mrap.fr (dernière visite : 16 mai 2018).
[661] Collectif, « Collectif de soutien des 'sans-papiers'. A l'attention de Monsieur le Préfet de Région, Préfet des Bouches-du-Rhône », 28 août 1996 ; Collectif, « Les sans-papiers du Val de Marne réduits au désespoir », 1996 ; Collectif, « Régularisation des sans-papiers en lutte. Appel à manifestation le samedi 28 septembre », 1996 ; Collectif, « Coordination nationale des collectifs de sans-papiers. Tous ensemble ! à la manifestation du 28 septembre », 23 septembre 1996 ; Collectif, « Le XIIIe avec les sans-papiers ! », 1996 ; Collectif, « Non aux expulsions. Appel à

manifestation le jeudi 14 novembre 1996 », 1996 ; Collectif, « Sans-papiers de Saint-Bernard. Donnez-leur la parole et des papiers », 17 août 1996 ; Collectif, « Collectif gardois. Pour le droit de vivre en famille. Pour le droit au travail. Pour les droits de l'enfant. Pour le respect des droits de la personne », 1996 ; Collectif, « Communiqué commun des unions départementales CGT, CFDT, CFTC, FSU de Seine-Saint-Denis », 1996 ; Collectif, « Lutte des 'sans-papiers' du Val de Marne pour leur régularisation », 20 juillet 1996 ; Collectif, « Habitants du 93, tous, toutes avec les sans-papiers, pour leur régularisation ! », 1996 ; Collectif, « Sans papiers mais nullement clandestins. Les étrangers de 'Saint-Ambroise', de Versailles et de Morlaix doivent être régularisés », 24 avril 1996 ; Collectif, « Attaque contre les sans-papiers = Danger pour tous », mai 1996 ; Collectif, « La réponse du gouvernement aux 'réfugiés de Saint-Ambroise'. Une inhumaine fin de non-recevoir », 27 juin 1996 ; Collectif, « Parfois les sans-papiers sont utiles », 1996 ; Collectif, « Sans-papiers de Saint-Bernard. Les organisations appellent au jeûne national de solidarité », 14 août 1996 ; Collectif, « Appel des sans-papiers de Besançon. Appel au jeûne le samedi 29 juin », 1996 ; Collectif, « Pour une vraie régularisation des sans-papiers. Pour un débat national avant la nouvelle loi sur l'immigration », 20 juin 1997 ; Collectif, « Sans-papiers : rien n'est réglé ! Tous ensemble pour l'égalité des droits », 12 septembre 1997. URL des sites : http://ancien.mrap.fr (dernière visite : 16 mai 2018).

662 GISTI, « Pourquoi il faut régulariser tous les sans-papiers », 10 décembre 1998. URL : www.gisti.org (dernière visite : 16 mai 2018).

663 MRAP, *Différences* n° 198, juillet 1998. URL : http://ancien.mrap.fr (dernière visite : 16 mai 2018).

664 Collectif, « Messieurs Jospin, Chirac, maintenant, régularisez ! Appel à manifestation le samedi 24 novembre 2001 », 2001 ; Collectif, « Appel à la régularisation de tous les sans-papiers en Europe », 13 septembre 2002 ; Collectif, « Tous ensemble pour la régularisation globale de tous les sans-papiers, pour vivre dans la dignité, et contre la remise en cause du droit du sol. Manifestation 24 septembre 2005 », 21 septembre 2005 ; Collectif, « Tous ensemble pour la régularisation globale de tous les sans-papiers, pour vivre dans la dignité, et contre la remise en cause du droit du sol. Manifestation 24 septembre 2005 », 21 septembre 2005 ; Collectif, « 1O ans après le coup de hache contre St-Bernard. Manifestation nationale pour la régularisation de tous les sans-papiers samedi 26 août 2006 », 2006 ; Collectif, « Tous ensemble pour la régularisation de tous les sans-papiers ! Appel à manifestation pour le samedi 10 octobre 2009 », 2009. URL des sites : www.gisti.org (dernière visite : 16 mai 2018). Collectif, « Communiqué commun CGT, CFDT, FSU, UNSA, Solidaires, Ligue des droits de l'Homme, Cimade, Autremonde, Femmes Egalité, RESF, Droits devant ! », 18 novembre 2009 ; Collectif, « Déclaration commune CGT, CFDT, FSU, UNSA, Solidaires, Ligue des droits de l'Homme, Cimade, Autremonde, Femmes Egalité, RESF, Droits devant !! », 24 novembre 2009 ; Collectif, « Déclaration commune du 28 novembre 2009 CGT, CFDT, FSU, UNSA, Solidaires, Ligue des droits de l'Homme, Cimade, Autremonde, femmes Egalité, RESF, droits devant !! », 28 novembre 2009 ; Collectif, « Lettre à Monsieur François Fillon », 1er octobre 2009 ; Collectif, « Une avancée significative pour les travailleur-e-s sans papiers », 21 juin 2010. URL des sites : www.cgt.fr (dernière visite : 17 mai 2018). Collectif, « Communiqué commun. Samedi 13 février 14h30, Manifestation des travailleuses et des travailleurs sans papiers en grève depuis le 12 octobre 2009, et de leurs soutiens », 6 février 2010 ; Collectif, « Plateforme commune. Pour la régularisation des travailleurs-euses sans papiers et l'égalité de traitement entre Français(es) et Etranger(e)s dans les études comme au travail », 5 décembre 2011. URL des sites : www.ldh-france.org (dernière visite : 17 mai 2018). Collectif, « Déclaration du Collectif des 11 - Travailleurs-euses sans papiers, la question est posée. Il faut des critères de régularisation », 16 mars 2010. URL : www.syntef-cfdt.com (dernière visite : 17 mai 2018). Collectif, « Campagne 'Racket'. Les travailleurs sans papiers seront reçus par le cabinet de V. Pécresse », 7 juillet 2011 ; Collectif, « Synthèse de l'analyse interassociative du projet de loi relatif au droit des étrangers en France », 4 mars 2015. URL des sites : www.gisti.org (dernière visite : 17 mai 2018). Collectif, « Journée internationale pour les droits des femmes. 8 mars : pour toutes ! », 2012. URL : https://planning-familial.com (dernière visite : 17 mai 2018).

665 Collectif, « Communiqué de la plateforme 12 », 22 juin 2012. URL : www.ldh-france.org (dernière visite : 17 mai 2018).

666 Collectif, « Uni(e)s contre une immigration jetable (UCIJ). Déclaration commune pour une autre politique d'immigration », 24 mars 2007 ; Collectif, « UCIJ - Uni(e)s contre une immigration jetable. Pour les droits des travailleurs et travailleuses migrant-e-s et de leurs familles, pour la

régularisation des sans-papiers, pour l'égalité et le respect des droits. Manifestation à Paris jeudi 18 décembre 2014 », 2014. URL des sites : www.gisti.org (dernière visite : 16 mai 2018).

[667] Virginie GUIRAUDON, « Une obsession : la clandestinité », *Plein droit* n° 57, juin 2003 ; Didier MAILLE (COMEDE), « Amende pour défaut de visa », *Plein droit* n° 67, décembre 2005. URL des sites : www.gisti.org (dernière visite : 16 mai 2018).

[668] GISTI, « À propos de l'expulsion de la bourse du travail. Surmonter les divisions et œuvrer à la régularisation de tous les sans-papiers ! », 29 juin 2009. URL : www.gisti.org (dernière visite : 17 mai 2018).

[669] LDH, « Circulaire 'régularisations' : tout ça pour ça ! », 28 novembre 2012. URL : www.ldh-france.org (dernière visite : 17 mai 2018).

[670] Cimade, « Rapport d'observations des audiences au sein des tribunaux administratifs de Cergy-Pontoise et de Montreuil-sous-Bois », 2016. URL : www.lacimade.org (dernière visite : 17 mai 2018).

[671] Bruce JOSTEN (Chamber of Commerce), "Chamber Letter to the House Committee on the Judiciary on the Border and Immigration Enforcement Act of 2005", 6 décembre 2005 ; Thomas J. DONOHUE (Chamber of Commerce), "Oral Congressional Testimony", 25 mai 2005. URL des sites : www.uschamber.com (dernière visite : 22 mai 2018) ; Daniel GRISWOLD (Cato Institute), "Cato Handbook for Congress", 2005. URL : www.cato.org ; AFL-CIO, "Statement by AFL-CIO President John SWEENEY on June Employment Report", 8 juillet 2005. URL : www.aflcio.org ; AFL-CIO, "Remarks by AFL-CIO Secretary-Treasurer Richard L. TRUMKA on Senate Immigration Bill (S.1348)", 20 juin 2007. URL : www.aflcio.org ; CAP, "Principles for Immigration Reform", novembre 2007. URL : www.americanprogress.org ; AFL-CIO, "Remarks by Richard TRUMKA President, AFL-CIO Phoenix, Arizona", 29 mai 2010 ; AFL-CIO, "Remarks of AFL-CIO Executive Vice President Arlene Holt BAKER at the March for America", 21 mars 2010 ; AFL-CIO, "Remarks by AFL-CIO President Richard L. TRUMKA at the City Club of Cleveland, Cleveland Ohio", 18 juin 2010. URL : www.aflcio.org ; William Samuel (AFL-CIO), "Letter to Representatives. Legislative Alert", 13 janvier 2015. URL : www.democraticleader.gov. Dernière visite des sites : 28 mai 2018.

[672] AFL-CIO, "Statement by AFL-CIO President John SWEENEY on the Arrests of Undocumented Immigrant Workers at Wal-Mart Stores", 24 octobre 2003. URL : www.aflcio.org (dernière visite : 18 mai 2018).

[673] Michele WASLIN (UnidosUS), "Immigration Reform: Comprehensive Solutions for Complex Problems", 2004. URL : http://publications.unidosus.org (dernière visite : 22 mai 2018).

[674] Rajeev GOYLE, David JAEGER (CAP), "Deporting the Undocumented. A Cost Assessment", juillet 2005. URL : www.djaeger.org ; Marshall FITZ, Gebe MARTINEZ, Madura WIJEWARDENA (CAP), "The Costs of Mass Deportation. Impractical, Expensive, and Ineffective", mars 2010 ; Ryan EDWARDS, Francesc ORTEGA (CAP), "The Economic Impacts of Removing Unauthorized Immigrant Workers An Industry- and State-Level Analysis", septembre 2016. URL des sites : www.americanprogress.org. Dernière visite des sites : 28 mai 2018.

[675] Chamber of Commerce, "Immigration: Where Do We Go From Here?, Remarks", 9 octobre 2007. URL : www.uschamber.com ; AFL-CIO, "Remarks by AFL-CIO President Richard L. TRUMKA, Arise Chicago Faith Labor Action Breakfast, Chicago, Illinois", 1er octobre 2010 ; AFL-CIO, "Remarks by AFL-CIO President Richard L. TRUMKA at 'Rally for America', Las Vegas, NV", 10 avril 2010. URL : www.aflcio.org. Dernière visite des sites : 24 mai 2018.

[676] Roger F. NORIEGA, Megan DAVY (AEI), "Solving Our Immigration Problem: From Controversy to Consensus", avril 2007. URL : www.aei.org (dernière visite : 23 mai 2018).

[677] "*Hard work, perseverance, taking on challenges, demonstrating individuality, and showing compassion*". Cf. AIC, "Tackling the Toughest Questions on Immigration Reform: Short Answers to the Most Common Questions", 2013. URL : www.immigrationpolicy.org (dernière visite : 25 mai 2018).

[678] Chamber of Commerce, "Immigration. Myths and Facts", 14 avril 2016. URL : www.uschamber.com (dernière visite : 28 mai 2018).

[679] USCCB, "Issue Briefing Series, Issue #1: Why Don't They Come Here Legally?", 2011. URL : www.usccb.org (dernière visite : 24 mai 2018).

[680] SPLC, "Injustice on our Plates. Immigrant Women in the U.S. Food Industry", 2010. URL : www.splcenter.org ; CSII, "Citizen Gain. The Economic Benefits of Naturalization for Immigrants and the Economy", décembre 2012. URL : http://csii.usc.edu (dernière visite : 24 mai 2018) ; Raúl

HINOJOSA-OJEDA (Cato Institute), “The Economic Benefits of Comprehensive Immigration Reform”, 2012. URL : https://object.cato.org (dernière visite : 24 mai 2018) ; CAP, “Time to Legalize Our 11 Million Undocumented Immigrants”, 14 novembre 2012. URL : www.americanprogress.org ; Robert LYNCH, Patrick OAKFORD (CAP), “The Economic Effects of Granting Legal Status and Citizenship to Undocumented Immigrants” 20 mars 2013. URL : www.americanprogress.org ; Alex NOWRASTEH, “Heritage Immigration Study Fatally Flawed”, 4 avril 2013. URL : www.cato.org ; Muzaffar CHISHTI, Faye HIPSMAN (MPI), “As Senate Debates Immigration Reform, CBO and New Studies Examine Effects of Immigration on Nation's Fiscal Health”, 19 juin 2013. URL : www.migrationpolicy.org ; Robert LYNCH, Patrick OAKFORD (CAP), “The Economic Effects of Granting Legal Status and Citizenship to Undocumented Immigrants” 20 mars 2013. URL : www.americanprogress.org ; AFL-CIO, “Testimony of Elizabeth H. Shuler Before the Senate Judiciary Committee », 10 décembre 2014. URL : www.aflcio.org ; Chamber of Commerce, “A steady flow of talented, industrious immigrants can fuel a booming economy”, 12 février 2014. URL : www.uschamber.com ; Erica WILLIAMS, Michael LEACHMAN, Marlana WALLACE, Nicholas ALBARES (CBPP), “For States, Inclusive Approach to Unauthorized Immigrants Can Help Build Better Economies”, 29 octobre 2015. URL : www.cbpp.org. URL : www.americanprogress.org. Dernière visite des sites : 28 mai 2018.

[681] CBPP, “Immigration and Social Security”, 20 novembre 2008. URL : www.cbpp.org ; Adriana KUGLER, Robert LYNCH, Patrick OAKFORD (CAP), “Improving Lives, Strengthening Finances: The Benefits of Immigration Reform to Social Security”, 14 juin 2013. URL : www.americanprogress.org ; National Council of Women’s Organizations, Center for Community Change, “Expanding Social Security Benefits for Financially Vulnerable Populations”, octobre 2013. URL : https://communitychange.org. Dernière visite des sites : 25 mai 2018.

[682] USCCB, “Frequently Asked Questions about Comprehensive Immigration Reform”, 2005. URL : www.usccb.org (dernière visite : 22 mai 2018). Voir aussi Stuart ANDERSON (NFAP), “The Contribution of Legal Immigration to the Social Security System”, février 2005. URL : www.nfap.com ; Lisa CHRISTENSEN, Gee MATTHEW, Gardner Meg WIEHE (ITEP), “Undocumented Immigrants’ State & Local Tax Contributions”, février 2016. URL : https://itep.org. Dernière visite des sites : 28 mai 2018.

[683] Chambre du Commerce & al., “Debunking the Myth that Immigration Harms America”, 2015. URL : www.uschamber.com (dernière visite : 28 mai 2018).

[684] Harry J. HOLZER (Urban Institute), “Testimony of Harry J. HOLZER, Visiting Fellow, Urban Institute, Professor of Public Policy, Georgetown University to the Committee on Education and the Workforce U.S. House of Representatives”, 16 novembre 2005. URL : www.urban.org (dernière visite : 22 mai 2018).

[685] Chamber of Commerce, “Immigration Reform Press Conference - Remarks by Thomas J. DONOHUE”, 18 janvier 2006 ; Bruce JOSTEN (Chamber of Commerce), “May 25- Key Vote Letter on Immigration S.2611”, 24 mai 2006. URL des sites : www.uschamber.com ; AFL-CIO, “AFL-CIO Urges Senator SPECTER to Prioritize Legalization and Workers' Rights in Immigration Reform”, 17 janvier 2006 ; AFL-CIO, “Statement by AFL-CIO President John SWEENEY on the Senate's Immigration Bill”, 26 mai 2006 ; AFL-CIO, “Statement by AFL-CIO President John SWEENEY on Immigration Bill in Senate”, 28 mars 2006. URL des sites : www.aflcio.org. Dernière visite des sites : 22 mai 2018.

[686] Laura E. HILL, Magnus LOFSTROM, Joseph M. HAYES (Public Policy Institute of California), “Immigrant Legalization. Assessing the Labor Market Effects”, 2010. URL : www.ppic.org (dernière visite : 24 mai 2018).

[687] NAE, “Immigration”, 2009. URL : www.nae.net ; Antonio B. CUBE (CHA), “Bishops Press for Immigration Reform”, Health Progress, mars-avril 2014, 7-11. URL : www.chausa.org. Dernière visite des sites : 28 mai 2018.

[688] L’Évangile dit notamment les deux phrases suivantes : « Toutes les fois que vous avez fait ces choses à l'un de ces plus petits de mes frères, c'est à moi que vous les avez faites » et « Car j'ai eu faim, et vous m'avez donné à manger ; j'ai eu soif, et vous m'avez donné à boire ; j'étais étranger, et vous m'avez recueilli » (chapitre 25, verset 35). Cf. USCCB, “Frequently Asked Questions about Comprehensive Immigration Reform”, 2005. URL : www.usccb.org (dernière visite : 22 mai 2018).

[689] NAE, “Open Letter on Immigration Reform”, 13 novembre 2012. URL : www.nae.net (dernière visite : 24 mai 2018).

[690] Timothy Cardinal DOLAN, José H. GOMEZ (USCCB), “Letter to House on Immigration”, 22 mars 2012. URL : www.usccb.org ; NCSL, “Immigration. Official Policy », 2012. URL : www.ncsl.org ; Hirokazu YOSHIKAWA, Jenya KHOLOPTSEVA (MPI), “Unauthorized Immigrant Parents and their Children’s Development. A Summary of the Evidence”, mars 2013. URL : www.migrationpolicy.org ; USCCB, “Catholic Church's Position on Immigration Reform”, août 2013 ; USCCB, “Testimony of Most Reverend José H. GOMEZ Before the Senate Judiciary Committee on Comprehensive Immigration Reform”, 12 février 2013. URL : www.usccb.org. Dernière visite des sites : 3 septembre 2018.

[691] IIC Platform, “Interfaith Platform on Humane Immigration Reform”, 2012. URL : www.episcopalchurch.org (dernière visite : 24 mai 2018).

[692] Silvia Helena BARCELLOS (RAND Corporation), “Legalization and the Economic Status of Immigrants”, mars 2010. URL : www.rand.org ; Eduardo CANALES, Catherine TACTAQUIN (NNIRR), “An Open Letter to President Barack Obama on the Eve of His Announcement of Executive Action on Immigration”, 20 novembre 2014. URL : www.nnirr.org. Dernière visite des sites : 28 mai 2018.

[693] Frank D. BEAN, Barry EDMONSTON, et Jeffrey S. PASSEL, *Undocumented Migration to the United States: IRCA and the Experience of the 1980s*, vol. 7 (RAND Corporation, 1990).

[694] Public law 99-603, 1986 (*Immigration Reform and Control Act - IRCA*).

[695] Susan Gonzalez BAKER, *The cautious welcome: The legalization programs of the Immigration Reform and Control Act*, vol. 5 (RAND Corporation, 1990).

[696] Cato Institute, “Cato Handbook for Policymakers”, 2009. URL : www.cato.org ; Pia M. ORRENIUS, Madeline ZAVODNY (Cato Institute), “The Economic Consequences of Amnesty for Unauthorized Immigrants”, 2012 ; Daniel T. GRISWOLD (Cato Institute), “Immigration and the Welfare State”, 2012. URL : https://object.cato.org. Dernière visite des sites : 24 mai 2018.

[697] Carol KEEHAN (CHA), “Letter to the U.S. House of Representatives”, 31 juillet 2013 ; Carol KEEHAN (CHA), “Letter to the U.S. Senate”, 27 juin 2013. URL : www.chausa.org ; NHCHC, “Give us your poor... but make sure they bring boot straps”, 18 juin 2013. URL : www.nhchc.org ; NNIRR, “An Open Letter to the Members of the Senate Judiciary Committee In Support of Fair and Just Immigration Reform”, 20 mai 2013. URL : www.nnirr.org ; NNIRR, “Fair, Just, Humane Immigration Reform”, 2013. URL : www.nnirr.org ; IIC Platform, “Interfaith Immigration Coalition Platform”, novembre 2016. URL : https://interfaithimmigration.org. Dernière visite des sites : 28 mai 2018.

[698] AFL-CIO, “Immigration”, 16 février 2000 ; AFL-CIO, “Remarks by AFL-CIO President John J. SWEENEY - Press Conference on Immigrant Workers' Rights - Capitol Hill”, 5 septembre 2001. URL : www.aflcio.org ; AFL-CIO, “Statement by AFL-CIO President John SWEENEY on the Arrests of Undocumented Immigrant Workers at Wal-Mart Stores”, 24 octobre 2003. URL : www.aflcio.org. Dernière visite des sites : 18 mai 2018.

[699] Emily Gantz McKAY, Raul YZAGUIRRE (UnidosUS), “The First 25 Years”, July 1993. URL : http://publications.unidosus.org ; Daniel T. GRISWOLD (Cato Institute), “Cato Handbook for Congress”, 2001. URL : www.cato.org ; Collectif, “National Legalization Campaign”, 26 mars 2001. URL : www.nnirr.org ; NWFCO, “Faces and Stories of U.S. Immigrants”, 2002. URL : http://docplayer.net ; NNIRR, “National Statement to Support Human and Civil Rights for All Immigrants and to Oppose Compromise Immigration Reform Proposals. Fair and Just Immigration Reform for All”, avril 2006. URL : www.nnirr.org ; NNIRR, “National Immigration Policy: NNIRR’s Vision & Principles for the Challenges and Hopes for 2009 and Beyond”, 1er octobre 2008. URL : www.nnirr.org ; USCCB, “Testimony of Most Reverend José H. GOMEZ before the House Judiciary Subcommittee on Immigration Policy and Enforcement”, 10 février 2011. URL : www.usccb.org ; Presbyterian Church, “The 220th General Assembly (2012). On taking action concerning the place and plight of immigrant people (both documented and undocumented)”, 2012. URL : www.pcusa.org. Dernière visite des sites : 24 mai 2018.

[700] AFL-CIO, “In Support of Statement on Immigration Reform”, 6 août 2003. URL : www.aflcio.org (dernière visite : 18 mai 2018).

[701] Kitty CALAVITA, *Inside the state: The Bracero Program, immigration, and the INS* (Quid Pro Books, 2010).

[702] *Hoffman Plastic Compounds, Inc.* v. *National Labor Relations Board*, 535 U.S. 137 (27 mars 2002).

[703] AFL-CIO, “Testimony of Jonathan P. HIATT Before the U.S. House of Representatives Committee on the Judiciary Subcommittee on Immigration, Citizenship, Refugees, Border Security, and International Law”, 24 mai 2007. URL : www.aflcio.org (dernière visite : 23 mai 2018).

[704] Raul YZAGUIRRE (UnidosUS), « Testimony on Immigration Policy presented to the Immigration Subcommittee Committee on the Judiciary U.S. Senate”, 7 septembre 2001. URL : https://archive.org ; Chamber of commerce, "Statement of Thomas J. DONOHUE on Immigration Reform", 10 avril 2002. URL : www.uschamber.com ; USCCB, “Strangers No Longer Together on the Journey of Hope”, 22 janvier 2003. URL : www.usccb.org ; Cato Institute, “Cato Handbook for Congress”, 2003. URL : www.cato.org ; USCCB, “Justice for Immigrants. The Catholic Campaign for Immigration Reform”, 2004. URL : www.usccb.org ; MPI, “Statement of Dr. Demetrios G. PAPADEMETRIOU before the Senate Foreign Relations Committee United States Senate”, 23 mars 2004. URL : www.migrationpolicy.org ; Chamber of Commerce, “Joint Chiefs of Staff Distinguished Speaker Lecture, Remarks by Thomas J. DONOHUE”, 18 octobre 2004. URL : www.uschamber.com ; Chamber of Commerce, “Chamber Welcomes Bipartisan Debate on Immigration Reform”, 20 janvier 2004. URL : www.uschamber.com ; Bruce JOSTEN (Chamber of Commerce), “Chamber Urges Congress to Pursue President's Immigration Proposal”, 26 janvier 2004. URL : www.uschamber.com ; AFL-CIO, “Remarks by AFL-CIO President John J. SWEENEY at Press Conference on Democratic Immigration Reform Bill”, 4 mai 2004 ; AFL-CIO, “Statement by AFL-CIO President John J. SWEENEY on President Bush’s Principles for Immigration Reform”, 8 janvier 2004. URL : www.aflcio.org ; Michael RODGERS (CHA), “Letter to Senators”, 30 mars 2006 ; Carol KEEHAN (CHA), “Letter to members of the Senate Judiciary Committee”, 9 mars 2006. URL des sites : www.chausa.org ; John J. CASTELLANI (Chamber of Commerce), “Letter on S. 1348 and Immigration Reform”, 3 juin 2007 ; Bruce JOSTEN (Chamber of Commerce), “Letter on Immigration Reform”, 21 mai 2007. URL : www.uschamber.com ; Presbyterian Church, “Comprehensive Immigration Reform. Understanding the changes needed in US immigration policy”, 2009. URL : www.pcusa.org ; Clarissa Martinez DE CASTRO (UnidosUS), “Written Statement for a Hearing on Comprehensive Immigration Reform in 2009: Can We Do It and How? Testimony Submitted to: U.S. Senate Subcommittee on Immigration, Refugees, and Border Security”, 7 mai 2009. URL : http:// publications.unidosus.org ; AFL-CIO, “Statement by AFL-CIO President Richard TRUMKA on Congressman GUTIERREZ's Comprehensive Immigration Reform Proposal”, 15 décembre 2009. URL : www.aflcio.org ; NNIRR, “An Open Letter to President-Elect Barack Obama. Take Action to Ensure the Human Rights, Safety And Well-Being of Immigrant Communities”, 2009. URL : www.nnirr.org ; Chamber of Commerce, “U.S. Chamber of Commerce Statement on Comprehensive Immigration Reform”, 4 août 2010. URL : www.uschamber.com ; Mike HALL (AFL-CIO), “10 Reasons All Workers Benefit from Fixing the Immigration System”, 8 janvier 2013 ; AFL-CIO, “Resolution 4: Assisting Immigrant Workers to Become Citizens and Exercise Their Workplace Rights”, 2013 ; AFL-CIO, “Resolution 23: Fair and Comprehensive Immigration Reform”, 2013 ; AFL-CIO, “Statement by AFL-CIO President Richard TRUMKA on Bipartisan Senate Framework for Comprehensive Immigration Reform”, 28 janvier 2013 ; URL : www.aflcio.org ; AIC, “The American Immigration Council Applauds Senate Passage of Historic Immigration Reform Legislation”, 27 juin 2013 ; URL : www.americanimmigrationcouncil.org ; AIC, “Built to Last: How Immigration Reform Can Deter Unauthorized Immigration”, mai 2013 ; Lisa R. RONEY (AIC), “Crafting a Successful Legalization Program. Lessons from the Past”, juin 2013. URL : www.americanimmigrationcouncil.org ; Janet MURGUIA (UnidosUS), “A Commonsense Solution for Immigration Reform Must Include a Roadmap to Citizenship”, 13 février 2013. URL : www.judiciary.senate.gov ; Janet MURGUIA (UnidosUS), “Letter to Senators”, 8 mai 2013. URL : www.publications.unidosus.org ; Chamber of Commerce, “Reforming Immigration for a Better America, Remarks by Thomas J. DONOHUE President and CEO, U.S. Chamber of Commerce”, 25 avril 2013 ; Chamber of Commerce, “Fixing our Broken Immigration System. House Legislation Addresses Business’s Immigration Priorities”, 15 juillet 2013 ; Chamber of Commerce, “Fixing our Broken Immigration System. Senate Bill S. 744 Addresses Business Priorities”, 20 mai 2013 ; Bruce JOSTEN (Chamber of Commerce), “Letter to the Members of the U.S. Senate Committee on the Judiciary”, 13 mai 2013 ; Chamber of Congress, “Legalization under Senate immigration bill”, 2013 ; Chamber of Commerce, “Why Our Current Immigration System Does Not Work for the Business Community”, février 2013. URL : www.uschamber.com ; IIC Platform, “Statements from members of the Interfaith Immigration Coalition for the Senate Judiciary Hearing: ‘Comprehensive Immigration Reform’”, 13 février 2013. URL : www.interfaithimmigration.org (dernière visite : 25

mai 2018) ; Presbyterian Church, “Letter to Representatives”, 24 octobre 2013. URL : www.pcusa.org (dernière visite : 26 mai 2018) ; María E. ENCHAUTEGUI (Urban Institute), “Legalization Programs and the Integration of Unauthorized Immigrants: A Comparison of S. 744 and IRCA”, décembre 2013. URL : www.urban.org (dernière visite : 26 mai 2018) ; María E. ENCHAUTEGUI, Stephan LINDNER, Erika POETHIG, “Understanding the Economic and Fiscal Impacts of Immigration Reform”, novembre 2013. URL : www.urban.org ; Ben GITIS, Laura COLLINS (AAF), “The Budgetary and Economic Costs of Addressing Unauthorized Immigration: Alternative Strategies”, 6 mars 2015. URL : www.americanactionforum.org ; NCSL, “Law, Criminal Justice and Public Safety. Immigration Reform. Existing Policy Directive”, 2016. URL : www.ncsl.org ; SEIU, “The 8 Worst Myths About Immigration”, 2016 ; SEIU, “SEIU Principles for Comprehensive Immigration Reform”, 2016. URL des sites : www.seiu.org. Dernière visite des sites : 22 mai 2018.

[705] David S. NORTH (CIS), “Lessons Learned from the Legalization Programs of the 1980s”, janvier 2005. URL : https://cis.org (dernière visite : 22 mai 2018).

[706] Robert RECTOR (Heritage Foundation), “White House Report Hides the Real Costs of Amnesty and Low Skill Immigration”, 26 juin 2007 ; Robert RECTOR, Christine KIM (Heritage Foundation), “The Fiscal Cost of Low-Skill Immigrants to the U.S. Taxpayer”, 21 mai 2007. URL des sites : www.heritage.org (dernière visite : 23 mai 2018).

[707] FAIR, “Immigration and Big Labor”, novembre 2010. URL : www.fairus.org (dernière visite : 24 mai 2018).

[708] David North (CIS), “’You Can’t Deport 11 Million People’ Statement Reflects Mistaken Image”, mars 2013. URL : https://cis.org (dernière visite : 28 mai 2018).

[709] Steven A. CAMAROTA (CIS), “The High Cost of Cheap Labor. Illegal Immigration and the Federal Budget”, août 2004. URL : https://cis.org ; Steven A. CAMAROTA, Robert RECTOR, Mark KRIKORIAN, James R. EDWARDS Jr. (CIS), “The Elephant in the Room: Panel on Immigration’s Impact on Health Care Reform”, août 2009. URL : https://cis.org ; Jack MARTIN, Eric A. RUARK (FAIR), “The Fiscal Burden of Illegal Immigration on United States Taxpayers”, juillet 2010. URL : www.fairus.org ; Robert RECTOR, Jason RICHWINE (Heritage Foundation), “The Fiscal Cost of Unlawful Immigrants and Amnesty to the U.S. Taxpayer”, 6 mai 2013. URL : www.heritage.org ; FAIR, “Amnesty: Breaking the Social Security Bank”, juillet 2015. URL : www.fairus.org ; Francine D. BLAU, Christopher MACKIE (National Academies of Sciences), “The Economic and Fiscal Consequences of Immigration”, 2016. URL : www.nap.edu ; Robert RECTOR, Jamie Bryan HALL (Heritage Foundation), “National Academy of Sciences Report Indicates Amnesty for Unlawful Immigrants Would Cost Trillions of Dollars”, 22 décembre 2016. URL : www.heritage.org. Dernière visite des sites : 29 mai 2018.

[710] Steven A. CAMAROTA (CIS), “Back Where We Started. An Examination of Trends in Immigrant Welfare Use since Welfare Reform”, mars 2003. URL : https://cis.org (dernière visite : 22 mai 2018).

[711] Robert RECTOR (Heritage Foundation), “Importing Poverty: Immigration and Poverty in the United States”, 25 octobre 2006 ; Robert RECTOR (Heritage Foundation), “Setting the Record Straight: Illegal Immigrants Will Receive Welfare Under Senate Bill”, 18 juin 2007. URL des sites : www.heritage.org. Dernière visite des sites : 23 mai 2018.

[712] Robert RECTOR (Heritage Foundation), “Amnesty and Continued Low-Skill Immigration Will Substantially Raise Welfare Costs and Poverty”, 16 mai 2006. URL : www.heritage.org ; James R. EDWARDS (CIS), “Two Sides of the Same Coin. The Connection Between Legal and Illegal Immigration”, février 2006. URL : https://cis.org ; Matt A. MAYER (Heritage Foundation), “Controlling Illegal Immigration. State and Local Governments Must Do More”, 25 août 2009. URL : www.heritage.org ; David INSERRA (Heritage Foundation), “Ten-Step Checklist for Revitalizing America’s Immigration System: How the Administration Can Fulfill Its Responsibilities”, 3 novembre 2014. URL : www.heritage.org. Dernière visite des sites : 28 mai 2018.

[713] Robert RECTOR (Heritage Foundation), “Amnesty Will Cost U.S. Taxpayers at Least $2.6 Trillion”, 6 juin 2007. URL : www.heritage.org (dernière visite : 23 mai 2018).

[714] Eric A. RUARK (FAIR), “Generation Jobless. The Unemployment Crisis of Millennials”, février 2014 ; Eric A. RUARK (FAIR), “’Illegal Alien’. The Proper Terminology”, 22 août 2014. URL des sites : http://fairus.org (dernière visite : 28 mai 2018).

[715] Eric A. RUARK (CIS), “White House Report Confirms President Obama’s Executive Actions Will Harm American Workers, Taxpayers”, 30 janvier 2015. URL : www.fairus.org (dernière visite : 28 mai 2018).
[716] FAIR, “Examples of Serious Crimes by Illegal Aliens”, 2017. URL : www.fairus.org (dernière visite : 28 mai 2018).
[717] James R. EDWARDS, Jr. (CIS), “A Biblical Perspective on Immigration Policy”, septembre 2009. URL : https://cis.org (dernière visite : 24 mai 2018).
[718] CIS, “Facing the Issues?”, 1993. URL : https://cis.org (dernière visite : 17 mai 2018).
[719] Thomas G. TANCREDO (Heritage Foundation), “A New Strategy for Control of Illegal Immigration”, 26 octobre 2006. URL : www.heritage.org (dernière visite : 23 mai 2018).
[720] CIS, “New Statistics: Enforcement Continues Decline in 2016”, 2016. URL : https://cis.org (dernière visite : 28 mai 2018).
[721] Tim KANE, Kirk A. JOHNSON (Heritage Foundation), “The Real Problem with Immigration …and the Real Solution”, 1er mars 2006. URL : www.heritage.org (dernière visite : 22 mai 2018).
[722] Matt A. MAYER, Jena Baker McNEILL (Heritage Foundation), “Time to Stop the Rush for “Amnesty” Immigration Reform”, 18 mars 2010. URL : www.heritage.org (dernière visite : 24 mai 2018).
[723] David NORTH (CIS), “Immigration Reform Its First Year”, novembre 1987. URL : https://cis.org ; Vernon M. BRIGGS (CIS), “American Unionism and U.S. Immigration Policy”, août 2001. URL : https://cis.org ; Edwin MEESE III, Matthew SPALDING (Heritage Foundation), “The Principles of Immigration”, 19 octobre 2004. URL : www.heritage.org ; Mark KRIKORIAN (CIS), “Hearing on ‘Comprehensive Immigration Reform II’”, 2005. URL : https://cis.org ; Steven A. CAMAROTA (CIS), “Analysis of the Senate Amnesty Plan: S2611 Repeats Many of the Mistakes of the Past”, 18 juillet 2006. URL : https://cis.org ; Kris W. KOBACH (Heritage Foundation), “The Senate Amnesty Bill: A Muddled Legal Morass”, 26 juin 2007. URL : www.heritage.org ; Lamar SMITH (Heritage Foundation), “Immigration: Many Questions, A Few Answers”, 3 octobre 2007. URL : www.heritage.org ; CIS, “Statement of Vernon M. Briggs, Jr. Cornell University Before the Subcommittee on Immigration of the Judiciary Committee of the U.S. House of Representatives”, 3 mai 2007. URL : https://cis.org ; Zach SWARTZ (FAIR), “Paving the Road to Amnesty. A Comprehensive Assessment of President Obama’s Record on Immigration During His First Year in Office”, décembre 2009. URL : https://fairus.org ; Steven A. CAMAROTA, Karen JENSENIUS (CIS), “A Shifting Tide. Recent Trends in the Illegal Immigrant Population”, juillet 2009. URL : https://cis.org ; FAIR, “The Push For Amnesty For Illegal Aliens”, mars 2010. URL : www.fairus.org ; Eric A. RUARK (FAIR), “Illegal Immigration and Agribusiness: the Effect on the Agriculture Industry of Converting to a Legal Workforce”, avril 2011. URL : www.fairus.org ; David NORTH (CIS), “Before Considering Another Amnesty, Look at IRCA’s Lessons”, janvier 2013. URL : https://cis.org ; FAIR, “Analysis of Claims of an Economic Benefit from Amnesty”, mai 2013 ; FAIR, “Misrepresenting Wage Gains for 1986 Amnesty Recipients: The Center for American Progress Distorts Data to Fit Their Amnesty Agenda”, mai 2013. URL des sites : www.fairus.org ; CIS, “More Pro-Amnesty Ads from Obama's Facebook Friend”, 2015. URL : https://cis.org ; FAIR, “How to Win the Immigration Debate. A guide to making a case for real immigration reform”, juin 2015. URL : www.fairus.org ; Tea Party, “About Us”, 2016 ; Tea Party, “Stop Rewarding Illegal Aliens With U.S. Citizenship”. URL des sites : www.teapartypatriots.org. Dernière visite des sites : 28 mai 2018.
[724] Nils C. BANDELOW et Stefan KUNDOLF, « Belief systems and the emergence of advocacy coalitions in nascent subsystems: A case study of the European GNSS program Galileo », *German Policy Studies* 7, n° 2 (2011): 113-139; Jasmin BEVERWIJK, Leo GOEDEGEBUURE, et Jeroen HUISMAN, « Policy change in nascent subsystems: Mozambican higher education policy 1993-2003 », *Policy Sciences* 41, n° 4 (2008): 357-377; Karin INGOLD, Manuel FISCHER, et Paul CAIRNEY, « Drivers for policy agreement in nascent subsystems: an application of the advocacy coalition framework to fracking policy in Switzerland and the UK », *Policy studies journal* 45, n° 3 (2017): 442-463; Andrew STRITCH, « The Advocacy Coalition Framework and Nascent Subsystems: Trade Union Disclosure Policy in Canada », *Policy Studies Journal* 43, n° 4 (2015): 437-455.
[725] Brian ANDERSON, “Illegal Alien Beats Woman to Death and Tries to Rape Her Corpse” 11 avril 2016. URL : https://downtrend.com (dernière visite : 29 mai 2018) ; Dan CADMAN, “The Most Recent Senate Efforts at Amnesty Legislation: Too Little, Too Late”, 7 mars 2018. URL :

https://cis.org (dernière visite : 29 mai 2018) ; Heritage Action for America, “No Blank Check for Amnesty”, 13 novembre 2014. URL : https://heritageaction.com (dernière visite : 29 mai 2018).

[726] BAUMGARTNER et JONES, *Agendas and instability in American politics*, 22.

[727] Rogers M. SMITH, « Beyond Tocqueville, Myrdal, and Hartz: The Multiple Traditions in America. », *American political science review* 87, n° 03 (1993): 563.

[728] McCLOSKY et ZALLER, *The American ethos: Public attitudes toward capitalism and democracy*. “*A competitive, private economy in which the most enterprising and industrious individuals receive the greatest income*” ; “*A democratic society in which everyone can earn a decent living and has an equal chance to realize his or her full human potential*.” Cité dans BARDACH, « Policy dynamics », 344.

[729] James Keith COLGROVE, Gerald E. MARKOWITZ, et David ROSNER, *The contested boundaries of American public health* (Rutgers University Press, 2008), 257.

[730] Lawrence D. BROWN, « Pedestrian paths: why path-dependence theory leaves health policy analysis lost in space », *Journal of health politics, policy and law* 35, n° 4 (2010): 648. Sur l’importance de la culture étasunienne pour comprendre le système de santé étasunien d’après ce même auteur, cf. Lawrence D. BROWN, « Incrementalism adds up », *Healthy, wealthy, and fair: Health care and the good society*, 2005, 315–335; Lawrence D. BROWN, « Comparing health systems in four countries: lessons for the United States », *American Journal of Public Health* 93, n° 1 (2003): 52–56; Lawrence D. BROWN, « Exceptionalism as the rule? US health policy innovation and cross-national learning », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 23, n° 1 (1998): 35–51; Lawrence D. BROWN, « The fox and the grapes: is real reform beyond reach in the United States? », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 37, n° 4 (2012): 587–609; Lawrence D. BROWN et Lawrence R. JACOBS, *The private abuse of the public interest: Market myths and policy muddles* (University of Chicago Press, 2009); Lawrence D. BROWN et Michael S. SPARER, « Window shopping: State health reform politics in the 1990s », *Health Affairs* 20, n° 1 (2001): 50–67; Lawrence D. BROWN et Beth STEVENS, « Charge of the right brigade? Communities, coverage, and care for the uninsured », *Health Affairs* 25, n° 3 (2006): w150–w161.

[731] Deborah STONE, « How market ideology guarantees racial inequality », in *Healthy, Wealthy, and Fair: Health Care and the Good Society* (Oxford University Press, 2005), 74.

[732] Seymour Martin LIPSET, *Continental Divide: The Values and Institutions of the United States and Canada* (New York: Routledge, 1990). Voir aussi Roy LUBOVE, *The struggle for social security, 1900–1935* (University of Pittsburgh Pre, 1986); Gaston V. RIMLINGER, *Welfare policy and industrialization in Europe, America, and Russia* (John Wiley & Sons, 1971); James A. MORONE, *The Democratic Wish* (New York: Basic Books, 1990).

[733] Louis HARTZ, *The Liberal Tradition in America: An Interpretation of American Political Thought Since the Revolution* (Harcourt Brace and World, 1955); Lawrence WALLACK et Regina LAWRENCE, « Talking About Public Health: Developing America’s “Second Language” », *American Journal of Public Health* 95, n° 4 (2005): 567-570; Rashi FEIN, *Medical care, medical costs: The search for a health insurance policy* (Harvard University Press, 1986).

[734] Les crochets sont d’origine et proviennent de la traduction. Max WEBER, *L’éthique protestante et l’esprit du capitalisme*, Recherches en Sciences humaines (Trad. Jacques CHAVY: Librairie Plon, 1964), 132.

[735] Les crochets sont d’origine et proviennent de la traduction. Werner SOMBART, *Le bourgeois. Contribution à l’histoire morale et intellectuelle de l’homme économique moderne*, 1913, produit en version numérique par Gemma PAQUET, p. 62. URL : http://classiques.uqac.ca/classiques/sombart_werner/le_bourgeois/le_bourgeois_2.pdf (5 mars 2016).

[736] Pew Research Center, “Religious Landscape Study. Religions. Explore religious groups in the U.S. by tradition, family and denomination”. URL : www.pewforum.org (dernière visite : 30 mai 2018).

[737] *IIC Platform* regroupe des organisations issues de ces deux religions et n’est donc pas comptabilisé ici.

[738] Carin BJÖRNGREN-CUADRA et Sandro CATTACIN, *Policies on health care for undocumented migrants in the EU27: towards a comparative framework. Summary report* (Malmö: Health Care in NowHereland, Malmö University, 2010).

[739] Pew Research Center, “Table: Christian Population as Percentages of Total Population by Country”, 19 décembre 2011. URL : http://www.pewforum.org (dernière visite : 30 mai 2018).

[740] Johanna SIMEANT, *La cause des sans-papiers* (Presses de Sciences Politiques, 1998), 170.
[741] SIMEANT, « Immigration et action collective. L'exemple des mobilisations d'étrangers en situation irrégulière ».
[742] IZAMBERT, « Soigner les étrangers ? L'État et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours », 637.
[743] Yves GUCHET et Jean-Marie DEMALDENT, *Histoire des idées politiques*, vol. 2 (Armand Colin, 1995), 61.
[744] GUCHET et DEMALDENT, 2:280-81.
[745] GUCHET et DEMALDENT, 2:283.
[746] Robert CASTEL, *Les métamorphoses de la question sociale* (Fayard, 1995), 392-93.
[747] CASTEL, 395. L'auteur reprend en grande partie les citations de Jean Baptiste DUROSELLE, *Les débuts du catholicisme social en France (1822-1870)*, vol. 4 (Presses universitaries de France, 1951).
[748] Kees VAN KERSBERGEN, « Social Capitalism: A study of Christian democracy and the post-war settlement of the welfare state » (European University Institute. Department of Political and Social Sciences, 1991), 5.
[749] VAN KERSBERGEN, 6.
[750] VAN KERSBERGEN, 7.
[751] VAN KERSBERGEN, 6.
[752] Amintore FANFANI, *Catholicism, protestantism, and capitalism* (IHS Press, 2002); Thomas O. NITSCH, « Social Catholicism, Marxism and Liberation Theology: From Antithesis to Coexistence, Coalescence and Synthesis », *International Journal of Social Economics* 13, n° 9 (1986): 52-74.
[753] Francis G. CASTLES, « On religion and public policy: Does Catholicism make a difference? », *European Journal of Political Research* 25, n° 1 (1994): 19-40.
[754] Harold L. WILENSKY, « Leftism, Catholicism, and Democratic Corporatism: The Role of Political Parties in Recent Welfare State Development », in *Development of Welfare States in Europe and America* (University of California, 1981).
[755] Philip MANOW, « "The good, the bad, and the ugly": Esping-Andersen's Regime Typology and the Religious Roots of the Western Welfare State », Max Planck Institute for the Study of Societies (MPIfG Working Paper 04/3), 2004 ; Kees VAN KERSBERGEN, *Social capitalism: A study of Christian democracy and the welfare state* (Routledge, 2003).
[756] Andrew GREELEY, « Protestant and Catholic: is the analogical imagination extinct? », *American sociological review*, 1989, 487.
[757] GREELEY, 496.
[758] Surlignés dans le texte. Cf. Victor G. RODWIN, « American exceptionalism in the health sector: the advantages of "backwardness" in learning from abroad », *Medical Care Review* 44, n° 1 (1987): 122.
[759] Matthew WRIGHT, Morris LEVY, et Jack CITRIN, « Public attitudes toward immigration policy across the legal/illegal divide: The role of categorical and attribute-based decision-making », *Political Behavior* 38, n° 1 (2016): 229.
[760] Autres témoignages : « Il va se passer un split à l'intérieur de la droite, mais qui est un split assez habituel entre une droite centriste un peu d'inspiration 'catholicisme social', avec une alliance à ce moment là avec les médecins, et puis de l'autre côté la droite sécuritaire un peu dure » ; « Les Républicains sont perdus, mais l'UDI c'est plein de cathos. Quand on leur dit qu'il y a des gens qui sont massacrés en Syrie, et qu'il faut qu'on en accueille, ça leur parle. »
[761] « Du moment où on reconnaît ces racines judéo-chrétiennes, la charité et l'hospitalité sont des traditions » ; « La France aussi a une tradition d'hospitalité » ; « Ce qu'il faut noter quand même c'est que la France est un pays à tradition hospitalière » ; « Les hôpitaux c'est pareil. Ils ont une mission de soin à tout le monde, personne ne peut être refusé dans un hôpital pour quelque raison que ce soit. On est bienveillant culturellement, à mon avis ça ne pose aucun problème. […] Culturellement dans un hôpital le personnel de santé soigne, après si jamais il y a un problème, c'est l'administration hospitalière ou de la clinique pour qui ça va être un problème, mais pas pour le soignant. »

[762] « Moi je pense que globalement, ça va rester pareil. [**Moi : Pourquoi ?**] Parce que la tradition française, c'est de soigner, et que…. Alors, c'est peut-être complètement fantasmatique comme idée… Et que ne pas soigner quelqu'un parce qu'il n'a pas d'argent, c'est quand même pas la culture. Enfin, je connais pas un cas d'un patient viré d'un hôpital parce qu'il avait pas de couverture sociale. A l'hôpital publique » ; (Notes d'entretien) « Pourquoi autant de dispositifs favorables en France ? Esprit de la sécurité sociale, tradition d'accueil, santé publique et épidémiologique, aspect financier, tradition républicaine (universalisme). »

[763] Un autre témoignage va, de manière moins nette, dans ce sens en parlant de la CNAM et des CPAM : « Ce sont des gens qui peuvent être très humanistes mais il faut voir… Il y a ceux qui appliquent les règlements, d'autres qui sont plus cow-boy, il faut voir. »

[764] Un autre médecin affirme de même : « Moi, en tant que médecin, ma responsabilité c'est de subvenir aux besoins médicaux de cette population. La régularisation ne relève pas du médical, donc je resterai dans mon champ de compétence, et si cette personne est là et qu'elle a des motifs politiques pour être régularisée, je la soutiendrais à titre personnel, mais la maladie, à mon sens, doit donner droit aux soins, la régularisation, la naturalisation, ça c'est un autre domaine. »

[765] « Le contexte est différent, le rapport de force est plus faible. Il y a une droitisation globale du spectre, il y a une libération de la pensée, puis de la parole, puis de l'acte xénophobe, jusque dans la haute technocratie et un peu partout » ; « une lame de fond sécuritaire et xénophobe qu'on essaie d'enrayer comme un peu depuis une quinzaine d'années » ; « Vous constatez au quotidien qu'en France, l'opinion publique n'est pas du tout reflétée par le monde politique. Les sondages reflètent beaucoup mieux l'opinion que les déclarations politiques, qui essaient de s'aligner tant bien que mal sur les sondages. Le climat en France en ce moment n'est pas bon sur ce sujet, ça c'est évident » ; « On a beau être porteurs de politiques de santé publique, d'accueil, d'ouverture etc. plus vite ils arrivent à partir en Angleterre, mieux c'est, pour nous. Dans l'esprit commun » ; « Quand d'ailleurs, ils ont enlevé la solidarité transport pour les gens qui bénéficiaient de l'AME, il y a eu ce type de réaction : 'Ouai, c'est normal, ils n'ont à pas être en France, pourquoi ils bénéficieraient d'une aide pour les transports ?'. On est quand même dans un moment un peu compliqué » ; « J'ai l'impression que les patients, les personnes étrangères malades qui cherchent à avoir accès aux soins, elles entendent aussi cette ambiance un peu xénophobe raciste et elles ont peur aussi de pas être traitées comme un Français ». Dans une moindre mesure, voir aussi : « Je crois qu'on a une démarche globale en France qui est de ne s'intéresser qu'à une petite proportion de la population qui est celle qui produit de l'argent, qui est d'un niveau social plus élevé. On est peut-être en train politiquement d'entretenir un système où il y a un petit noyau qui va bien. Il y a un grand fossé vide et ensuite il y a un gros noyau qui devient plus gros de personnes qui sont en difficulté et pour lesquelles on assure le minimum, à peu près, une sorte de minimum, mais dont on ne s'occupe pas. Je trouve qu'on est dans les évolutions d'un système qui m'interroge, moi en tant que citoyenne. Négative. »

[766] (Notes d'entretien) « Enseignements en médecine : avant, 70 heures de sciences humaines. Seulement 35 heures aujourd'hui : 'on n'apprend pas l'humain'. D'où l'absence de patience face aux retards. 'Il n'y a pas d'urgence mais des médecins pressés' [...] Médecins trop loin des patients. »

[767] Décret n° 2007-1898 du 26 décembre 2007 modifiant le décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité et aux attributions de certains de ses services.

[768] "*The Catholic Church for years was involved in healthcare and ran hospitals*" ; "*Catholic Church is a major provider of services to immigrants in the United States. Their social justice mission really encourages people to do more for these communities*" ; "*the catholic health association, which is the association of the catholic hospital system, is very influential and has been very vocal about that, there are very very few, you know, there are not a large system of hospitals from other religions that have that kind of presence*" ; "*I think Jewish organizations are more supportive in providing access to all, but catholic groups do a lot of charity care in this country and around the world in providing free care and services to people who don't have anything*. [...] *On the ground, there are a lot of service organizations providing a lot of care. At least, an example of these, in the 80s and 90s, catholic organizations there were in neighborhoods where high HIV rates and gave condoms, even though the Catholic Church is not in support of, the establishment was not in support of*" ; "*the Protestant work ethic - much more than Catholicism and social justice, which was an element of the European systems. Here it's much more: you work hard and you support yourself - get ahead. It's very different, culturally -*

very different culturally" ; "*the Catholic Church is probably the leading group that provides care for illegals that come in here, and that's a really good thing*. [...] *Because they are the ones who believe in helping the stranger*. [...] *And also the worth of every individual. Inherent in Christian thought is that each individual is enviable and invaluable, made in God's image, so helping the poor and the most vulnerable is essential, is a big tenet of Christianity* [...] *As a Catholic, you want to help. You can't have anyone not have shelter. You're not going to not provide care*" ; "*The Catholic Church has tradition though of its organization taking care of poor people*."

[769] "*If you are an able-bodied adult, you should be working. You should be self-dependent. You should be making provisions for your own care*."

[770] "*The elderly are a sympathetic group; the poor are a sympathetic group. If you are able-bodied, you are not so sympathetic. You are supposed to take care of yourself*."

[771] "*Who have tried really hard but through no fault of their own are temporarily down on their luck*."

[772] "*They don't deserve healthcare*" ; "*Whether or not you have a lawful status here in the United States in order to be deserving of getting the public benefits*" ; "*You have to be worthy of government help*" ; "*No free stuff if you don't deserve it*" ; "*deserving or undeserving*".

[773] En réponse à une autre enquêtée présente à ses côtés : "*You work hard, you get what you have worked for, you know. There is no…*" - "*No free lunch!*".

[774] "*If you work really really hard, you'll make it*" ; "*You should work enough*" ; "*There is no free handout. You work hard, you get, you know* [...] *You work hard, you get what you have worked for, you know*" ; "*American way of thinking: You should work enough*".

[775] "*The community only pampers individual initiative*".

[776] "*I work hard to support my family and we are just able to pay our bills. And they want me to pay for these people who don't follow the laws and I work hard and...*" ; "*Somebody's taking my money to give it to somebody that didn't work as hard as I did*."

[777] "*Something that kind of works, for the broader coalition to do, is to talk about how much their parents are paying in taxes*."

[778] "*We continued to have an argument about whether health care was a right or not a right in the United States. And the default is, unless it is declared to be a right, it is not*" ; "'*healthcare is not a right'* vs. '*healthcare is a right*'" ; "*In Europe, in other countries, you know, healthcare for most people - not all of them - in those countries, they believe healthcare is a right* [...]. *That's not the way it's been portrayed, the way people talk about it in America, for many many years*" ; "*The main reason is that healthcare has never been considered as a legal right in this country*" ; "*We see healthcare as a benefit instead of a human right*" ; "*It was more about whether it is a right* [NDA : lors des discussions sur *Obamacare*]*, whether healthcare is a right, a human right as opposed to a privilege that the government can extend* [...]. *The Constitution does not say anything on the healthcare. But do the Americans have a right to healthcare provided to them by the Government? That was more the debate" ; "the Code of Ethics of the American Medical Association which basically says two things: 1) We will treat all our patients the same; on the other hand, 2) We reserve the right to select what patients are. So, it is ethical for a physician to say, I only want to serve people who are insured" ; "healthcare has never been considered a legal right in this country, at least not at the federal level" ; "I believe that healthcare should be a right, and not a privilege."*

[779] "*This is interesting that you say you work only on infectious diseases, because I think that's sort of the easiest argument to make for benefits*" ; "*There is a general recognition, that when you have a communicable disease, it's in the public health interest to provide access to care to prevention and treatment to prevent the spread of disease whether somebody is documented or not*" ; "*So in my time in the White House we never had a partisan battle over HIV. And it's kind of ironic because that used to be the thing we always fought over. This is one of the things we don't have to fight for any more*".

[780] "*a) they are not supposed to be here and b) we aren't going to pay for them if they are*" ; "*Undocumented aliens are in a state of having violated the law and that makes a lot of people resistant*" ; "*Americans also are very, they want you to follow the rules, and there is no way around the fact that an undocumented immigrant has broken the law*. [...] *They are law-breakers*" ; "*an immigrant who broke the law*" ; "*Oh my Gosh! If you are convicted of a drug offense, you are also denied these services for the exception of Emergency Medicaid and public health immunization too*."

[781] "*Some, not all, people are willing to make exceptions for children, who, obviously, if they were brought here it wasn't their decision; it was their parents' decision*" ; "*every men for him - personal responsibility*".
[782] "*The rule of law is really important*. [...] *Everybody should be subject to the same rule*."
[783] "*One of the potential ways to see something happening here is a confluence between the religious community and it will be interesting to see let's say overtime the more conservative religious communities start to see these as a moral responsibility to provide adequate support for all. Until it gets to that values issue among them, this would be very unsuccessful outcome*" ; "*During healthcare reform it was important to have religious denominations saying this is the right thing to do, to cover a lot of folks*."
[784] "*We will win on comprehensive immigration reform*" ; "*We get an immigration reform, and then we work on giving access to healthcare*" ; "*In the future: more debates on their regularization*" ; "*Without immigration reform there is no way healthcare programs are going to be expanded*" ; "*I was here in 1986 when they passed the Immigration Reform and Control Act (IRCA), granted amnesty to 5 million unauthorized immigrants! That was bipartisan*" ; "*I think the likely solution to the health care for the undocumented immigrant problem is to solve the undocumented immigrant problem*" ; "*accessing government programs or government subsidies or that sort of thing would be a part of immigration reform*" ; "*a much more promising near-term way for health insurance coverage to be expanded is through immigration reform*" ; " '*it has to happen in the context of immigration reform*' - '*Absolutely'* " ; "*Probably the country will tackle immigration reform first and then, if they do so, make any corresponding changes in the health programs*" ; "*it doesn't seem to me that the debate is moving towards providing coverage to people who are undocumented but is more towards reducing the number of people who are undocumented*" ; "*it would be part of an immigration reform*".
[785] "*There's a lot of negative reaction to the federal government doing anything*" ; "*The Republican leaders in the 1980s, they were conservatives, but they were conservatives around financial issues, tax issues, civil right issues, and we did not have this crazy stuff that we have today, like the Tea Party, you know, against all government*" ; "*The philosophical divide was always in this country. Has been, do we need government to do more or do we need government to do less*" ; "*They have a willing audience of legislators and policy-makers who believe that government should not be heavily involved in health care*" ; "*There is a strong current of not wanting the government involved, 'the big bad Washington government'*" ; "*The federal government should not do anything besides control our borders and regulating state trade. And now they have no role whatsoever in the Constitution*" ; "*There has always been an array of interests that feared what they saw as a centralization of power that would be adverse to their interests*" ; "*There is a larger question as I mention about the public sector role in providing health*" ; "*Natural political philosophy against nationalization*" ; "*They prefer a grant funded locally controlled type of program to a universal… just an ideological basis*".
[786] "*Strong anti-tax sentiment*" ; "*It costs too much, and people who opposed taxes, aren't really fond of taxes...*" ; "*the government should be your last resort above all*" ; "*Somebody's taking my money to give it to somebody that didn't work as hard as I did*" ; "*If they feel like they're paying higher taxes to take care of illegal immigrants, that's going to be a problem*" ; "*there is also kind of deeper ideological philosophies at play* [...] *about the role of government vis-à-vis private industry*" ; "*People are saying that they don't want to pay for as much as they had in the past*" ; "*Because many of them* [NDA : clandestins] *are not paying taxes*" ; "*For Americans who are working and who are paying taxes, there is a resentment that you are going to pay for people who are not working, who are not contributing*" ; "*People really don't want... They would like to think they are no paying for other people*."
[787] "*That is communism anyway - all the French are communist*" ; "*They will slam the idea as being socialist, communist, anti-American, whatever*" ; "*Oh, so we should have a socialized medicine?!*" ; "*They hear it's socialism in Europe*".
[788] "*We are a society that is still the Wild West*" ; "*Wild West mentality*".
[789] "*So public funding private delivery because the public is more suspect in this country than in Europe*" ; "*There is also a dogma that goes with it - a very private-market, capitalist dogma that says public programs should be in private hands*" ; "*philosophical belief that the individual can do better than the collective*" ; "*a lot of suspicion of government being inefficient or that they would take away, they would interfere with your choices*".

[790] "*They are rationally self-interested: they want to win the elections*" ; "*I think a big part of it is electoral politics. These are people who don't vote. So they are not a powerful constituency*" ; "*Senators and congressmen are not just hearing from us but from people in their states*" ; "*To make sure that they told their Senators*" ; "*They meet with their Congressmen*" ; "*Getting people to call their congress people and getting people to write their congress people*" ; "*You have to tell the congressmen what he has to lose*" ; "*I like to say 'your state's doing this really cool thing'.* [...] *So people can feel some pride and feel good, because we all want that feeling*" ; "*That's what they really care about, people living in their states*".

[791] "*We love economic arguments*" ; "*Something that kind of works, for the broader coalition to do, is to talk about how much their parents are paying in taxes*" ; "*You try to present the cost arguments. Get some research done about what it costs us as a country*" ; "*A nation has to look at what is the cost going to be*".

[792] Voir notamment le classement effectué par The Best Schools, "The 50 Most Influential Think Tanks in the United States", 2015. URL : https://thebestschools.org (dernière visite : 22 juin 2018).

[793] Francis CORNU, « Une nouvelle dérogation à la circulaire Fontanet », *Le Monde*, 11 avril 1974.

[794] Jean-Pierre MICHAUD-LERIS, « Les oubliés de la régularisation », *Le Monde*, 31 août 1983.

[795] Albert LEVY, « Une composante du civisme », *Le Monde*, 7 juillet 1984.

[796] Bernard PHILIPPE, « La manifestation antiraciste à Paris. Un rassemblement pour la défense des demandeurs d'asile et des immigrés », *Le Monde*, 25 janvier 1992.

[797] Bernard PHILIPPE, « Les maîtres auxiliaires étrangers dans le collimateur », *Le Monde*, 2 juin 1994.

[798] Cécile PRIEUR, « La plupart des dossiers recoupent des critères de régularisation déjà appliqués par le ministère », *Le Monde*, 19 août 1996.

[799] Loi n° 93-1027 du 24 août 1993.

[800] Philippe BERNARD, Jean Baptiste DE MONTVALON, « Du certificat d'hébergement à la régularisation, les principales dispositions du projet Debré », *Le Monde*, 26 février 1997.

[801] Béatrice BANTMAN, « Premiers papiers au compte-gouttes. Sur les 89 482 immigrés qui demandaient un titre de séjour, 1000 l'ont obtenu », *Libération*, 12 septembre 1997.

[802] Béatrice BANTMAN, « Expulsions musclées, régularisations arbitraires, démobilisation. Sans-papiers : aller simple vers l'oubli », *Libération*, 26 mars 1998.

[803] Régine JORDAN, « 140 régularisations depuis juin », *Sud-Ouest*, 22 octobre 1997.

[804] « Sans-papiers : après négociations », *L'Humanité*, 16 novembre 1999.

[805] Lors de l'expulsion des grévistes de Saint-Bernard, les forces de l'ordre ont utilisé une hache pour ouvrir les portes de l'église.

[806] Judith ALLAIS, « D'un printemps à l'autre », *Le Progrès*, 20 mai 1998.

[807] Emilie RIVE, « Les CRS à la faculté », *L'Humanité*, 29 mars 2000.

[808] « Dixième jour de campement pour les sans-papiers devant la mairie de Nantes », *AFP*, 29 août 2001.

[809] « Les sans-papiers se rappellent au bon souvenir du futur candidat Jospin », *AFP*, 9 février 2002.

[810] Solenn DE ROYER, « La lutte des sans-papiers s'essouffle », *La Croix*, 23 août 2002.

[811] « 341 régularisations », *Le Parisien*, 21 août 2003.

[812] Ludovic TOMAS, « Les sans-papiers, esclaves modernes », *L'Humanité*, 30 septembre 2003.

[813] « Sans-papiers : plus efficaces avec une grève de la faim ? », *La Voix du Nord*, 19 décembre 2004.

[814] « 12 ans après Saint-Bernard, les sans-papiers réclament leur régularisation », *AFP*, 23 août 2008.

[815] Tonino SERAFINI, « Un anniversaire marqué par la lutte des salariés sans papiers », *Libération*, 25 août 2008 ; « Les travailleurs sans papiers manifestent à Paris pour leur régularisation », *AFP*, 1er mai 2008.

[816] Sébastien RAMNOUX, « Les Chinois veulent sortir de la clandestinité », *Le Parisien*, 29 août 2005.

[817] Anne-Marie-LADOUES, « 10 ans après Saint-Bernard, les associations pour une régularisation globale », *AFP*, 23 août 2006.
[818] « Vingt ans après Saint-Bernard, l'électrochoc a fait long feu, pour les associations », *AFP*, 23 août 2016.
[819] Christian SAOUT, « Sans-papiers et sans soins », *Libération*, 17 août 2005.
[820] Anne-Cécile JUILLET, « 'C'est l'arbitraire le plus total' », *Le Parisien*, 7 mai 2006.
[821] Nicolas SEVAUX, « Les sans-papiers ont peur du 'piège Sarkozy' », *Le Parisien*, 25 octobre 2006.
[822] Caroline DEVOS, « Travailleurs sans papiers : 'C'est pire qu'avant' », *La Nouvelle République du Centre-Ouest*, 1er septembre 2012.
[823] Catherine COROLLER, « Étrangers bienvenus si souhaités », *Libération*, 10 février 2006. Voir aussi : « Regroupement familial, mariage, travailleurs et étudiants, régularisations et expulsions », *Aujourd'hui en France*, 2 mai 2006 ; « La loi sur l'immigration votée en pleine polémique », *La Voix du Nord*, 1er juillet 2006.
[824] Maryannick LE BRIS, « Mobilisation massive contre le projet de loi sur l'immigration », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 1 octobre 2010.
[825] « Les Etats membres de l'Union durcissent leurs politiques en ordre dispersé », *Les Échos*, 27 janvier 2006.
[826] « Manifestation de plusieurs centaines de travailleurs sans-papiers », *AFP*, 26 octobre 2007.
[827] Nathalie BIRCHEM, Bernard GORCE, « La porte de la régularisation s'entrouvre pour les travailleurs sans papiers », *La Croix*, 30 octobre 2007.
[828] Jean-Baptiste FRANCOIS, Denis PEIRON, « Qui sont les migrants en France aujourd'hui ? », *La Croix*, 23 octobre 2013.
[829] Lucy BATEMAN, « Les sans-papiers occupent l'usine », *L'Humanité*, 5 octobre 2006 ; « La direction de Paris Store sera reçue en préfecture », *Le Parisien*, 11 septembre 2007 ; Catherine COROLLER, « Immigration : la loi, et rien que la loi », *Libération*, 25 avril 2008 ; « Salariés sans papiers : 3 régularisations dans le 92, incertitude sur 3 autres cas », *AFP*, 9 mai 2008 ; « Salariés sans-papiers : sept régularisations dans l'Essonne », *AFP*, 5 mai 2008 ; Bernard GORCE, « Ces sans-papiers qui décrochent leur régularisation », *La Croix*, 13 février 2008 ; Gilles GUITTON, « Des décisions contestées », *Sud-Ouest*, 22 décembre 2008 ; « Travailleurs sans papiers : environ 800 dossiers déposés », *La Nouvelle République du Centre-Ouest*, 25 avril 2008 ; Victor FORTUNATO, « Les travailleurs sans papiers peinent à être régularisés », *Le Parisien*, 15 décembre 2008 ; Camille STROMBONI, « Régularisations, le couperet » *Libération*, 15 mai 2008 ; Christine MATEUS, « Noël Mamère défend les travailleurs sans-papiers », *Le Parisien*, 27 mai 2008 ; « Salariés sans-papiers. Vers une sortie de crise », *Le Télégramme*, 23 avril 2008 ; « Salariés sans papiers : 750 régularisations », *La Nouvelle République du Centre-Ouest*, 2 août 2008 ; « Travailleurs sans-papiers : Droits Devant ! annonce une seconde vague de grève », *AFP*, 20 mai 2008 ; J.D., Christine MATEUS, « Sans-papiers, salariés et... en grève illimitée », *Le Parisien*, 16 avril 2008 ; Émilie RIVE, « Xavier Bertrand n'est plus muet mais reste sourd », *L'Humanité*, 21 avril 2008.
[830] « Grève concertée de travailleurs sans-papiers, pour la première fois en France », *AFP*, 15 avril 2008.
[831] Sylvie HUSSON, « La révolte d'Ousmane et Kouma, travailleurs sans-papiers 'à 3,80 euros l'heure' », *AFP*, 16 avril 2008.
[832] « CGT et patronat de concert pour la régularisation des salariés sans-papiers », *AFP*, 17 avril 2008.
[833] « Les sans-papiers craignent les manipulations », *Ouest-France*, 6 mai 2008.
[834] « Sans-papiers hier, travailleur ordinaire demain ? », *Ouest-France*, 23 avril 2008.
[835] Simon VALMARY, « Les salariés sans-papiers et certains patrons brisent le tabou du travail clandestin », *AFP*, 18 avril 2008. Voir aussi « Immigration : Amara (Droits devant!) invoque un 'réalisme économique' du patronat », *AFP*, 15 avril 2008 ; Fabrice TASSEL, « Sans-papiers : l'écueil des employeurs », *Libération*, 25 février 2013.
[836] Catherine COROLLER, Raphaëlle REMANDE, « Les patrons avec leurs sans-papiers », *Libération*, 18 avril 2008.
[837] Aline GERARD, « Sans-papiers : le gouvernement », *Aujourd'hui en France*, 23 avril 2008.

[838] Cédric MORIN, « Régularisation des sans-papiers : les patrons divisés », *Les Échos*, 23 septembre 2008.
[839] Marie TOUMIT, « Les sans-papiers s'invitent dans le parc du patron », *Ouest-France*, 18 juillet 2008.
[840] Marie BARBIER, Dominique SICOT, « Le monde est plein d'étrangers ! », *L'Humanité*, 5 septembre 2008.
[841] Claudine RENAUD, « Imbroglio à la bourse du Travail : la CGT déloge des sans-papiers », *AFP*, 25 juin 2009.
[842] « 49e congrès de la CGT : standing ovation pour les travailleurs sans papiers », *AFP*, 8 décembre 2009.
[843] « Salariés sans papiers : 500 à 1 000 régularisations », *Ouest-France*, 26 novembre 2009.
[844] Circulaire n° IMIK0900092C du 24 novembre 2009 relative à la délivrance de cartes de séjour temporaire portant la mention « salarié » ou « travailleur temporaire » au titre de l'admission exceptionnelle au séjour (article L. 313-14 du CESEDA, dans sa rédaction issue de l'article 40 de la loi du 20 novembre 2007).
[845] Franck MADOEUF, « Travailleurs sans papiers : le gouvernement tente de reprendre la main (corrigé) », *AFP*, 23 novembre 2009 ; « Sans papiers : la polémique enfle », *Charente Libre*, 24 novembre 2009 ; « Travailleurs sans papiers : Besson prêt à des régularisations au compte-gouttes », *La Voix du Nord*, 26 novembre 2009.
[846] Pierre BARRON, Sébastien CHAUVIN, Nicolas JOUNIN, Lucie TOURETTE, « Les sans-papiers grévistes contre l'hypocrisie générale », *Le Monde*, 3 février 2010.
[847] « Les régularisations reviennent par la petite porte », *Midi Libre*, 25 juillet 2010.
[848] Jean BENOÎT, « Un entretien avec le Secrétaire d'État chargé des immigrés », *Le Monde*, 29 août 1981 ; Nicolas SARKOZY, « Je ne peux laisser passer », *Libération*, 5 août 2005 ; Nicolas SARKOZY, « Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire - Présentation du projet de loi relatif à l'immigration et à l'intégration », *NewsPress*, 2 mai 2006 ; « Sans-papiers. 'Pas de régularisation massive' », *Le Télégramme*, 25 juillet 2006 ; « Travailleurs sans papiers : 800 dossiers déposés », *L'Est Républicain*, 25 avril 2008 ; « Circulaire étudiants étrangers : Lang demande un 'retrait immédiat' à Fillon », *AFP*, 23 décembre 2011 ; « Le ministre de l'Intérieur, M. Claude GUEANT, souhaite que le nombre de titres de séjours délivrés chaque année soit fixé lors d'un débat annuel au Parlement », *Bulletin Quotidien*, 11 janvier 2012 ; Marie BELLAN, « A gauche, les électeurs sont très partagés sur l'immigration », *Les Échos*, 25 avril 2012 ; « L'UMP accuse Hollande de 'se préparer à accorder le droit de vote aux sans-papiers' », *AFP*, 26 avril 2012.
[849] Sophie HUET, « Immigration : ultimes passes d'armes », *Le Figaro*, 28 février 1997.
[850] « Travailleurs étrangers : les entrées se sont stabilisées en 1991 », *Les Échos*, 15 octobre 1992.
[851] « Sans-papiers : hausse de 50% des régularisations avec les règles Valls », *Le Parisien*, 10 avril 2014.
[852] Antoine FOUCHET, « La loi Debré devant l'Assemblée. Flux et reflux de la législation sur les étrangers », *La Croix*, 25 février 1997 ; « La loi Debré adoptée », *Le Progrès*, 28 février 1997 ; Nathalie MAURET, « De l'immigration à l'intégration en dix questions », *Le Progrès*, 15 octobre 2007.
[853] « 250 travailleurs sans-papiers expulsés », *Le Progrès*, 2 avril 2010 ; Agnès LAURENT, « Premiers tests pour la régularisation des travailleurs sans papiers », *La Tribune*, 3 août 2010.
[854] Jean BENOÎT, « Le gouvernement adopte plusieurs mesures sociales mais maintient la fermeture des frontières aux travailleurs étrangers », *Le Monde*, 23 mai 1975.
[855] Véziane DE VEZINS, « Les nouveaux chiffres de l'immigration », *Le Figaro*, 13 janvier 2000.
[856] François LEBRETTE, « Le syndrome de Douvres », *Le Figaro*, 24 juin 2000.
[857] Rodolphe GEISLER, « Les sans-papiers s'invitent rue de Solferino », *Le Figaro*, 10 janvier 2001.
[858] Fanny CAPEL, « Les anciens de Saint-Bernard réclament une régularisation globale des sans-papiers », *Le Figaro*, 24 août 2006.
[859] Guillaume LARRIVÉ, « Immigration : les erreurs de Hollande », *Le Figaro*, 19 juillet 2012.

[860] Élisabeth Lévy, « Immigration : une juge en colère », *Le Point*, 19 juillet 2007.
[861] John M. CREWDSON, "New Administration and Congress Face Major Immigration Decisions", *The New York Times*, 28 décembre 1980.
[862] Congress of the U.S., Washington, DC. Select Commission on Immigration and Refugee Policy, *U.S. Immigration Policy and the National Interest. Staff Report of the Select Commission on Immigration and Refugee Policy*, 1981.
[863] "Excerpts From Final Report of Commission on Immigration and Refugee", *The New York Times*, 27 février 1981.
[864] Wayne KING, "For Better or for Worse, Law Will Affect Lives of Millions", *The New York Times*, 21 juin 1984.
[865] Richard W. STEVENSON, "Alien Law Effect on Farm Workers Worries Growers", *The New York Times*, 12 octobre 1987.
[866] Peter APPLEBOME, "Aliens Who Are Still Illegal Find Life Is Getting Tougher", *The New York Times*, 6 juillet 1988.
[867] Ann SCHOTTMAN KNOL, "Some Illegal Aliens Rush to Apply for 'Amnesty'", *St. Louis Post-Dispatch*, 14 novembre 1988.
[868] Ann SCHOTTMAN KNOL, "Newly Legal Aliens Now Live without Fear, Settle into Jobs", *St. Louis Post-Dispatch*, 26 novembre 1989 ; David A. GOLDBERG, "Migrants' Boon, Farmers' Burden? Amnesty Law May Create Farm Labor Crisis", *Atlanta Journal - Constitution*, 31 juillet 1989.
[869] David GOLDBERG, "Health care for migrants lacking Georgia near bottom of list in state funding for laborers", *Atlanta Journal - Constitution*, 19 février 1990.
[870] Robert REINHOLD, "A Welcome for Immigrants Turns to Resentment", *The New York Times*, 25 août 1993.
[871] James KUHNHEN, "New attitude on Mexican immigrants, but no easy fixes", *The Philadelphia Inquirer*, 10 septembre 2001.
[872] June KRONHOLZ, "Debate Persists on Worker Amnesty", *The Wall Street Journal*, 16 décembre 2005.
[873] Luis Andres HENAO, "After the Amnesty: 20 years later", *The Christian Science Monitor*, 6 novembre 2006.
[874] Miriam JORDAN, "Industries Fret over Bush's Border Plan", *The Wall Street Journal*, 28 novembre 2005.
[875] Lourdes Medrano LESLIE, Neal St. ANTHONY, "Illegal Immigrants Fuel State's Economy, Report Says", *Star-Tribune*, 7 septembre 2000 ; Laura MANDARO, "As Immigrants Plan Big Walkout, Firms Recognize Their Key Role", *Investor's Business Daily*, 1er mai 2006 ; Jose CARDENAS, "Agriculture at high stake", *Tampa Bay Times*, 12 juin 2006 ; Dan HERBECK, "29 illegal workers arrested", *Buffalo News*, 20 mai 2006 ; Joel MILLMAN, "Labor Movement: As U.S. Debates Guest Workers, They Are Here Now", *The Wall Street Journal*, 18 septembre 2006 ; Dylan MATTHEWS, "Heritage says immigration reform will cost $5.3 trillion. Here's why that's wrong", *The Washington Post*, 7 mai 2013 ; Miriam JORDAN, Santiago PEREZ, "Employers' Lament: Too Few Immigrants", *The Wall Street Journal*, 25 novembre 2016 ; Miriam JORDAN, Santiago PEREZ, "Small Businesses Lament There Are Too Few Mexicans in U.S., Not Too Many", *The Wall Street Journal*, 28 novembre 2016.
[876] Juliet V. CASEY, "Supporters of immigration rights will take fight to national stage", *The Las Vegas Review-Journal*, 13 août 2003.
[877] Richard WHITT, "Immigration nation", *The Atlanta Journal - Constitution*, 25 avril 2004.
[878] Laura PARKER, "USA Just Wouldn't Work Without Immigrant Labor. Demand Will Continue to Grow For High- And Low-Skilled", *USA Today*, 23 juillet 2001. Voir aussi Robert E. PIERRE, "For N.C. Tobacco Farmers, Guest Workers a Success; Growers Group Recruits, Transports Mexicans", *The Washington Post*, 13 août 2001.
[879] Mary Beth SHERIDAN, "Illegals Paying Millions in Taxes; Most Don't Seek Refunds For Fear of INS Action", *The Washington Post*, 15 avril 2001 ; Mary Beth SHERIDAN, "Illegals Boost Tax Coffers Millions; Fear of INS Action Often Keeps Workers From Seeking Refunds", *The Washington Post*, 15 avril 2001.

[880] Minerva CANTO, “Activists' Agenda for Fox Immigration: Expatriate Issues on Tap”, *The Orange County Register*, 25 août 2000. Voir aussi Mary JORDAN, Mary BETH, “Sheridan Mexico Seeks U.S. Shift in Immigration Policy”, *The Washington Post*, 2 avril 2001.
[881] Allan WERNICK, “The good, bad and ugly of immigration reform”, *New York Daily News*, 1 février 2013.
[882] Laurie WHALEN, “Immigrants Seek Amnesty”, *New York Daily News*, 15 octobre 2000 ; Minerva CANTO, “Coalition Will Push for Amnesty Immigration: Varied Groups Also Will Seek To Have More Skilled Laborers Admitted”, *The Orange County Register*, 25 avril 2000 ; Stephanie ARMOUR, “Immigrants Become Easy Targets for Abuse, Harassment on the Job Workers Arrive for Employment, Find Exploitation Instead”, *USA Today*, 27 juillet 2000 ; Albor RUIZ, “New Cause for Freedom Riders”, *New York Daily News*, 17 mars 2003 ; Albor RUIZ, “All Aboard for Freedom Ride Rally”, *New York Daily News*, 28 septembre 2003 ; Eduardo PORTER, “No Going Back: Tighter Border Yields Odd Result: More Illegals Stay”, *The Wall Street Journal*, 10 octobre 2003 ; Greg SCHNEIDER, Kirstin DOWNEY, “Undocumented, Now Front Row; Business Boosts Bush Proposal as Labor, Economists See Downside”, *The Washington Post*, 8 janvier 2004 ; Alan W. BOCK, “Welcome guests? A proposal to ease immigration restrictions for temporary workers is sure to cause controversy. But should it?”, *The Orange County Register*, 4 mars 2001 ; Peter SCHWORM, “Illegal Aliens Offered Hope. Advocates Reach Out to City's Immigrants Who Lack Legal Status”, *The Boston Globe*, 16 décembre 2001 ; Susan WARNER, “Way North of the Border”, *The New York Times*, 30 avril 2006 ; Dale RUSSAKOFF, “U.S. Border Town, 1,200 Miles From The Border; Georgia's 'Carpet Capital' Relies on Immigrants”, *The Washington Post*, 17 juillet 2006 ; Joseph LELYVELD, “The Border Dividing Arizona”, *The New York Times*, 15 octobre 2006 ; Ruben NAVARRETTE, “Here we go again”, *USA Today*, 5 avril 2006.
[883] Miriam JORDAN, “Immigration Audits Drive Illegal Workers Underground”, *The Wall Street Journal*, 15 août 2011.
[884] Laura PARKER, “Hispanic immigrants put muscle back into unions. Meatpacker vote key test for labor”, *USA Today*, 15 août 2001.
[885] *Hoffman Plastic Compounds, Inc. v. National Labor Relations Board*, 535 U.S. 137 (27 mars 2002).
[886] Diane E. LEWIS, “Decision Stirs Labor Movement Some Fear High Court's Ruling For Firm Will Hurt Undocumented Workers”, *The Boston Globe*, 14 avril 2002.
[887] Doris MEISSNER, “Five Myths about Immigration by and Large”, *Pittsburgh Post-Gazette*, 4 mai 2010.
[888] Peter SCHRAG, “Why good fences make bad policy”, *The Washington Post*, 18 juillet 2010.
[889] Ginger THOMPSON, “U.S. and Mexico to Open Talks On Freer Migration for Workers”, *The New York Times*, 16 février 2001 ; “Transcript of Donald Trump's Immigration Speech”, *The New York Times*, 2 septembre 2016.
[890] Dan MORGAN, Juliet EILPERIN, “Hispanic Bloc Lobbies for Immigration Deal; Lawmakers Seek More-Inclusive Bill”, *The Washington Post*, 14 décembre 2000.
[891] C. Eugene EMERY Jr., “Donald Trump Strays From Key Facts on Hillary Clinton 'Amnesty,' Social Programs For Immigrants”, *Tampa Bay Times*, 2 septembre 2016 ; Miriam VALVERDE, “Where Trump, Clinton Disagree on Immigration”, *Tampa Bay Times*, 17 juillet 2016 ; Jenna JOHNSON, “‘I Will Give You Everything.’ Here Are 282 of Donald Trump's Campaign Promises”, *Washington Post*, 30 novembre 2016.
[892] Robert PEAR, “What Alien Law Will Mean: Some Questions and Answers”, *The New York Times*, 26 octobre 1986 ; Ron HUTCHESON, Dave MONTGOMERY, “Opening the door to immigrant debate; Bush plan reignites debate on immigration Business lauds Bush proposal others attack it”, *The Philadelphia Inquirer*, 8 janvier 2004 ; Vivian S. TOY, “A Change of Scene?”, *The New York Times*, 18 janvier 2004 ; Karen BRANCH-BRIOSO, “Solutions - Politics”, *St. Louis Post-Dispatch*, 9 mai 2004 ; Dave MONTGOMERY, “Big immigration bill clears a Senate hurdle”, *The Philadelphia Inquirer*, 28 mars 2006 ; Deborah ORIN, “Bordering on Solution - Senate Panel OK on Citizen Proposal”, *New York Post*, 28 mars 2006 ; David ROGERS, “Politics & Economics: White House Courts Kyl to Back Immigration Bill”, *The Wall Street Journal*, 30 avril 2007 ; Jennifer YOUSSEF, “Migrant workers bill debated”, *The Detroit News*, 17 octobre 2009 ; Laura GALLEGO, Jessica TITSHAW, Deborah YAA YAWSON, Thao TRINH, Ivan J. GARCIA, Lenrick FARRELL, Mandy BRANSCUM, Jordan EVANS, “Gwinnett Opinions: Students speak up about

illegal immigration", *The Atlanta Journal - Constitution*, 2 avril 2006 ; Tom MARSHALL, Michael GONCHAR, "Border Politics: Debating Immigration Policy", *The New York Times*, 10 décembre 2014 ; Mark ROTH, "Obama's Executive Action Clouds Long-Term Immigration Changes Series: Pittsburgh's New Immigrants", *Pittsburgh Post-Gazette*, 17 décembre 2014.

[893] Minerva CANTO, "Sounding Similar Politics: With the Hispanic vote becoming increasingly important, both Bush and Gore are taking a softer approach to immigration", *The Orange County Register*, 15 août 2000.

[894] Roberto SURO, "Mexicans Come to Work, but Find Dead Ends", *The New York Times*, 19 janvier 1992.

[895] Joel MILLMAN, Will PINKSTON, "Labor Movement: Mexicans Transform a Town in Georgia and an Entire Industry", *The Wall Street Journal*, 30 août 2001 ; William BOOTH, "Migrants Wary of Guest Worker Plan; Impact on Wages, Competition for Jobs, Permanent Residency a Big Concern", *The Washington Post*, 2 septembre 2001.

[896] Howard LAFRANCHI, "A new plan to legalize illegal workers from Mexico Five US senators are working on a 'guest worker' program. Bush will go to Mexico on Feb. 16", *The Christian Science Monitor*, 23 janvier 2001 ; Daniel B. WOOD, "Past has cautionary lessons for guest-worker programs", *The Christian Science Monitor*, 27 janvier 2004 ; Brad PLUMER, "Here's how the U.S. population would change under immigration reform", *The Washington Post*, 20 juin 2013.

[897] John David SINGLETON, Teresa SZEGIDEWICZ, Bob BOWEN, Chappelle DAVID, Craig RIENDEAU, Joe PARKO, Minghu YAO, Jack GREGG, Charles BROOKS, Jim JABCON, Manuel John TORRES, Laurie CRAW, Steve GRADY, Steven HARTMAN, "Readers' opinions", *The Atlanta Journal - Constitution*, 19 juin 2006.

[898] David MARANISS, "From Mexican Parents, U.S. Citizens Are Born Series. On the Edge of America: An Immigrant Family Seeks Amnesty", *The Washington Post*, 4 janvier 1987.

[899] Roberto SURO, "Migrants' False Claims: Fraud on a Huge Scale", *The New York Times*, 12 novembre 1989.

[900] Roberto SURO, "1986 Amnesty Law Is Seen as Failing to Slow Alien Tide", *The New York Times*, 18 juin 1989 ; Peter T. KILBORN, "Law Fails to Stem Abuse of Migrants, U.S. Panel Reports", *The New York Times*, 22 octobre 1992.

[901] Jeff HARRINGTON, "Embracing Immigrants", *Tampa Bay Times*, 17 septembre 2000. Sur ce renversement, voir aussi William CLAIBORNE, "AFL-CIO Changes Tune on Immigrant Workers; Leaders Seek Amnesty For Undocumented, Anti-Exploitation Laws", *The Washington Post* , 4 juin 2000.

[902] Jeff HARRINGTON, "Embracing Immigrants", *Tampa Bay Times*, 17 septembre 2000. Voir aussi Sara MURRAY, "Economic Food Chain: On the Killing Floor, Clues to the Impact of Immigration on Jobs", *The Wall Street Journal*, 22 août 2013.

[903] Eric SCHMITT, "Bush Aides Weigh Legalizing Status of Mexicans in U.S.", *The New York Times*, 15 juillet 2001 ; "U.S. Considering Plan To Legalize 3 Million Aliens Proposal Would Give Mexicans A Chance To Earn Residency", *Pittsburgh Post-Gazette*, 15 juillet 2001 ; Lynda GOROV, "Wooed With Hope of Amnesty Mexicans Warm to Bush as Calif. Grapples With Immigration", *The Boston Globe*, 28 juillet 2001.

[904] Peter SKERRY, "Why Amnesty Is the Wrong Way to Go", *The Washington Post*, 12 août 2001.

[905] Brian MITCHELL, "New Immigrants Arrive Poor - And Stay That Way Longer", *Investor's Business Daily*, 2 décembre 2002.

[906] Roger LOWENSTEIN, "The Immigration Equation", *The New York Times*, 9 juillet 2006.

[907] Brian MITCHELL, "Mexico's 'Sieve'-Like Border Creates Concerns After 9-11", *Investor's Business Daily*, 4 septembre 2002.

[908] Mary Beth SHERIDAN, "As Illegal Immigrant Numbers Grow, So Do Benefits", *The Washington Post*, 1er août 2001.

[909] Ronald CAMPBELL, "Policy Encourages Illegal Immigration", *The Orange County Register*, 19 septembre 2010 ; Ronald CAMPBELL, "Daring to touch the third rail", *The Orange County Register*, 3 octobre 2010 ; Aaron SHAROCKMAN, "Vern Buchanan Says Illegal Immigration Costs Florida Taxpayers $4 Billion a Year", *Tampa Bay Times*, 6 décembre 2010 ; Erin SIEGAL, "Immigration reform: What the last 'path to citizenship' did for immigrants", *The Christian Science Monitor*, 7 avril 2013.

[910] Steven A. CAMAROTA, Karen JENSENIUS (*CIS*), “Homeward Bound. Recent Immigration Enforcement and the Decline in the Illegal Alien Population”, juillet 2008.
[911] N.C. AIZENMAN, “Report Credits Drop in Illegal Immigrants to Enforcement”, *The Washington Post*, 31 juillet 2008.
[912] Yvonne ABRAHAM, “Show of Force Emboldens Sides on Immigration”, *The Boston Globe*, 2 avril 2006.
[913] Alex KOTLOWITZ, “Our Town”, *The New York Times*, 5 août 2007.
[914] Seymour Martin LIPSET, *American exceptionalism: A double-edged sword* (WW Norton & Company, 1997); Charles LOCKHART, *The Roots of American Exceptionalism: Institutions, Culture and Policies* (Palgrave Macmillan, 2012); Peter H. SCHUCK, *Understanding America: The anatomy of an exceptional nation* (Public Affairs, 2008).
[915] « Aide médicale gratuite : Mme Versini tente de rassurer les associations », *AFP*, 24 décembre 2002.
[916] Eric FAVEREAU, « Restriction des aides aux malades étrangers », *Libération*, 16 décembre 2002.
[917] Circulaire relative aux conditions d’attribution de l’aide médicale de l’Etat, n° DGAS/PILE/MAS/DSS/DHOS/DPM/…2003/…), version n° 2 du 9 mai 2003.
[918] Antoine MATH, Adeline TOULLIER, « L'aide médicale d'État sera verrouillée. Antoine MATH et Adeline TOULLIER. Au nom du groupe de protection sociale du GISTI », *La Croix*, 27 novembre 2003.
[919] « Réforme de l'aide médicale », *Le Télégramme*, 4 décembre 2003 ; Eric FAVEREAU, « Chirac interpellé sur l'AME », *Libération*, 10 juin 2003.
[920] Bertrand BISSUEL, « Le gouvernement met fin à la gratuité des soins pour les sans-papiers », *Le Monde*, 4 mars 2003.
[921] Yves PICARD, « Aide médicale d'état : l'accès aux soins des sans-papiers limité par la réforme », *Le Progrès*, 12 février 2004.
[922] « Des associations dénoncent les méfaits de la réforme de l'AME », *AFP*, 8 juin 2004.
[923] Bertrand BISSUEL, « La réforme de l'aide médicale met en danger la santé des sans-papiers », *Le Monde*, 23 juin 2004.
[924] Blandine SEIGLE, « Le sida progresse, pas l'accès aux soins », *Le Parisien*, 30 novembre 2004.
[925] Bertrand BISSUEL, « L'aide médicale aux sans-papiers en danger », *Le Monde*, 4 février 2004.
[926] Karine PERRET, « Sans-papiers : associations dénoncent un nouveau frein à l'accès aux soins », *AFP*, 30 juillet 2005.
[927] Anne-Sophie STAMANE, « Unanimité contre les restrictions d'accès aux soins visant les étrangers démunis », *L'Humanité*, 13 août 2005.
[928] Céline CASTELLA, « Le droit à la santé pour tous n'est pas garanti en France, selon la CNCDH », *AFP*, 23 janvier 2006.
[929] Marie-Claude ARISTEGUI, « Ils refusent de soigner les démunis », *Sud-Ouest*, 17 octobre 2006.
[930] « La CMU et l'AME », *Sud-Ouest*, 17 octobre 2006.
[931] Jack AZOULAY (IGF), Henri HAVARD (IGF), Philippe SOURLAS (IGF), Éric GISSLER (IGF), Laurent CHAMBAUD (IGAS), Delphine CORLAY (IGAS), *Rapport sur la gestion de l’aide médicale d’État*, n° 2006-M-085-02 (IGF) et n° RM2007-026P (IGAS), mai 2007. URL : www.ladocumentationfrancaise.fr (dernière visite : 21 juin 2018).
[932] Étienne LEFEBVRE, « Aide médicale des sans-papiers : un audit met l'Etat au pied du mur », *Les Echos*, 30 avril 2007.
[933] « CGT : la Sécu doit s'expliquer sur l'interpellation d'un sans-papier dans ses locaux », *AFP*, 3 mars 2009.
[934] « La limitation de l'aide médicale d'Etat repoussée, pour l'heure, à l'Assemblée », *AFP*, 27 octobre 2010.
[935] Cédric SIMON, « Sans papiers : l'Aide médicale d'Etat dans le viseur », *AFP*, 29 octobre 2010.

[936] Médecins du Monde, « Démantèlement de l'Aide médicale État : la Ministre de la santé renonce à défendre la santé des plus pauvres », *NewsPress*, 10 novembre 2010.
[937] Vincent COLLEN, « La gratuité des soins des sans-papiers restreinte à la marge », *Les Echos*, 3 novembre 2010.
[938] Alain CORDIER (IGF, n° 2010-M-065-03), Frédéric SALAS (IGAS, n° RM2010-162P), « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État », novembre 2010. URL : http://www.ladocumentationfrancaise.fr (dernière visite : 19 juin 2018).
[939] « Rapport critique sur l'aide médicale d'Etat », *Le Figaro*, 4 janvier 2011.
[940] Claude GOASGUEN, Christophe SIRUGUE, *Rapport d'information n° 3524 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État*, 9 juin 2011 (Assemblée nationale).
[941] Daniel ROSENWEG, « Des hôpitaux surfacturent les soins destinés aux sans-papiers », *Aujourd'hui en France*, 10 juin 2011.
[942] « Réforme de l'Aide médicale d'État : nouveau coup dur pour les sans-papiers », *La Voix du Nord*, 20 janvier 2011.
[943] « Le FN dénonce la suppression de la franchise pour l'aide médicale aux sans-papiers », *AFP*, 3 juillet 2012. Voir aussi Pierre BIENVAULT, Jean-Baptiste FRANCOIS, « L'aide médicale d'état en cinq questions », *La Croix*, 18 novembre 2014.
[944] Cédric MATHIOT, « Immigration : l'UMP se ruine la santé », *Libération*, 18 octobre 2013.
[945] « Les limites solidaires de l'aide médicale aux étrangers », *La Nouvelle République du Centre-Ouest*, 13 novembre 2014.
[946] « Marisol Touraine s'explique sur l'AME devant les députés », *Le Quotidien du Médecin*, 7 novembre 2013.
[947] « Le dérapage de l'aide médicale d'Etat Le dérapage de l'aide médicale d'Etat », *L'Est Républicain*, 13 novembre 2014.
[948] Décret n° 2015-120 du 3 février 2015 relatif à la prise en charge des frais de santé par l'aide médicale de l'Etat.
[949] « Médicaments. Les bénéficiaires de l'AME privés de remboursement », *Ouest-France*, 4 mars 2015.
[950] Fabien PILIU, « Sarkozy veut supprimer l'aide médicale d'Etat », *La Tribune*, 5 février 2016.
[951] « Echanges musclés à l'Assemblée sur le budget de l'Aide médicale d'État », *AFP*, 6 novembre 2014.
[952] Patrick ROGER, « L'UMP repart à l'offensive sur l'aide médicale d'Etat », *Le Monde*, 12 octobre 2012. Voir aussi « Assemblée : charge de l'UMP sur l'aide médicale d'Etat, le FN pour sa suppression », *AFP*, 14 novembre 2013 ; « Hexagone », *Midi Libre*, 7 novembre 2014.
[953] « Aide médicale d'Etat : 49% de Français pour une participation des étrangers », *AFP*, 6 novembre 2010 ; « Les Français pour l'aide médicale d'état », *Ouest-France*, 7 novembre 2010.
[954] « Contrôles renforcés sur les bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat (Touraine) », *AFP*, 7 novembre 2013.
[955] Daniel ROSENWEG, « Prestations, mode d'emploi », *Le Parisien*, 13 novembre 2014.
[956] Nathalie SCHUCK, « Les virages de Nicolas Sarkozy », *Le Parisien*, 17 novembre 2014.
[957] Claude GOASGUEN, Christophe SIRUGUE, *Rapport d'information n° 3196 sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information n° 3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État*, 3 novembre 2015 (Assemblée nationale).
[958] « Les députés (LR) de Paris Claude GOASGUEN et (PS) de Saône-et-Loire Christophe SIRUGUE formulent sept propositions communes pour améliorer la prise en charge des étrangers en situation irrégulière par l'aide médicale d'Etat (AME) », *Bulletin Quotidien*, 4 novembre 2015.
[959] « La refonte de l'Aide médicale d'Etat renvoyée à l'examen du budget 2011 », *AFP*, 7 octobre 2010.
[960] « 'Ce système dérape totalement' », *La Provence*, 2 novembre 2010.
[961] Agnès LECLAIR, « Clandestins : le gouffre financier de l'aide médicale d'État », *Le Figaro*, 24 octobre 2014.
[962] Guillaume GUICHARD, « Le dérapage, caché et incontrôlé, de l'aide médicale d'État », *Le Figaro*, 3 novembre 2015.

[963] Sophie ROQUELLE, « Aide médicale d'Etat : ces vérités qui dérangent », *Le Figaro*, 9 octobre 2010.
[964] Victoria GAIRIN, « AME : France, terre d'asile des malades étrangers », *Le Point*, 4 décembre 2013.
[965] « Des malades étrangers s'organisent pour se faire soigner gratuitement en France », *Le Figaro*, 23 juin 2014.
[966] "High court considers case involving hospital care", *The Las Vegas Review-Journal*, 30 novembre 1998.
[967] Timothy STOLTZFUS JOST, "Episcopal Oversight", *Commonweal*, 4 juin 2010.
[968] Sue LOWDEN, "'Apartheid-style' comment offensive, wrong", *The Las Vegas Review-Journal*, 6 mai 2010.
[969] Paul HARASIM, "Infections uncovered", *The Las Vegas Review-Journal*, 15 avril 2010.
[970] Karen ANGEL, "No Worries of 'Status' At N.Y.-Area Hospitals. 3 Laws Make A Trip To Er Safe For All - Experts", *New York Daily News*, 21 avril 2011.
[971] Paul KRUGMAN, "Ways the Uninsured Die", *The New York Times*, 15 octobre 2012.
[972] Bruce BARTLETT, "The Health Mandate Romney Still Supports", *The New York Times*, 23 octobre 2012.
[973] Linda FELDMANN, "Immigration 101: Will illegal immigrants now have health coverage?", *The Christian Science Monitor*, 20 novembre 2014.
[974] Louis JACOBSON, Miriam VALVERDE, "Donald Trump's False Claim Veterans Treated Worse than Illegal Immigrants", *Tampa Bay Times*, 9 septembre 2016.
[975] "When care is futile, let go", *USA Today*, 17 octobre 1994.
[976] Bill MILLER, "Care Ordered For Girl with Brain Damage. Federal Law Cited In Fairfax Case", *The Washington Post*, 11 février 1994.
[977] J.B. ORENSTEIN, « State of Emergency", *The Washington Post*, 22 avril 2001.
[978] Joe PITTS, "E.R. Care and Abortion: A G.O.P. Congressman's View", *The New York Times*, 26 octobre 2011.
[979] Monica SMITH, "Medicare and Medicaid; Baker DONELSON Welcomes Health Lawyers Tom BAKER and Gina GREENWOOD to Georgia Offices", *Drug Week*, 1er mai 2009.
[980] "U.S. Commission on Civil Rights; U.S. Commission on Civil Rights Announces Briefing on Patient Dumping by Hospitals: Enforcement of the Emergency Medical Treatment Act", *Insurance Weekly News*, 14 février 2014.
[981] Sarah LUECK, "Bush Would Ease Emergency Rules for Medicare Sites", *The Wall Street Journal*, 9 mai 2002.
[982] Tom ROBINSON, « A dog in the kitchen?", *Naples Daily News*, 2 février 2011.
[983] Paul HYLAND, "Readers Write", *Star Tribune*, 2 mai 2012.
[984] LAMONT et THÉVENOT, *Rethinking comparative cultural sociology repertoires of evaluation in France and the United States*.
[985] Rodney BENSON, *L'immigration au prisme des médias* (Presses universitaires de Rennes, 2017), 155.
[986] BENSON, 31.
[987] Virginie GUIRAUDON, « Different nation, same nationhood: The challenges of immigrant policy », in *Changing France. The Politics that Markets Make* (Springer, 2008), 133. Sur ce point, voir également Virginie GUIRAUDON, *Les politiques d'immigration en Europe : Allemagne, France, Pays-Bas* (L'Harmattan, 2000).
[988] Ces deux organes sont des équivalents de la Cour des comptes française.
[989] Il s'agit d'un organe de recherche dédié exclusivement au Congrès.
[990] Il s'agit d'un terme générique désignant les différents organes de contrôle des agences fédérales gouvernementales.
[991] Marie-Josèphe SUBLET, *Rapport n° 2759*, Assemblée nationale, 4 juin 1992 ; Jean-Claude BOULARD, *Rapport au Premier ministre (Pour une couverture maladie universelle : base et complémentaire),* Assemblée nationale, 1998 ; Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3524*, Assemblée nationale, 9 juin 2011 (partie de Christophe SIRUGUE) ; Gilles

CARREZ (rapporteur général) et Gérard BAPT (rapporteur spécial), *Rapport n° 3805*, Assemblée nationale, 12 octobre 2011 ; Denys ROBILIARD, *Avis n° 77*, Assemblée nationale, 11 juillet 2012 ; Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3196*, Assemblée nationale, 3 novembre 2015 (partie de Christophe SIRUGUE) ; Jacques THYRAUD, *Rapport n° 101*, Sénat, 27 novembre 1990 (tome 1).

[992] Denys ROBILIARD, *Avis n° 77*, Assemblée nationale, 11 juillet 2012, 19.

[993] Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3196*, Assemblée nationale, 3 novembre 2015 (partie de Christophe SIRUGUE), 42.

[994] Gilles CARREZ (rapporteur général) et Gérard BAPT (rapporteur spécial), *Rapport n° 3805*, Assemblée nationale, 12 octobre 2011, 64 ; Denys ROBILIARD, *Avis n° 77*, Assemblée nationale, 11 juillet 2012, 23.

[995] Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, « L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe », septembre 2009 (échantillon de 1218 immigrés en situation irrégulière en Europe).

[996] Denys ROBILIARD, *Avis n° 77*, Assemblée nationale, 11 juillet 2012, 25.

[997] CE, avis n° 328143, 8 janvier 1981.

[998] Marie-Josèphe SUBLET, *Rapport n° 2759*, Assemblée nationale, 4 juin 1992, 132.

[999] Conseil constitutionnel, décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991, « loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ».

[1000] Denys ROBILIARD, *Avis n° 77*, Assemblée nationale, 11 juillet 2012, 19.

[1001] Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3524*, Assemblée nationale, 9 juin 2011, 16.

[1002] Marie-Josèphe SUBLET, *Rapport n° 2759*, Assemblée nationale, 4 juin 1992, 46.

[1003] Gilles CARREZ (rapporteur général) et Gérard BAPT (rapporteur spécial), *Rapport n° 3805*, Assemblée nationale, 12 octobre 2011, 65.

[1004] Marie-Josèphe SUBLET, *Rapport n° 2759*, Assemblée nationale, 4 juin 1992, 131.

[1005] Gilles CARREZ (rapporteur général) et Gérard BAPT (rapporteur spécial), *Rapport n° 3805*, Assemblée nationale, 12 octobre 2011, 64 ; Denys ROBILIARD, *Avis n° 77*, Assemblée nationale, 11 juillet 2012, 23.

[1006] Marie-Josèphe SUBLET, *Rapport n° 2759*, Assemblée nationale, 4 juin 1992, 40.

[1007] Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3524*, Assemblée nationale, 9 juin 2011 (partie de Christophe SIRUGUE), 107.

[1008] Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3524*, Assemblée nationale, 9 juin 2011 (partie de Christophe SIRUGUE), 107.

[1009] Marie-Josèphe SUBLET, *Rapport n° 2759*, Assemblée nationale, 4 juin 1992, 132.

[1010] Gilles CARREZ (rapporteur général) et Gérard BAPT (rapporteur spécial), *Rapport n° 3805*, Assemblée nationale, 12 octobre 2011, 65.

[1011] Jean-Claude BOULARD, *Rapport au Premier ministre (Pour une couverture maladie universelle : base et complémentaire)*, Assemblée nationale, 1998, 72.

[1012] Gilles CARREZ (rapporteur général) et Gérard BAPT (rapporteur spécial), *Rapport n° 3805*, Assemblée nationale, 12 octobre 2011, 64.

[1013] Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3524*, Assemblée nationale, 9 juin 2011, 110.

[1014] Gilles CARREZ (rapporteur général) et Gérard BAPT (rapporteur spécial), *Rapport n° 3805*, Assemblée nationale, 12 octobre 2011, 65 ; Denys ROBILIARD, *Avis n° 77*, Assemblée nationale, 11 juillet 2012, 23.

[1015] Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3524*, Assemblée nationale, 9 juin 2011 (partie de Christophe SIRUGUE), 107.

[1016] Jean-Claude BOULARD, *Rapport au Premier ministre (Pour une couverture maladie universelle : base et complémentaire)*, Assemblée nationale, 1998, 13.

[1017] Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3524*, Assemblée nationale, 9 juin 2011, 102.

[1018] Jean-Pierre PHILIBERT, *Rapport n° 326*, Assemblée nationale, 10 juin 1993 ; Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3196*, Assemblée nationale, 3 novembre 2015.

[1019] Jean-Pierre PHILIBERT, *Rapport n° 326*, Assemblée nationale, 10 juin 1993, 34.

[1020] Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3196*, Assemblée nationale, 3 novembre 2015, 44-56.

[1021] Pierre LOUVOT et Louis SOUVET, *Rapport n° 440*, Sénat, 24 juin 1992 ; Rémi DELATTE, *Avis n° 2864 (tome 2)*, Assemblée nationale, 14 octobre 2010 ; Thierry MARIANI, *Rapport n° 2814*, Assemblée nationale, 16 septembre 2010 ; Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3524*, Assemblée nationale, 9 juin 2011 (partie de Claude GOASGUEN) ; Dominique TIAN, *Rapport n° 241*, Assemblée nationale, 2 octobre 2012 ; Christian ECKERT (rapporteur général) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 1428*, Assemblée nationale, 10 octobre 2013 ; Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 2260*, Assemblée nationale, 9 octobre 2014 ; Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 3110*, Assemblée nationale, 8 octobre 2015 ; Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3196*, Assemblée nationale, 3 novembre 2015 (partie de Claude Goasguen) ; Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 4125*, Assemblée nationale, 13 octobre 2016 ; Hélène MISSOFFE, *Avis n° 398*, Sénat, 30 juin 1993 ; Georges OTHILY (président) et François-Noël BUFFET (rapporteur), *Rapport n° 300* (tome 1), Sénat, 6 avril 2006 ; Albéric de MONTGOLFIER (rapporteur général) et Francis DELATTRE (rapporteur spécial), *Rapport n° 108 (tome 3)*, Sénat, 20 novembre 2014 ; Albéric de MONTGOLFIER (rapporteur général) et Francis DELATTRE (rapporteur spécial), *Rapport n° 164 (tome 3)*, Sénat, 19 novembre 2015 ; François-Noël BUFFET, *Rapport n° 716*, Sénat, 30 septembre 2015.

[1022] Christian ECKERT (rapporteur général) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 1428*, Assemblée nationale, 10 octobre 2013 ; Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 2260*, Assemblée nationale, 9 octobre 2014 ; Albéric de MONTGOLFIER (rapporteur général) et Francis DELATTRE (rapporteur spécial), *Rapport n° 164* (tome 3), Sénat, 19 novembre 2015.

[1023] Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 2260*, Assemblée nationale, 9 octobre 2014, 14.

[1024] Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 3110*, Assemblée nationale, 8 octobre 2015, 3.

[1025] Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 2260*, Assemblée nationale, 9 octobre 2014, 31.

[1026] Dominique TIAN, *Rapport n° 241*, Assemblée nationale, 2 octobre 2012, 9.

[1027] Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 2260*, Assemblée nationale, 9 octobre 2014, 23.

[1028] Dominique TIAN, *Rapport n° 241*, Assemblée nationale, 2 octobre 2012, 12-13.

[1029] Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 2260*, Assemblée nationale, 9 octobre 2014, 31.

[1030] Hélène MISSOFFE, *Avis n° 398*, Sénat, 30 juin 1993, 15.

[1031] Albéric de MONTGOLFIER (rapporteur général) et Francis DELATTRE (rapporteur spécial), *Rapport n° 164* (tome 3), Sénat, 19 novembre 2015, 6.

[1032] Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3524*, Assemblée nationale, 9 juin 2011 (partie de Claude GOASGUEN), 106 ; Christian ECKERT (rapporteur général) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 1428*, Assemblée nationale, 10 octobre 2013, 45 ; Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 2260*, Assemblée nationale, 9 octobre 2014, 31.

[1033] Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 3110*, Assemblée nationale, 8 octobre 2015, 29 ; Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3196*, Assemblée nationale, 3 novembre 2015 (partie de Claude Goasguen), 40 ; Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 4125*, Assemblée nationale, 13 octobre 2016, 33 ; Albéric de MONTGOLFIER (rapporteur général) et Francis DELATTRE (rapporteur spécial), *Rapport n° 164* (tome 3), Sénat, 19 novembre 2015, 35-36.

[1034] Rémi DELATTE, *Avis n° 2864* (tome 2), Assemblée nationale, 14 octobre 2010, 13.

[1035] Christian ECKERT (rapporteur général) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 1428*, Assemblée nationale, 10 octobre 2013, 56.

[1036] Dominique TIAN, *Rapport n° 241*, Assemblée nationale, 2 octobre 2012, 12.
[1037] Dominique TIAN, *Rapport n° 241*, Assemblée nationale, 2 octobre 2012, 18.
[1038] Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3524*, Assemblée nationale, 9 juin 2011 (partie de Claude GOASGUEN), 105.
[1039] Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 2260*, Assemblée nationale, 9 octobre 2014, 31.
[1040] Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3196*, Assemblée nationale, 3 novembre 2015 (partie de Claude Goasguen), 41 ; Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 4125*, Assemblée nationale, 13 octobre 2016, 33.
[1041] Valérie RABAULT (rapporteure générale) et Claude GOASGUEN (rapporteur spécial), *Rapport n° 4125*, Assemblée nationale, 13 octobre 2016, 34.
[1042] Pierre LOUVOT et Louis SOUVET, *Rapport n° 440*, Sénat, 24 juin 1992, 149.
[1043] Erwann BINET, *Rapport n° 2923*, Assemblée nationale, 2 juillet 2015 ; Jacques THYRAUD, *Rapport n° 101* (tome 1), Sénat, 27 novembre 1990 ; Pierre MAZEAUD, *Rapport n° 3217*, Assemblée nationale, 5 décembre 1996 ; Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3196*, Assemblée nationale, 3 novembre 2015.
[1044] Thierry MARIANI, *Rapport n° 2922*, Assemblée nationale, 1er mars 2006 ; Thierry MARIANI, *Rapport n° 2814*, Assemblée nationale, 16 septembre 2010 ; Paul MASSON, *Rapport n° 224*, Sénat, 20 janvier 1998 ; Georges OTHILY (président) et François-Noël BUFFET (rapporteur), *Rapport n° 300* (tome 1), Sénat, 6 avril 2006 ; Jean-Pierre PHILIBERT, *Rapport n° 326*, Assemblée nationale, 10 juin 1993 ; Thierry MARIANI, *Rapport n° 949* (première partie), Assemblée nationale, 18 juin 2003 ; Paul MASSON (président) et José BALARELLO (rapporteur), *Rapport n° 470* (tome 1), Sénat, 2 juin 1998.
[1045] Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3196*, Assemblée nationale, 3 novembre 2015, 15.
[1046] Erwann BINET, *Rapport n° 2923*, Assemblée nationale, 2 juillet 2015, 122.
[1047] Jacques THYRAUD, *Rapport n° 101* (tome 1), Sénat, 27 novembre 1990, 283.
[1048] Pierre MAZEAUD, *Rapport n° 3217*, Assemblée nationale, 5 décembre 1996, 45.
[1049] Paul MASSON, *Rapport n° 224*, Sénat, 20 janvier 1998. URL : www.senat.fr (dernière visite : 9 juillet 2018).
[1050] Georges OTHILY (président) et François-Noël BUFFET (rapporteur), *Rapport n° 300* (tome 1), Sénat, 6 avril 2006, 33.
[1051] Thierry MARIANI, *Rapport n° 2922*, Assemblée nationale, 1er mars 2006, 6.
[1052] Thierry MARIANI, *Rapport n° 2814*, Assemblée nationale, 16 septembre 2010, 199.
[1053] Cour européenne des droits de l'homme, *N. c. Royaume-Uni*, 27 mai 2008, n° 26565/05.
[1054] Thierry MARIANI, *Rapport n° 2814*, Assemblée nationale, 16 septembre 2010, 198.
[1055] Jean-Pierre PHILIBERT, *Rapport n° 326*, Assemblée nationale, 10 juin 1993, 7.
[1056] Georges OTHILY (président) et François-Noël BUFFET (rapporteur), *Rapport n° 300* (tome 1), Sénat, 6 avril 2006, 191.
[1057] Paul MASSON (président) et José BALARELLO (rapporteur), *Rapport n° 470* (tome 1), Sénat, 2 juin 1998 ; Paul MASSON, *Rapport n° 224*, Sénat, 20 janvier 1998. URL : www.senat.fr (dernière visite : 9 juillet 2018).
[1058] Thierry MARIANI, *Rapport n° 949* (première partie), Assemblée nationale, 18 juin 2003, 33.
[1059] Paul MASSON (président) et José BALARELLO (rapporteur), *Rapport n° 470* (tome 1), Sénat, 2 juin 1998. URL : www.senat.fr (dernière visite : 9 juillet 2018).
[1060] Peter W. RODINO, *Report 97-890* (part 1), House of Representatives, 28 septembre 1982 ; Alan SIMPSON, *Report 97-485*, Senate, 30 juin 1982 ; Alan SIMPSON, *Report 98-62*, Senate, 21 avril 1983 ; Strom THURMOND, *Report 99-132*, Senate, 28 août 1985 ; Romano MAZZOLI, *Report 99-682* (part 1), House of Representatives, 16 juillet 1986 ; Peter W. RODINO, *Report 98-115* (part 1), House of Representatives, 13 mai 1983 ; Eligio DE LA GARZA, *Report 98-115* (part 2), House of Representatives, 27 juin 1983 ; CBO, *How Changes in Immigration Policy Might Affect the Federal Budget*, janvier 2015. URL : www.cbo.gov (dernière visite : 17 juillet 2018).

[1061] Peter W. RODINO, *Report 97-890* (part 1), House of Representatives, 28 septembre 1982, 35. Formulation similaire dans Romano MAZZOLI, *Report 99-682* (part 1), House of Representatives, 16 juillet 1986, 49.
[1062] Peter W. RODINO, *Report 97-890* (part 1), House of Representatives, 28 septembre 1982, 35 ; Romano MAZZOLI, *Report 99-682* (part 1), House of Representatives, 16 juillet 1986, 49.
[1063] Romano MAZZOLI, *Report 99-682* (part 1), House of Representatives, 16 juillet 1986, 49. Formulation similaire dans Peter W. RODINO, *Report 97-890* (part 1), House of Representatives, 28 septembre 1982, 35.
[1064] Peter W. RODINO, *Report 97-890* (part 1), House of Representatives, 28 septembre 1982, 35.
[1065] Peter W. RODINO, *Report 98-115* (part 1), House of Representatives, 13 mai 1983, 30 ; Peter W. RODINO, *Report 97-890* (part 1), House of Representatives, 28 septembre 1982, 29.
[1066] Alan SIMPSON, *Report 97-485*, Senate, 30 juin 1982, 19 ; Alan SIMPSON, *Report 98-62*, Senate, 21 avril 1983, 20 ; Strom THURMOND, *Report 99-132*, Senate, 28 août 1985, 16.
[1067] Peter W. RODINO, *Report 97-890* (part 1), House of Representatives, 28 septembre 1982, 63. Formulation similaire dans Alan SIMPSON, *Report 98-62*, Senate, 21 avril 1983, 20 ; Strom THURMOND, *Report 99-132*, Senate, 28 août 1985, 16.
[1068] Eligio DE LA GARZA, *Report 98-115* (part 2), House of Representatives, 27 juin 1983, 25.
[1069] Romano MAZZOLI, *Report 99-682* (part 1), House of Representatives, 16 juillet 1986, 51.
[1070] Peter W. RODINO, *Report 97-890* (part 1), House of Representatives, 28 septembre 1982, 76.
[1071] Court suprême des États-Unis, *Mathews v. Diaz*, n° 426 U.S. 67, 1er juin 1976.
[1072] Romano MAZZOLI, *Report 99-682* (part 1), House of Representatives, 16 juillet 1986, 74-75.
[1073] La plaque de bronze du piédestal de la Statue contient les vers les plus célèbres du poème : "*Give me your tired, your poor, Your huddled masses yearning to breathe free, The wretched refuse of your teeming shore. Send these, the homeless, tempest-tossed to me, I lift my lamp beside the golden door!*" (The New Colossus [extrait], 1883).
[1074] Strom THURMOND, *Report 99-132*, Senate, 28 août 1985, 3.
[1075] CBO, *How Changes in Immigration Policy Might Affect the Federal Budget*, janvier 2015, 5-18. URL : www.cbo.gov (dernière visite : 17 juillet 2018).
[1076] Alan SIMPSON, *Report 97-485*, Senate, 30 juin 1982, 3 ; Alan SIMPSON, *Report 98-62*, Senate, 21 avril 1983, 4 ; Strom THURMOND, *Report 99-132*, Senate, 28 août 1985, 3.
[1077] Eligio DE LA GARZA, Report 98-115 (part 2), House of Representatives, 27 juin 1983, 13.
[1078] "*It would help to prevent the exploitation of this vulnerable population in the workplace*". Cf. Peter W. RODINO, *Report 97-890* (part 1), House of Representatives, 28 septembre 1982, 36.
[1079] Alan SIMPSON, *Report 98-62*, Senate, 21 avril 1983, 20 ; Alan SIMPSON, *Report 97-485*, Senate, 30 juin 1982, 19. Formulation similaire dans Strom THURMOND, *Report 99-132*, Senate, 28 août 1985, 16.
[1080] Peter W. RODINO, *Report 97-890* (part 1), House of Representatives, 28 septembre 1982, 36.
[1081] GAO, *Undocumented Aliens. Estimating the Cost of Their Uncompensated Hospital Care*, septembre 1987 ; GAO, *Illegal Aliens: Estimating Their Impact on the United States*, 14 mars 1980. URL : www.gao.gov (dernière visite : 17 juillet 2018).
[1082] GAO, *Undocumented Aliens. Estimating the Cost of Their Uncompensated Hospital Care*, septembre 1987, p. 29. URL : www.gao.gov (dernière visite : 17 juillet 2018).
[1083] GAO, Illegal Aliens: Estimating Their Impact on the United States, 14 mars 1980, iv. URL : www.gao.gov (dernière visite : 17 juillet 2018).
[1084] Thomas J. BLILEY Jr., *Report 104-245*, House of Representatives, 14 septembre 1995 ; Nancy KASSEBAUM, *Report 104-25*, Senate, 3 avril 1995 ; Jim JEFFORDS, *Report 106-294*, Senate, 15 mai 2000 ; Ralph REGULA, *Report 107-229*, House of Representatives, 9 octobre 2001 ; Ralph REGULA, *Report 109-143*, House of Representatives, 21 juin 2005 ; Arlen SPECTER, *Report 109-103*, Senate, 14 juillet 2005 ; Joe BARTON, *Report 109-695*, House of Representatives, 28 septembre 2006 ; Charles E. GRASSLEY, Max BAUCUS, "Letter to Ms. Janet REHNQUIST" (Inspector General Designate, HHS), 26 juin 2001 ; GAO, *Ryan White Care*

Act of 1990. Opportunities to Enhance Funding Equity, novembre 1995 ; GAO, *Ryan White Care Act. Access to Services by Minorites, Women, and Substance Abusers*, janvier 1995 ; GAO, *Ryan White Care Act. Factors that Impact HIV and AIDS Funding and Client Coverage*, 23 juin 2005 ; GAO, *HIV/AIDS. Changes Needed to Improve the Distribution of Ryan White CARE Act and Housing Funds*, février 2006 ; GAO, *Ryan White Care Act. Improved Oversight Needed to Ensure AIDS Drug Assistance Programs Obtain Best Prices for Drugs*, avril 2006 ; GAO, *Ryan White Care Act. Implementation of the New Minority AIDS Initiative Provisions*, mars 2009. URL des sites : www.gao.gov (dernière visite : 17 juillet 2018).

[1085] Nancy KASSEBAUM, *Report 104-25*, Senate, 3 avril 1995, 4.

[1086] Joe BARTON, *Report 109-695*, House of Representatives, 28 septembre 2006, 11.

[1087] Ralph REGULA, *Report 109-143*, House of Representatives, 21 juin 2005, 27.

[1088] Ralph REGULA, *Report 107-229*, House of Representatives, 9 octobre 2001, 31.

[1089] Joe BARTON, *Report 109-695*, House of Representatives, 28 septembre 2006, 2.

[1090] Testimony of Sandra THURMAN, director of the Office of National AIDS Policy. Cf. Jim JEFFORDS, *Report 106-294*, Senate, 15 mai 2000, 5.

[1091] Jim JEFFORDS, *Report 106-294*, Senate, 15 mai 2000, 6.

[1092] Thomas J. BLILEY Jr., *Report 104-245*, House of Representatives, 14 septembre 1995, 20.

[1093] GAO, *Ryan White Care Act. Implementation of the New Minority AIDS Initiative Provisions*, mars 2009, 44. URL : www.gao.gov (dernière visite : 17 juillet 2018).

[1094] Testimony of Sandra THURMAN, director of the Office of National AIDS Policy. Cf. Jim JEFFORDS, *Report 106-294*, Senate, 15 mai 2000, 5.

[1095] Nancy KASSEBAUM, *Report 104-25*, Senate, 3 avril 1995, 5 ; Jim JEFFORDS, *Report 106-294*, Senate, 15 mai 2000, 6.

[1096] Charles E. GRASSLEY, Max BAUCUS, “Letter to Ms. Janet REHNQUIST (Inspector General Designate, HHS)”, 26 juin 2001.

[1097] GAO, *Ryan White Care Act. Factors that Impact HIV and AIDS Funding and Client Coverage*, 23 juin 2005, 3. URL : www.gao.gov (dernière visite : 17 juillet 2018).

[1098] GAO, *Ryan White Care Act of 1990. Opportunities to Enhance Funding Equity*, novembre 1995, 2-3. URL : www.gao.gov (dernière visite : 17 juillet 2018).

[1099] GAO, HIV/AIDS. Changes Needed to Improve the Distribution of Ryan White CARE Act and Housing Funds, février 2006, 1. URL : www.gao.gov (dernière visite : 17 juillet 2018).

[1100] GAO, *Ryan White Care Act. Improved Oversight Needed to Ensure AIDS Drug Assistance Programs Obtain Best Prices for Drugs*, avril 2006, 1. URL : www.gao.gov (dernière visite : 17 juillet 2018).

[1101] GAO, *Ryan White Care Act. Access to Services by Minorites, Women, and Substance Abusers*, janvier 1995, 2. URL : www.gao.gov (dernière visite : 17 juillet 2018).

[1102] GAO, *Ryan White Care Act of 1990. Opportunities to Enhance Funding Equity*, novembre 1995, 12 ;
GAO, *HIV/AIDS. Changes Needed to Improve the Distribution of Ryan White CARE Act and Housing Funds*, février 2006, 64 ; GAO, *Ryan White Care Act. Improved Oversight Needed to Ensure AIDS Drug Assistance Programs Obtain Best Prices for Drugs*, avril 2006, 43. URL des sites : www.gao.gov (dernière visite : 17 juillet 2018).

[1103] (Un militant) « Il n’y a plus personne pour défendre l’AME. Par contre, il y a toujours deux, trois obsédés de l’AME, comme Goasguen. Mais, ça marche, c’est le marronnier mais il y a, aussi, l’espèce de sabotage passif des gouvernements, y compris le présent gouvernement qui sous budgète l’AME volontairement. […]Oui, mais on est toujours 300 ou 400 millions sous budgétés donc, à chaque fois, Goasguen ; il arrive et, il a raison : « Regardez, il y a explosion. On explose le budget AME ». Chaque année, il est explosé, c’est le scandale : vous avez un article dans le Parisien, dans le Figaro, machin, Goasguen se répand, etc., etc. C’est le marronnier, une fois par an minimum, voire deux fois par an parce que, parfois, il y a des projets de Loi de Finance Rectificative, des projets de Loi de Finance intermédiaires comme le nom l’indique. Donc c’est souvent, c’est l’ARS qui l’amène deux fois par an. Comme ça, Goasguen, deux fois par an parle dans les médias, il dit exactement la même chose, les mêmes conneries. » ; (un membre du ministère de l’Intérieur) « Vous savez l'histoire de la loi du 16 juin 2011 ? C'est un amendement Mariani qui modifie, c'est le gouvernement qui veut faire passer un truc dégueulasse mais qui se

dit que si c'est le gouvernement qui le fait passer il est possible qu'il soit battu à la fin. Donc ils les envoient à un député bien comme il faut pour dire 'tiens fais passer ça mon gars' » ; (un militant) « Après certains ont toujours tenu des discours assez hostiles genre GOASGUEN, MARIANI… Disons que s'il fallait donner une date… Franchement, ce serait compliqué, mais après 2007, je dirais. »

[1104] John W. KINGDON, *Agendas, alternatives, and public policies* (Little, Brown, 1984).

[1105] Howard S. BECKER, *Social problems: A modern approach* (J. Wiley and Sons, 1966).

[1106] Public Law 104-146, 1996 (*Ryan White Care Act Amendments*).

[1107] Public Law 109-415, 2006 (*Ryan White Treatment Modernization Act*).

[1108] Public Law 111-87, 2009 (*Ryan White HIVAIDS Treatment Extension Act*).

[1109] Public Law 106-345, 2000 (*Ryan White Care Act Amendments*).

[1110] Sidney BLUMENTHAL, *The permanent campaign* (Simon & Schuster, 1982).

[1111] TSEBELIS, « Veto players and law production in parliamentary democracies: An empirical analysis »; TSEBELIS, « Decision making in political systems: Veto players in presidentialism, parliamentarism, multicameralism and multipartyism »; TSEBELIS, *Veto players: How political institutions work*.

[1112] David W. ROHDE, *Parties and Leaders in the Postreform House* (University of Chicago Press, 1991); Barbara SINCLAIR, *The transformation of the US Senate* (Johns Hopkins University, 1989); Barbara SINCLAIR, *Legislators, leaders, and lawmaking: The US House of Representatives in the postreform era* (Johns Hopkins University, 1998); Barbara SINCLAIR, *Party wars. Polarization and the politics of national policy making* (University of Oklahoma Press, 2006); Barbara SINCLAIR, *Unorthodox lawmaking: New legislative processes in the US Congress* (CQ Press, 2007); Steven S. SMITH, *Call to order: Floor politics in the House and Senate* (Brookings Institution Press, 1989).

[1113] Eric SCHICKLER et Frances E. LEE, *The Oxford Handbook of the American Congress* (Oxford University Press, 2011), 712-37.

[1114] Sur l'importance d'Henry WAXMAN sur les politiques à l'égard des plus pauvres, cf., par exemple, Lawrence D. BROWN et Michael S. SPARER, « Poor program's progress: The unanticipated politics of Medicaid policy », *Health Affairs* 22, n° 1 (2003): 31–44.

[1115] *USCCB* est issu de la fusion, en 2001, de la *National Conference of Catholic Bishops* (*NCCB*) et de la *United States Catholic Conference* (*USCC*).

[1116] Jeffery C. TALBERT, Bryan D. JONES, et Frank R. BAUMGARTNER, « Nonlegislative Hearings and Policy Change in Congress », *American Journal of Political Science* 39, n° 2 (1995): 383-405; Paul BURSTEIN et C. Elizabeth HIRSH, « Interest Organizations, Information, and Policy Innovation in the U.S. Congress », *Sociological Forum* 22, n° 2 (2007): 174-99.

[1117] Frank R. BAUMGARTNER et al., *Lobbying and policy change: Who wins, who loses, and why* (University of Chicago Press, 2009); Amy McKAY, « Negative Lobbying and Policy Outcomes », *American Politics Research* 40, n° 1 (2012): 116-46; Richard A. SMITH, « Interest Group Influence in the U. S. Congress », *Legislative Studies Quarterly* 20, n° 1 (1995): 89-139; Richard L. HALL et Alan V. DEARDORFF, « Lobbying as Legislative Subsidy », *The American Political Science Review* 100, n° 1 (2006): 69-84; Michael T. HEANEY, « Brokering health policy: Coalitions, parties, and interest group influence », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 31, n° 5 (2006): 887-944; Bryan D. JONES et Frank R. BAUMGARTNER, *The politics of attention: How government prioritizes problems* (University of Chicago Press, 2005); Ken KOLLMAN, « Inviting Friends to Lobby: Interest Groups, Ideological Bias, and Congressional Committees », *American Journal of Political Science* 41, n° 2 (1997): 519-44; Beth L. LEECH, « Lobbying and influence », in *The Oxford Handbook of American Political Parties and Interest Groups* (Oxford University Press, 2010); David LOWERY et Virginia GRAY, « A Neopluralist Perspective on Research on Organized Interests », *Political Research Quarterly* 57, n° 1 (2004): 163-75; John R. WRIGHT, « Contributions, Lobbying, and Committee Voting in the U.S. House of Representatives », *The American Political Science Review* 84, n° 2 (1990): 417-38.

[1118] Joshua Y. LERNER, « Getting the message across: evaluating think tank influence in Congress », *Public Choice* 175, n° 3-4 (2018): 347-66.

[1119] CE, 29 juin 1990, n° 115687 ; CE, 22 août 1996, n° 359622.

[1120] La notion de « santé » n'est que très minoritairement utilisée pour qualifier le titre d'un ministre.

[1121] Gérard BAPT, débat à l'Assemlée nationale du 3 décembre 2003.
[1122] Gérard BAPT, débat à l'Assemblée nationale du 3 décembre 2003.
[1123] Christian ECKERT, débat à l'Assemblée nationale du 19 juillet 2012.
[1124] Claude GOASGUEN et Christophe SIRUGUE, *Rapport n° 3524* (partie de Claude GOASGUEN), Assemblée nationale, 9 juin 2011, 105.
[1125] Claude GOASGUEN, débat à l'Assemblée nationale du 6 novembre 2015.
[1126] Christian ESTROSI, débat à l'Assemlée nationale du 12 novembre 2012.
[1127] Xavier BERTRAND, débat à l'Assemlée nationale du 19 juillet 2012.
[1128] Christian JACOB, débat à l'Assemblée nationale du 19 juillet 2012.
[1129] Anny POURSINOFF, débat à l'Assemblée nationale du 2 novembre 2010.
[1130] Marylise LEBRANCHU, débat à l'Assemblée nationale du 9 mars 2011.
[1131] Jean-Pierre PHILIBERT, débat à l'Assemblée nationale du 26 février 1997.
[1132] Antoine GISSINGER, débat à l'Assemblée nationale du 26 octobre 1978.
[1133] La plus importante sur ce sujet étant la loi n° 93-1027 du 24 août 1993. Patrick BRAOUEZEC, débat à l'Assemblée nationale du 25 février 1997.
[1134] André CHASSAIGNE, débat à l'Assemblée nationale du 20 juiillet 2015.
[1135] Éliane ASSASSI, débat au Sénat du 7 octobre 2015.
[1136] CE, 7 avril 2010, n° 301640 et CE, 7 avril 2010, n° 31662.
[1137] François-Noël BUFFET, débat au Sénat du 12 avril 2011.
[1138] Richard YUNG, débat au Sénat du 13 avril 2011.
[1139] Claude GOASGUEN, débat à l'Asemblée nationale du 9 mars 2011. Argument similaire pour Thierry MARIANI, *Rapport n° 2814*, Assemblée nationale, 16 septembre 2010, 199.
[1140] Joseph FRANCESCHI, débat à l'Assemblée nationale du 4 novembre 1974.
[1141] Joseph FRANCESCHI, débat à l'Assemblée nationale du 14 novembre 1977.
[1142] Pierre MAZEAUD, débat à l'Assemblée nationale du 19 décembre 1996.
[1143] John SEYMOUR, débat au Sénat du 17 septembre 1992.
[1144] Edward ROYBAL, débat à la Chambre des Représentants du 17 décembre 1982.
[1145] Jesse HELMS, débat au Sénat du 12 août 1982.
[1146] Bill FRENZEL, débat à la Chambre des Représentants du 17 décembre 1982.
[1147] Bill YOUNG, débat à la Chambre des Représentants du 20 juin 1984.
[1148] John EAST, *Rapport n° 97-483* (Sénat), 30 juin 1982, 106.
[1149] Edward ROYBAL, débat à la Chambre des Représentants du 17 décembre 1982.
[1150] Alan CRANSTON, débat au Sénat du 12 août 1982.
[1151] Don EDWARDS, débat à la Chambre des Représentants du 20 juin 1984.
[1152] Hamilton FISH, débat à la Chambre des Représentants du 9 octobre 1986.
[1153] Don EDWARDS, John CONYERS et Patricia SCHROEDER. *Rapport n° 98-115* (partie 1) (Chambre des Représentants), 178.
[1154] Bill McCOLLUM, débat à la Chambre des Représentants du 20 juin 1984.
[1155] Jeff BINGAMAN, débat au Sénat du 19 septembre 1985.
[1156] Bill McCOLLUM, débat à la Chambre des Représentants du 17 décembre 1982.
[1157] Ron DELLUMS, débat à la Chambre des Représentants du 20 juin 1984.
[1158] Bill McCOLLUM, débat à la Chambre des Représentants du 9 octobre 1986.
[1159] Don EDWARDS, John CONYERS et Patricia SCHROEDER. Rapport n° 98-115 (partie 1) (Chambre des Représentants), 179.
[1160] John EAST, débat au Sénat du 12 août 1982.
[1161] CDC, "New HIV Diagnoses in the United States for the Most-Affected Subpopulations, 2016", 2018. URL : www.cdc.gov (dernière visite : 18 août 2018).
[1162] Jose SERRANO, débat à la Chambre des Représentants du 30 juin 1993.
[1163] Bill BRADLEY, débat au Sénat du 12 octobre 1990.

[1164] Voir, sur ce point, le « mythe puritain » de Denis LACORNE. Cf. Denis LACORNE, « Religion et politique aux États-Unis », *Esprit*, n° 11 (2012): 15-22.
[1165] "*We have a phrase in English I assume you have the equivalent in French: 'poster child' - somebody who becomes the human face of it. The disease at that point especially was almost all game in in drug users. What is the program named after? A little boy with hemophilia. We have to put a friendly face on this before the politicians will support it. If we put the face of a dying gay man or of even the* [NDA : inaudible]*, the AIDS* [NDA : inaudible] *on this kind of things, the Senate staff people might counterpart to work for the Senate. So they had to name it "Ryan White" or it would not pass*."
[1166] Bill GREEN, débat à la Chambre des Représentants du 26 juin 1991.
[1167] Nancy PELOSI, débat à la Chambre des Représentants du 11 octobre 2001.
[1168] Steve SYMMS, débat au Sénat du 12 octobre 1990.
[1169] Charles RANGEL, débat à la Chambre des Représentants du 26 juin 1991.
[1170] Tom HARKIN, débat au Sénat du 9 mars 2009.
[1171] Bruno PALIER et Yves SUREL, « Les "trois I" et l'analyse de l'État en action », *Revue française de science politique* 55 (2005): 25.
[1172] Daniel BENAMOUZIG et Julien BESANÇON, « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du Travail* 47, n° 3 (2005): 301-22; Didier TABUTEAU, « Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défaillante ou retour de l'État hygiéniste ? », *Les Tribunes de la santé* 1, n° 1 (2003): 34-46.
[1173] CNS, « Communiqué de presse sur la loi 'relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France' », 12 juillet 1993. URL : www.cns.valid.sante.fr (dernière visite : 24 août 2018).
[1174] CNS, *Avis suivi d'un rapport sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour*, 18 décembre 1995, 1 et 9-10.
[1175] CNS, *Avis adopté lors de la séance plénière du Conseil national du sida*, 18 décembre 1995, 2.
[1176] HCSP, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, février 1998, 149-150.
[1177] HCSP, *La santé en France. Rapport Général*, novembre 1994, 131.
[1178] CNCDH, *Avis sur le projet de loi portant diverses dispositions sur l'immigration*, 14 novembre 1996, 4.
[1179] Yves CARCENAC et Evelyne LIOUVILLE (IGAS), *Première évaluation de l'application de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU)* (rapport n° 2001-112, tome 1), décembre 2001.
[1180] *Ibid*., 8-9.
[1181] *Ibid*., 10.
[1182] Sur ce point, voir les rapports annuels de performance du ministère de la Santé. Par exemple : Ministère de la Santé, *Rapport annuel de performance pour 2009*, 2008, 143 ; *Rapport annuel de performance pour 2010*, 2009, 149 ; *Rapport annuel de performance pour 2011*, 2010, 121 ; *Rapport annuel de performance pour 2012*, 2011, 111 ; *Rapport annuel de performance pour 2013*, 2012, 111 ; *Rapport annuel de performance pour 2014*, 2013, 109 ; *Rapport annuel de performance pour 2014*, 2013, 100.
[1183] Blanche GUILLEMOT, François MERCEREAU (IGAS), *Rapport sur l'évolution de l'aide médicale d'État* (rapport n° 2003-022), février 2003, 3-4 et 40-41.
[1184] Voir aussi Michel LEGROS, Denise BAUER, Nathalie GOYAUX (DGOS, DGS), *Groupe de travail « Santé et accès aux soins ». Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, 29 novembre 2012, 41.
[1185] Jack AZOULAY, Henri HAVARD, Philippe SOURLAS, Éric GISSLER, Laurent CHAMBAUD, Delphine CORLAY (IGF n° 2006-M-085-02, IGAS n° RM2007-026P), *Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'État (mission d'audit de modernisation)*, mai 2007.

[1186] Voir aussi Michel LEGROS, Denise BAUER, Nathalie GOYAUX (DGOS, DGS), Groupe de travail « Santé et accès aux soins ». Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins, 29 novembre 2012, 41.

[1187] Alain CORDIER, Frédéric SALAS (IGF n° 2010-M-065-03, IGAS n° RM2010-162P), *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'état*, novembre 2010, 3.

[1188] Claire AUBIN, Danielle JOURDAIN-MENNINGER, Julien EMMANUELLI (IGAS), *Prostitutions : les enjeux sanitaires*, décembre 2012, 70.

[1189] Sur ce point, voir CNLE, *Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis*, 5 juillet 2011, 5 ; Jean-François DELFRAISSY (ministère de la Santé), *Prise en charge des personnes infectées par le VIH : Recommandations du groupe d'experts*, 2002, 35 ; CNS, *VIH, politique et société (rapport d'activité 2012-2013)*, 2012, 93 ; Michel LEGROS, Denise BAUER, Nathalie GOYAUX (DGOS, DGS), *Groupe de travail « Santé et accès aux soins ». Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, 29 novembre 2012, 47 ; Bénédicte MADELIN, Dominique GENTIAL, Nathalie GOYAUX, Isabelle BOUILLE-AMBROSINI (DGS, DSS), *Refonder la politique d'intégration. Rapport du groupe Protection sociale*, 29 octobre 2013, 10 ; Aline ARCHIMBAUD (ministère de la Santé), *L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité*, septembre 2013, 11.

[1190] DGS, *Rapport du GTNDO. Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique*, 10 mars 2003, 5 ; Bénédicte BOISGUÉRIN, Brigitte HAURY (DREES), *Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins (Etudes et résultats n° 645*), juillet 2008, 6 ; HALDE, « Refus d'accès aux soins - Bénéficiaires de l'AME », délibération n° 2007-40 du 5 mars 2007 ; Daniel DHUMEAUX (ANRS), *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C*, 2014, 412 ; Conférence nationale de santé, « Vœu relatif à l'accès aux soins des personnes ayant recours à l'aide médicale d'Etat (AME) », 9 décembre 2010.

[1191] DGS, DHOS, *Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France*, 2003, 13 ; Vincent GIRARD, Pascale ESTECAHANDY, Pierre CHAUVIN (ministère de la Santé), *La santé des personnes sans chez soi*, novembre 2009, 63 ; Patrick YENI (ministère de la Santé), *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, 2008, 63 ; CNS, *VIH et commerce du sexe. Garantir l'accès universel à la prévention et aux soins*, 16 septembre 2010, 18 ; Ministère de la Santé, *Plan nationale de lutte contre le VIH/sida et les IST, 2010-2014*, 2010, 64 ; Patrick YENI (ministère de la Santé), *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, 2010, 376 ; Nadia VALIN, Florence LOT, Christine LARSEN, Pascal GOUËZEL, Thierry BLANCHON, Anne LAPORTE (InVS), *Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France*, 2002, 25-27 ; Seronet, « Entretien avec François HOLLANDE », 19 mars 2012. URL : www.seronet.info (dernière visite : 23 août 2018) ; Cour des comptes, *Analyse de l'exécution du budget de l'État par mission et programme (exercice 2012, Santé)*, mai 2013, 9 ; Cour des comptes, *Analyse de l'exécution du budget de l'État par mission et programme (exercice 2013, Santé)*, mai 2014, 40 ; Daniel DHUMEAUX (CNS, ANRS), *Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C*, 2016, 49-50 ; HCSP, *Évaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014*, février 2016, 34 ; CNS, Conférence nationale de santé, *Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de plan national VIH/sida - IST 2010-2014*, 17 juin 2010, 12.

[1192] Michel LEGROS, Denise BAUER, Nathalie GOYAUX (DGOS, DGS), *Groupe de travail « Santé et accès aux soins ». Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, 29 novembre 2012, 41.

[1193] Philippe MORLAT, CNS, ANRS, *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH*, 2013, 445 ; Aline ARCHIMBAUD (ministère de la Santé), *L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité*, septembre 2013, 31. Les rapports annuels de performance du ministère de la Santé sont également soucieux de ce critère.

[1194] Défenseur des Droits, *Les droits fondamentaux des étrangers en France*, mai 2016, 192-195.

[1195] Pour l'ensemble de ces revendications, voir Défenseur des Droits, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, mars 2014 ; Bernard DREYFUS

(EN3S), *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : les principaux constats et préconisations du Défenseur des Droits*, 2014.

[1196] Bénédicte BOISGUÉRIN (DREES), *Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide (Dossiers Solidarité et Santé, n° 19)*, 2011, 3.

[1197] CNS, *Note valant avis sur le processus d'évaluation médicale des demandes de titre de séjour pour soins des étrangers*, 26 février 2004, 1 ; CNS, *Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine et recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention de l'infection à VIH*, 17 novembre 2005, 16 ; Ministère de la Santé, *Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008*, 2005, 11 ; Cour des comptes, *L'accueil des immigrants et l'integration des populations issues de l'immigration*, novembre 2004, 105 ; InVS, FNARS, Étude ProSanté 2010-2011, 2011, 139.

[1198] CNS, *Note valant avis sur la réforme du droit au séjour pour raisons médicales envisagée dans le cadre du projet de loi n° 2400 'immigration, integration et nationalité'*, 10 février 2011, 8 ; *CNS, VIH, politique et société (rapport d'activité 2010-2011)*, 2011, 128.

[1199] L'Agence française de lutte contre le sida a été supprimée en 1994. Une partie de ses missions a été transférée à la DGS. Cf. CNS, ANRS, Agence française de lutte contre le sida, « Communiqué de presse commun du CNS, de l'ANRS et de l'AFLS sur la double peine », 29 octobre 1991. URL : www.cns.valid.sante.fr (dernière visite : 24 août 2018).

[1200] CNS, « Communiqué de presse sur la loi 'relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France' », 12 juillet 1993. URL : www.cns.valid.sante.fr (dernière visite : 24 août 2018).

[1201] CNS, *Avis sur l'accès aux soins d'hémophiles étrangers contaminés par le VIH*, 18 octobre 1994.

[1202] CNS, *Avis suivi d'un rapport sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour*, 18 décembre 1995, 1-8. Cité dans Jean DORMONT (ministère de la Santé), *Prise en charge des personnes atteintes par le VIH*, juin 1996, 221-222.

[1203] CNCDH, *Avis portant sur l'admission au séjour d'étrangers dits 'sans papiers'*, 12 septembre 1996, 2.

[1204] CNCDH, *Avis sur le projet de loi portant diverses dispositions sur l'immigration*, 14 novembre 1996, 4.

[1205] HCSP, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, février 1998, 276.

[1206] Sur ce point, voir CNS, « Communiqué de presse : Les restrictions en matière d'immigration et la lutte contre le VIH », 28 avril 2006. URL : www.cns.valid.sante.fr (dernière visite : 24 août 2018) ; CNS, Conférence nationale de santé, *Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de plan national VIH/sida - IST 2010-2014*, 17 juin 2010, 12.

[1207] CNS, « Communiqué de presse : Droit au séjour sur le territoire français des malades étrangers : le Conseil national du sida alerte les pouvoirs publics », 27 mars 2001. URL : www.cns.valid.sante.fr (dernière visite : 24 août 2018).

[1208] CNS, *Note valant avis sur le processus d'évaluation médicale des demandes de titre de séjour pour soins des étrangers*, 26 février 2004, 2. Sur cette commission régionale médicale, voir aussi CNS, *Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine et recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention de l'infection à VIH*, 17 novembre 2005, 16.

[1209] CNS, « Communiqué de presse : La réglementation existante en matière de droit au séjour pour soins des étrangers doit être pleinement appliquée », 4 mars 2004. URL : www.cns.valid.sante.fr (dernière visite : 24 août 2018).

[1210] CNS, « Communiqué de presse contre l'expulsion d'étrangers malades », 16 février 2007. URL : www.cns.valid.sante.fr (dernière visite : 24 août 2018).

[1211] CNS, *Note valant avis sur la réforme du droit au séjour pour raisons médicales envisagée dans le cadre du projet de loi n° 2400 'immigration, intégration et nationalité'*, 10 février 2011, 3 ; CNS, *VIH, politique et société (rapport d'activité 2010-2011)*, 2011, 122, 208, 210.

[1212] CNS, *Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014*, 16 janvier 2014, 20-21.

[1213] L'IGAS fait alors référence à son ancêtre disparu en 2009 : l'ANAEM (Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations).
[1214] Jean-François BENEVISE, Alain LOPEZ (IGAS), *Avis rendu par les médecins inspecteurs de la santé publique (MISP) sur le maintien des étrangers malades sur le territoire (rapport n° RM2006-139A)*, septembre 2006, 14-18.
[1215] IGA (rapport n° 013-015/12-100bis/01), IGAS (rapport n° RM2013-041P), *Rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades*, mars 2013.
[1216] Jean-François DELFRAISSY (ministère de la Santé), *Prise en charge des personnes infectées par le VIH : Recommandations du groupe d'experts*, 2002, 351 ; DGS, DHOS, *Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France*, 2003, 20 ; HCSP, *Avis du Haut Comité de la santé publique sur le rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs de santé publique*, 2003, 5 ; DGS, *Rapport du GTNDO. Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique*, 10 mars 2003, 5 ; Ministère de la Santé, *Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008*, 2005, 62-66 ; CNCDH, *Avis sur le projet de loi sur l'immigration et l'intégration*, 1er juin 2006, 6 ; Patrick YENI (ministère de la Santé), *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, 2008, 359-363 ; Ministère de la Santé, *Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST, 2010-2014*, 2010, 62-101 ; Patrick YENI (ministère de la Santé), *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, 2010, 368 ; Seronet, « Entretien avec François HOLLANDE », 19 mars 2012. URL : www.seronet.info (dernière visite : 23 août 2018) ; Philippe MORLAT, CNS, ANRS, *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH*, 2013, 418 ; Bénédicte MADELIN, Dominique GENTIAL, Nathalie GOYAUX, Isabelle BOUILLE-AMBROSINI (DGS, DSS), *Refonder la politique d'intégration. Rapport du groupe Protection sociale*, 29 octobre 2013, 7 ; Matthias FEKL (Premier ministre), *Sécuriser les parcours des ressortissants étrangers en France*, 14 mai 2013, 17-22 ; Daniel DHUMEAUX (ANRS), *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C*, 2014, 411 ; Daniel DHUMEAUX (CNS, ANRS), *Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C*, 2016, 49.
[1217] CNCDH, *Avis sur la réforme du droit des étrangers*, 21 mai 2015, 11-13 ; Défenseur des Droits, *Avis du Défenseur des droits n°15-17*, 23 juin 2015, 6-7 ; Défenseur des Droits, Les droits fondamentaux des étrangers en France, mai 2016, 60-67 ; HCSP, *Évaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014*, février 2016, 33.
[1218] Patrick YENI (ministère de la Santé), *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, 2010, 363-364.
[1219] Débat télévisé entre MM. Nicolas SARKOZY, président de la République et François HOLLANDE, député PS, candidats à l'élection présidentielle 2012, le 2 mai 2012. URL : http://www.vie-publique.fr (dernière visite : 24 août 2018).
[1220] François MITTERRAND. Face à face télévisé entre MM. François MITTERRAND et Jacques CHIRAC, lors de la campagne électorale pour le second tour de l'élection présidentielle, Paris, 28 avril 1988. URL : http://www.vie-publique.fr (dernière visite : 24 août 2018).
[1221] Jacques CHIRAC. Face à face télévisé entre MM. François MITTERRAND et Jacques CHIRAC, lors de la campagne électorale pour le second tour de l'élection présidentielle, Paris, 28 avril 1988. URL : http://www.vie-publique.fr (dernière visite : 24 août 2018).
[1222] Jacques CHIRAC. Intervention télévisée de M. Jacques CHIRAC, Président de la République, le 14 juillet 1997. Voir aussi, pour son second mandat, les réponses de M. Jacques CHIRAC, Président de la république, aux 50 questions posées par les lecteurs du "Parisien", sur l'action gouvernementale en faveur de l'intégration sociale dans les banlieues défavorisées, notamment auprès des jeunes issues de l'immigration, le 13 décembre 2005. URL des sites : http://www.vie-publique.fr (dernière visite : 24 août 2018).
[1223] Nicolas SARKOZY. Déclaration de M. Nicolas SARKOZY, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, président de l'UMP et candidat à l'élection présidentielle 2007, sur le bilan de la politique de l'immigration et l'aide au développement, 5 mars 2007. Voir aussi la déclaration et la conférence de presse de M. Nicolas SARKOZY, Président de la République, sur les réformes nécessaires à la mise en œuvre d'une « politique de civilisation », annonçant notamment un nouveau chapitre au préambule de la Constitution, un nouveau mode de calcul de la croissance ainsi qu'une réforme du financement de l'audiovisuel public, et décrivant sa politique

étrangère comme une « diplomatie de la réconciliation », 8 janvier 2008. Voir enfin la lettre de mission de MM. Nicolas SARKOZY, Président de la République, et François FILLON, Premier ministre, adressée à M. Eric BESSON, ministre de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire, sur la mise en œuvre de la politique d'immigration, 31 mars 2009. URL des sites : http://www.vie-publique.fr (dernière visite : 24 août 2018).

[1224] François HOLLANDE. Déclaration de M. François HOLLANDE, Président de la République, sur l'action des forces de sécurité et le démantèlement du campement de migrants, 26 septembre 2016. URL : http://www.vie-publique.fr (dernière visite : 24 août 2018).

[1225] Lettre de M. le Premier Ministre, François FILLON, au Secrétaire général de la CGT, Bernard THIBAULT, faite à Paris le 6 mai 2008.

[1226] Anne-Marie ESCOFFIER, Maxime TANDONNET, Arnaud TEYSSIER (IGA), *Le rééxamen des dossiers des étrangers en situation irrégulière*, novembre 2002, 5-26.

[1227] William J. CLINTON (White House), "Remarks and an Exchange with Reporters on Immigration Policy", 27 juillet 1993.

[1228] George W. BUSH (White House), "Remarks on Immigration Reform", 7 janvier 2004.

[1229] George W. BUSH (White House), "Remarks on Immigration Reform", 7 janvier 2004. Voir aussi George W. BUSH (White House), "Remarks on Border Security and Immigration Reform in Tucson, Arizona", 28 novembe 2005.

[1230] Barack OBAMA (White House), "Remarks at a Town Hall Meeting and a Question-and-Answer Session in New Orleans", 15 octobre 2009. Voir aussi Barack OBAMA (White House), "Remarks Following a Meeting With Members of Congress", 25 juin 2009.

[1231] Barack OBAMA (White House), "Remarks at American University", 1er juillet 2010.

[1232] Barack OBAMA (White House), "Remarks at American University", 1er juillet 2010.

[1233] Barack OBAMA (White House), "Remarks at American University", 1er juillet 2010.

[1234] Barack OBAMA (White House), "Remarks by the President in Address to the Nation on Immigration", 20 novembre 2014.

[1235] George W. BUSH (White House), "Remarks on Departure for Toledo, Ohio, With President Vicente Fox of Mexico and an Exchange With Reporters", 6 septembre 2001.

[1236] George W. BUSH (White House), "Remarks on Immigration Reform", 7 janvier 2004.

[1237] George W. BUSH (White House), "Address to the Nation on Immigration Reform", 15 mai 2006. Voir aussi George W. BUSH (White House), "Remarks to the United States Chamber of Commerce", 1er juin 2006 : "*we have got to remember that the vast majority of illegal immigrants are decent people. They're hard-working people. They're people who love their families, people of faith, and people who lead responsible lives. They're part of American life*".

[1238] Barack OBAMA (White House), "Remarks in El Paso, Texas", 10 mai 2011.

[1239] "*The Border Security, Economic Opportunity, and Immigration Modernization Act of 2013*" (S.744) soutenu par le "*Gang of Eight*" vu précédemment et non retenu par la Chambre des Représentants.

[1240] The White House, *The Economic Benefits of Fixing our Broken Immigration System*, juillet 2013, 2. Voir aussi The White House, *The Economics of Commonsense Immigration Reform from the Economic Report of the President*, 2013, 12-16 ; The White House, *The Economic Effects of Administrative Action on Immigration*, novembre 2014, 2 ; The White House, "The Economic Benefits of Fixing Our Broken Immigration System", 21 novembre 2014.

[1241] George W. BUSH (White House), "Remarks on Immigration Reform", 7 janvier 2004. L'ensemble des autres discours cités ici de George W. BUSH mentionnent également le rejet de ce qu'il nomme « *amnesty* ».

[1242] George W. BUSH (White House), "Interview with Foreign Print Journalists", 27 mars 2006.

[1243] Barack OBAMA (White House), "Remarks at a Town Hall Meeting and a Question-and-Answer Session in Ottumwa, Iowa", 27 avril 2010. Voir aussi The White House, *Building a 21st Century Immigration System*, mai 2011, 27-28.

[1244] George W. BUSH (White House), " Remarks on Immigration Reform and a Swearing-In Ceremony for W. Ralph Basham as Commissioner of Customs and Border Protection in Artesia, New Mexico", 6 juin 2006.

[1245] Barack OBAMA (White House), "Remarks at a Town Hall Meeting and a Question-and-Answer Session in New Orleans", 15 octobre 2009.

[1246] Barack OBAMA (White House), “Remarks in El Paso, Texas”, 10 mai 2011. Voir aussi The White House, “Immigration Accountability Executive Action”, 20 novembre 2014.
[1247] Barack OBAMA (White House), “Remarks at American University”, 1er juillet 2010.
[1248] Stephen C. GOSS (Social Security Administration), “Letter to the Honorable Marco RUBIO”, 8 mai 2013.
[1249] CDC, “Prevention and Control of Tuberculosis in Migrant Farm Workers Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis (41/RR10)”, 6 juin 1992.
[1250] CDC, “Recommendations from the American Thoracic Society, CDC, and the Infectious Diseases Society of America (54/RR12)”, 4 novembre 2005.
[1251] Le plan « Clinton » de 1993 fut un échec. Il fut l’occasion de mettre en avant la forte capacité d’opposition du lobby de l’industrie (*AHIP* notamment) au travers d’une publicité télévisée nommée « *Harry and Louise* ». Cf. Raymond L. GOLDSTEEN et al., « Harry and Louise and health care reform: Romancing public opinion », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26, n° 6 (2001): 1325-1352; Darrell M. WEST, Diane HEITH, et Chris GOODWIN, « Harry and Louise go to Washington: Political advertising and health care reform », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 21, n° 1 (1996): 35-68; John ROBERTS, « Harry and Louise », *British Medical Journal* 308, n° 6933 (1994): 924.
[1252] Section 245(i) du *Legal Immigration Family Equity Act* (*LIFE Act*) du 21 décembre 2000. Cette section fut en vigueur dès 1994, avant même la ratification du *LIFE Act*.
[1253] The White House, *The Undocumented and the Health Care Reform Plan. Briefing Book on the Undocumented and the Health Care Reform Plan*, 1993, 11-19.
[1254] George BUSH a l’occasion de signer deux lois allant dans ce sens : P.L. 107-251 (*Health Care Safety Net Amendments*), 2002 et P.L. 110-355 (*Health Care Safety Net Act*), 2008. Barack OBAMA en signe trois : P.L. 111-5 (*American Recovery and Reinvestment Act*), 2009, P.L. 111-148 (*Patient Protection and Affordable Care Act*), 2010 et P.L. 114-10 (*Medicare Access and CHIP Reauthorization Act*), 2015.
[1255] George W. BUSH (White House), “Remarks in a Discussion at Youngstown State University in Youngstown, Ohio”, 25 mai 2004.
[1256] Barack OBAMA (White House), “Presidential Memorandum - Community Health Centers”, 9 décembre 2009. Voir aussi The White House, “Remarks by the President on Community Health Centers”, 9 décembre 2009 ; The White House, “First Lady Michelle Obama Announces Release of $851 Million from Recovery Act to Upgrade & Expand Community Health Centers”, 29 juin 2009 ; The White House, “The Obama Administration and Community Health Centers”, 2012.
[1257] Daniel R. LEVINSON (OIG), *Deficiencies in the Oversight of the 340B Drug Pricing Program (OEI-05-02-00072)*, octobre 2005.
[1258] ASPE, “The Affordable Care Act: Coverage Implications and Issues for Immigrant Families”, avril 2012, 9-12.
[1259] HRSA, “Strategic Plan, FY 2016-FY 2018”, 2016, 13.
[1260] Voir sur ce point Christine BARATS-MALBREL, « L’intégration et le discours présidentiel sur l’immigration : inscription dans l’espace national et consensus d’évitement », *Quaderni* 22, n° 1 (1994): 109-23; Christine BARATS, « Immigration : carrefour de la suspicion (discours présidentiels et juridiques) », *Mots. Les langages du politique* 60, n° 1 (1999): 43-58.
[1261] Daniel McCOOL, « The subsystem family of concepts: a critique and a proposal », *Political Research Quarterly* 51, n° 2 (1998): 551-570.
[1262] Christopher M. WEIBLE, « Expert-based information and policy subsystems: a review and synthesis », *Policy Studies Journal* 36, n° 4 (2008): 615-635.
[1263] BAUMGARTNER et JONES, *Agendas and instability in American politics*.
[1264] Moshe MAOR, « Policy bubbles: Policy overreaction and positive feedback », *Governance* 27, n° 3 (2014): 474.
[1265] Bryan D. JONES, Herschel F. THOMAS, et Michelle WOLFE, « Policy bubbles », *Policy Studies Journal* 42, n° 1 (2014): 149.
[1266] JONES, THOMAS, et WOLFE, 153.
[1267] Sauf erreur, je n’ai pas trouvé de réédition de l’ouvrage pour 2011. Cf. Deborah A. STONE, *Policy paradox: The art of political decision making* (Norton, 1997).

[1268] JONES, THOMAS, et WOLFE, 152-53.
[1269] BARDACH, « Policy dynamics », 350.
[1270] HALL, « Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain ».
[1271] BELAND, « Reconsidering policy feedback: How policies affect politics », 582.
[1272] Frank R. BAUMGARTNER et Bryan D. JONES, « Punctuated equilibria in politics », *Agendas and instability in American politics*, 1993, 3-24; James L. TRUE, Bryan D. JONES, et Frank R. BAUMGARTNER, « Punctuated equilibrium theory », in *Theories of the policy process*, 1999, 175-202; Frank R. BAUMGARTNER et al., « Punctuated equilibrium in comparative perspective », *American Journal of Political Science* 53, n° 3 (2009): 603-620; Bryan D. JONES et Frank R. BAUMGARTNER, « From there to here: Punctuated equilibrium to the general punctuation thesis to a theory of government information processing », *Policy Studies Journal* 40, n° 1 (2012): 1-20.
[1273] Michael HOWLETT, « Process sequencing policy dynamics: Beyond homeostasis and path dependency », *Journal of Public Policy* 29, n° 3 (2009): 241-262.
[1274] Mark BLYTH, *Great Transformations: Economic Ideas and Institutional Change in the Twentieth Century* (Cambridge University Press, 2002); John L. CAMPBELL, *Institutional change and globalization* (Princeton University Press, 2004); Robert COX, « The path-dependency of an idea: why Scandinavian welfare states remain distinct », *Social Policy & Administration* 38, n° 2 (2004): 204–219; Frank DOBBIN, *Forging industrial policy: The United States, Britain, and France in the railway age* (Cambridge university press, 1994); Marc SMYRL, « Beyond Interests and Institutions: US Health Policy Reform and the Surprising Silence of Big Business », *Journal of health politics, policy and law* 39, n° 1 (2014): 5–34. Dans une moindre mesure, voir également Marc SMYRL, « Vers un retour du politique dans le néo-institutionnalisme », *Pôle Sud*, n° 2 (2005): 115–130.
[1275] HOWLETT, « Process sequencing policy dynamics: Beyond homeostasis and path dependency », 244.
[1276] Frank R. BAUMGARTNER, Bryan D. JONES, et Peter B. MORTENSEN, « Punctuated equilibrium theory: Explaining stability and change in public policymaking », in *Theories of the policy process*, vol. 4, 2017, 65; Frank R. BAUMGARTNER, Bryan D. JONES, et James L. TRUE, « Punctuated equilibrium theory: Explaining stability and change in public policymaking », in *Theories of the policy process*, vol. 2, 2007, 164.
[1277] Bryan D. JONES et Frank R. BAUMGARTNER, « From There to Here: Punctuated Equilibrium to the General Punctuation Thesis to a Theory of Government Information Processing », *Policy Studies Journal* 40, n° 1 (2012): 4.
[1278] Paul A. SABATIER, « An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein », *Policy Sciences* 21, n° 2-3 (1988): 129-68.
[1279] BAUMGARTNER et JONES, *Agendas and instability in American politics*.
[1280] JENKINS-SMITH et al., « The Advocacy Coalition Framework: An Overview of the Research Program », 144-45.
[1281] O'NEAL, *Punctuated Equilibrium, Agenda Setting, and Advocacy Coalition Frameworks in Post-disaster Housing Response to Hurricane Katrina*; Daryl A. MONEAR, « Explaining stability and upheaval in state-level higher education governance: A multiple-case study analysis using advocacy coalition theory and punctuated equilibrium theory » (University of Washington, 2008).
[1282] Robert S. WOOD, « The dynamics of incrementalism: Subsystems, politics, and public lands », *Policy Studies Journal* 34, n° 1 (2006): 2.
[1283] Peter JOHN, « Is there life after policy streams, advocacy coalitions, and punctuations: Using evolutionary theory to explain policy change? », *Policy Studies Journal* 31, n° 4 (2003): 481-498.
[1284] WORSHAM, « Up in smoke: Mapping subsystem dynamics in tobacco policy ».
[1285] Virginia BEARD, « A Theoretical Understanding of Housing and Homelessness: Federal Homelessness and Housing Policy Through the Lenses of Punctuated Equilibrium Theory and Advocacy Coalition Frameworks », *Poverty & Public Policy* 5, n° 1 (2013): 67-87.
[1286] James A. DUNN et Anthony D. PERL, « Punctuated Equilibrium and Advocacy Coalitions: Toward a Post Carbon Policy Paradigm for the Automobile in North America », *Paper for the 2009*

Annual Meeting of the American Political Science Association, September 3-6, Toronto, Ontario (Canada), 2009.

[1287] Arwin VAN BUUREN et Lasse GERRITS, « Decisions as dynamic equilibriums in erratic policy processes: Positive and negative feedback as drivers of non-linear policy dynamics », *Public Management Review* 10, n° 3 (2008): 384.

[1288] Matthew C. NOWLIN, « Policy Change, Policy Feedback, and Interest Mobilization: The Politics of Nuclear Waste Management », *Review of Policy Research* 33, n° 1 (2016): 51-70.

[1289] Elinor OSTROM, *Governing the Commons: the Evolution of Institutions for Collective Action* (Cambridge University Press, 1990); Elinor OSTROM, « A Behavioral Approach to the Rational Choice Theory of Collective Action », *American Political Science Review* 92, n° 1 (1998): 1-22; Larry L. KISER et Elinor OSTROM, « The three worlds of action: A metatheoretical synthesis of institutional approaches », in *Polycentric games and institutions: Readings from the workshop in political theory and policy analysis* (University of Michigan Press, 2000), 56-88.

[1290] John M. ANDERIES et Marco A. JANSSEN, « Robustness of Social-Ecological Systems: Implications for Public Policy », *Policy Studies Journal* 41, n° 3 (2013): 513-36.

[1291] Michael GIVEL, « Assessing Material and Symbolic Variations in Punctuated Equilibrium and Public Policy Output Patterns », *Review of Policy Research* 25, n° 6 (2008): 547-61.

[1292] IZAMBERT, « Soigner les étrangers ? L'État et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours », 634.

[1293] Thierry BLIN, « L'invention des sans-papiers. Récit d'une dramaturgie politique », *Cahiers internationaux de sociologie* 125, n° 2 (2008): 258-59.

[1294] GREELEY, « Protestant and Catholic: is the analogical imagination extinct? »

[1295] Michel FOUCAULT, *Naissance de la biopolitique* (Gallimard Paris, 2004).

[1296] SKOCPOL, *Protecting soldiers and mothers*, 58.

[1297] JORDAN et MATT, « Designing policies that intentionally stick: policy feedback in a changing climate », 228.

[1298] (Notes d'entretien) « MdM a ouvert le premier CDAG en 1986 : 'Volontaires Anonymes et Gratuits', puis plusieurs à la fin des années 1980 (aucune subvention publique). »

[1299] "*Our ability to mobilize a grassroots effort or to mobilize a broad communications strategy through television ads and radio ads and newspapers ads is pretty small, but their* [NDA : les grosses entreprises] *ability to do those things is enormous*" ; "[**Me: How do you become a powerful lobby?**] *You represent a lot of people who vote based on how you tell them to vote*" ; "*I think a big part of it is electoral politics. These are people who don't vote. So they are not a powerful constituency*" ; "[**Me: You wrote as well that the money won't necessarily go toward those most in need. You compare Medicare benefits *vs.* uncovered. How would you explain that?**] *Because the organized groups are not... Because it is an organized groups of voters and they don't want to let them come in*" ; "*Doctors and hospitals there are a lot of them so the American Medical Association has a lot of reach. You have doctors in every congressional district in the country and many in large numbers. You've got lots of hospitals, every district has hospitals, there are tens of thousands, there are everywhere and they are necessary*" ; "*What* [NDA : the congressmen] *really care about is people living in their states*" ; "*The constituencies are first. I put lobbyists second probably. And I put altruism and the heart third*".

[1300] "[Industries] *have a lot of access to politicians because they can donate a lot of money and I think that in the current age of how politicians are winning elections with buying access to media and getting their message out, they are very interested in raising money*" ; "*The drug companies contribute to a very large amount of money to the political campaigns of all elected officials*" ; "*My caucus used 200 000 dollars a session, which means that the caucus expect me to pay my dues and if I don't, then I can't expect any special consideration.* [...] [**Me: do you think that sometimes they follow interest groups which give them money?**] *Yes*. [**Me: Do you think Republicans are more concerned?**] *No, all Congressmen*" ; "*Because huge amount of money that are provided now in the Supreme court decisions for campaigns*" ; "*If they have a political action committee, where they donate funds to congressional elections or presidential elections they have a big play in the money side of politics*" ; "*Business gives a lot of money to the Republican Party and they get a lot of tax breaks* [...] *Our political system is awfully influenced by campaign contributions*" ; "*Yes, money gets you elected and keeps you in office*" ; "*the role of campaign finance reform is a huge issue*" ; "*Financial interests! The situation perpetuated itself*

and people have to get donations, we don't have public financed campaigns so you got 'money's power'" ; "*These insurance companies make tons of money; the doctors make tons of money; the pharmaceutical industry makes tons of money. And they have the money to fight to make more money. They have the money to influence the political system to make sure that they keep making money*" ; "*A dominant factor is the amount of money and influence of the medical-industrial complex to resist change*" ; "*How do they get it passed? Well they give money to politicians*" ; "*Money. Far and away is money*" ; "*A lot of it is money, and with that money you get influencing of elections*" ; "*The way campaigns are financed certainly has a lot to do with it*" ; "*And a lot of money goes into lobbies, especially in the insurance world, in the pharmaceutical world, in the for profit delivery world. So they have an enormous force over the political process, over the campaigns*" ; "*There are different ways in which these groups can be influential. Certainly, donating money is one of them*" ; "[**Me: Would you say that the more you put money in political campaigns the more influential you are?**] *Of course*. [...] *The AMA and the hospitals and the managed care companies that have the kind of resources* [...] *Oh, and Phrma, they are huge, that might be the biggest*" ; "[**Me: Would you say that because they finance election, they have a huge impact?**] *Yes.*"

[1301] *Citizens United v. Federal Election Commission*, 558 U.S. 310 (2010).

[1302] "*Big businesses control the Chamber of commerce*".

[1303] "*Chamber of Commerce* [and] *the American Medical Association, insurance companies and AARP - American Association of Retired People/Persons. If you take a look at healthcare spending in the United States, almost all of it is on the elderly*" ; "*Drug companies had a huge impact on the law* [...] *The propaganda that fuels misinformation helps to drive public opinion* [...] *Public opinion sort of interacts regarding most policies where businesses have big interests* [...] *There is a very intentional effort to shape public opinion*" ; "*Big corporations are very influential. Members of Congress see there is money, and corporations have money to contribute, they also just have better more resources to get the messages to cross, yes, I think big corporations including pharmaceutical companies, big insurance companies all have a lot of influence on both Republicans and Democrats*" ; "*There is a lot of propaganda coming from political leaders, drug companies, everybody saying 'This is the best healthcare in the world'* [...] *It is going to be a struggle. On the one hand, you have the drug companies who have lots, many resources, and very concentrated resources politically. On the other hand, the advantaged we have, is many hospitals are in the program - over a thousand*" ; "[**Me: Drug companies and health insurances have a huge impact on the finance of elections**] *They can and they do*" ; "[**Me: Do insurance companies, drugs companies or the US Chamber of Commerce have a huge influence on the Congress?**] *Oh yes*" ; "*The administration in this case had private discussions with representatives of the insurance industry and they reached certain agreements so that insurance companies were at worse neutral and perhaps more accurately somewhat in favor of the Affordable Care Act. Ditto for hospitals*" ; "*But they secretly cut a deal with the drug companies because they knew if they were strongly opposed they would bring it down*" ; "*The big insurance companies and drug companies to support it*" ; "*Doctors are not like a mentor, power-group in Washington compare to the pharmaceutical industry or insurance industry or hospital industry or medical device industry. But we are a prestigious force. We are persuasive, we have a federal reputation*" ; "*When health insurance companies and pharmaceutical companies both opposed the health reform legislation in the 90s, it failed*" ; "*Bill Clinton was president they also tried to have a health reform law and all the insurance companies and drug companies were uniformly against it and helped kill it. When the Obama administration was working on the Affordable Care Act they tried to prevent having that opposition*" ; "*The insurance companies, hospitals, the American Medical Association, one of the groups that represent doctors, the health care, drug companies, all of those. So it needed to be something where there're would be a benefit for those people or we would never wins*".

[1304] "*We would have much broader coverage and more affordable healthcare without the influence of what I call the medical-industrial complex*" ; "*I think the fact that there has been no action on drug prices in a long time means that the pharmaceutical manufacturer's impact has been suitable and working for them."*

[1305] Dans le même sens : "*Drug companies wanted the whole bunch of things and they did not want to expand the 340B program too much*" ; "*A dominant factor is the amount of money and influence of the medical-industrial complex to resist change*."

[1306] "*Operate a little bit in the shadows*".

[1307] Selon un militant : "*States are the laboratories*".

[1308] Rejoignant ainsi le point de vue de Vernon BRIGGS en 1986 : Vernon M. BRIGGS Jr, « The "albatross" of immigration reform: temporary worker policy in the United States », *International Migration Review* 20, n° 4 (1986): 995.

[1309] Emery ROE, *Narrative policy analysis: Theory and practice* (Duke University Press, 1994).

[1310] Anne McNEVIN, *Contesting Citizenship: Irregular Migrants and New Frontiers of the Political* (Columbia University Press, 2011), 10.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMS, Jamie R. « The dual purposes of the U visa thwarted in a legislative duel ». *Saint Louis University Public Law Review* 29 (2009): 373-413.

ACKET, Camille. « 15. Santé et migrations, l'exemple de la France ». In *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, 215-25. Les Presses de Sciences Po, 2010.

AFFELTRANGER, Bastien, Louise POTVIN, Christine FERRON, Hélène VANDEWALLE, et Alexandre VALLEE. « Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? » *Santé Publique* 30, n° 1 (2018): 13-24.

AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. Seuil, 1997.

AGIOMIRGIANAKIS, George, et Athina ZERVOYIANNI. « Macroeconomic equilibrium with illegal immigration ». *Economic modelling* 18, n° 2 (2001): 181-202.

AGUZZI, Adriano, et Mathias HEIKENWALDER. « Pathogenesis of prion diseases: current status and future outlook ». *Nature Reviews Microbiology* 4, n° 10 (2006): 765-75.

ALBER, Jens. « Is there a crisis of the welfare state? Crossnational evidence from Europe, North America, and Japan ». *European Sociological Review* 4, n° 3 (1988): 181–205.

———. « What the European and American welfare states have in common and where they differ: facts and fiction in comparisons of the European Social Model and the United States ». *Journal of European Social Policy* 20, n° 2 (2010): 102-25.

ALBRIGHT, Elizabeth A. « Policy Change and Learning in Response to Extreme Flood Events in Hungary: An Advocacy Coalition Approach ». *Policy Studies Journal* 39, n° 3 (2011): 485-511.

ALTER, Miriam J., Deanna KRUSZON-MORAN, Omana V. NAINAN, Geraldine M. McQUILLAN, Fengxiang GAO, Linda A. MOYER, Richard A. KASLOW, et Harold S. MARGOLIS. « The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994 ». *New England Journal of Medicine* 341, n° 8 (1999): 556-62.

ALVAREZ-ROSETE, Arturo, et Benjamin HAWKINS. « Advocacy Coalitions, Contestation, and Policy Stasis: The 20 Year Reform Process of the Colombian Health System ». *Latin American Policy* 9, n° 1 (2018): 27-54.

AMIRAUX, Valérie, et Virginie GUIRAUDON. « Discrimination in comparative perspective: policies and practices ». *American Behavioral Scientist* 53, n° 12 (2010): 1691–1714.

AMUEDO-DORANTES, Catalina, et Francesca MAZZOLARI. « Remittances to Latin America from migrants in the United States assessing the impact of amnesty programs ». *Journal of Development Economics* 91, n° 2 (2010): 323-35.

ANDERIES, John M., et Marco A. JANSSEN. « Robustness of Social-Ecological Systems: Implications for Public Policy ». *Policy Studies Journal* 41, n° 3 (2013): 513-36.

ANDERSON, Charles W. « Comparative policy analysis: The design of measures ». *Comparative Politics* 4, n° 1 (1971): 117–131.

———. « Political design and the representation of interests ». *Comparative Political Studies* 10, n° 1 (1977): 127–152.

ANDERSON, James E. *Public Policymaking*. Cengage Learning, 2014.

ANDERSON, William F. A., et David A. MacLEAN. « Public forest policy development in New Brunswick, Canada: multiple streams approach, advocacy coalition framework, and the role of science ». *Ecology and Society* 20, n° 4 (2015).

ANDRAPALLIYAL, Vinita. « Healthcare for All: The Gap between Rhetoric and Reality in the Affordable Care Act ». *UCLA Law Review Discourse* 61 (2013): 58-77.

ANDSAGER, Julie L. « How Interest Groups Attempt to Shape Public Opinion with Competing News Frames ». *Journalism & Mass Communication Quarterly* 77, n° 3 (2000): 577-92.

ANTECOL, Heather, et Kelly BEDARD. « Unhealthy assimilation: why do immigrants converge to American health status levels? » *Demography* 43, n° 2 (2006): 337–360.

ARANGO, Joaquin. « Explaining migration: a critical view ». *International social science journal* 52, n° 165 (2000): 283–296.

ARMSTRONG, Gregory L., Annemarie WASLEY, Edgar P. SIMARD, Geraldine M. McQuillan, Wendi L. KUHNERT, et Miriam J. ALTER. « The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002 ». *Annals of internal medicine* 144, n° 10 (2006): 705-14.

BABU, Maya A., et Joseph B. WOLPIN. « Undocumented Immigrants, Healthcare Access, And Medical Repatriation Following Serious Medical Illness ». *Journal of Health & Life Sciences Law* 83, n° 3 (2010): 83-109.

BACH, Robert L. « Immigration: Issues of ethnicity, class, and public policy in the United States ». *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 485, n° 1 (1986): 139–152.

BADER, Veit. « The ethics of immigration ». *Constellations* 12, n° 3 (2005): 331–361.

BAEKGAARD, Martin, Søren Kølbæk LARSEN, et Peter B. MORTENSEN. « Negative Feedback, Political Attention, and Public Policy ». *Public Administration*, en cours de publication 2018.

BAKER, Susan Gonzalez. *The cautious welcome: The legalization programs of the Immigration Reform and Control Act*. Vol. 5. RAND Corporation, 1990.

BALCH, George I. « The stick, the carrot, and other strategies: A theoretical analysis of governmental intervention ». *Law & Policy* 2, n° 1 (1980): 35–60.

BANDELOW, Nils C., et Stefan KUNDOLF. « Belief systems and the emergence of advocacy coalitions in nascent subsystems: A case study of the European GNSS program Galileo ». *German Policy Studies* 7, n° 2 (2011): 113–139.

BARATS, Christine. « Immigration : carrefour de la suspicion (discours présidentiels et juridiques) ». *Mots. Les langages du politique* 60, n° 1 (1999): 43-58.

———. « L'intégration et le discours présidentiel sur l'immigration : inscription dans l'espace national et consensus d'évitement ». *Quaderni* 22, n° 1 (1994): 109-23.

BARBIERI, Nicolás. « Why does cultural policy change? Policy discourse and policy subsystem: a case study of the evolution of cultural policy in Catalonia ». *International Journal of Cultural Policy* 18, n° 1 (2012): 13–30.

BARDACH, Eugene. « Policy dynamics ». In *The Oxford handbook of public policy*, 336–366. Oxford University Press, 2006.

BASHFORD, Alison. « Insanity and Immigration Restriction ». *Migration, Health and Ethnicity in the Modern World*, 2013, 14-35.

BASSO, Jacques. « Les groupes d'intérêt, les groupes de pression et le fonctionnement de la démocratie en société civile européenne ». *L'Europe en formation* 303 (1997): 39–51.

BASTIDA, Elena, H. Shelton BROWN, et José A PAGAN. « Persistent Disparities in the Use of Health Care Along the US–Mexico Border: An Ecological Perspective ». *American Journal of Public Health* 98, n° 11 (2008): 1987-95.

BAUMGARTNER, Frank R., Jeffrey M. BERRY, Marie HOJNACKI, Beth L. LEECH, et David C. KIMBALL. *Lobbying and policy change: Who wins, who loses, and why*. University of Chicago Press, 2009.

BAUMGARTNER, Frank R., Christian BREUNIG, Christoffer GREEN-PEDERSEN, Bryan D. JONES, Peter B. MORTENSEN, Michiel NUYTEMANS, et Stefaan WALGRAVE. « Punctuated equilibrium in comparative perspective ». *American Journal of Political Science* 53, n° 3 (2009): 603–620.

BAUMGARTNER, Frank R., et Bryan D. JONES. « Agenda dynamics and policy subsystems ». *The journal of Politics* 53, n° 4 (1991): 1044–1074.

———. *Agendas and instability in American politics*. Chicago: University of Chicago Press, 1993.

———. « Positive and negative feedback in politics ». *Policy dynamics*, 2002, 3–28.

———. « Punctuated equilibria in politics ». *Agendas and instability in American politics*, 1993, 3–24.

BAUMGARTNER, Frank R., Bryan D. JONES, et Peter B. MORTENSEN. « Punctuated equilibrium theory: Explaining stability and change in public policymaking ». In *Theories of the policy process*, 4:55–101, 2017.

BAUMGARTNER, Frank R., Bryan D. JONES, et James L. TRUE. « Punctuated equilibrium theory: Explaining stability and change in public policymaking ». In *Theories of the policy process*, 2:155–187, 2007.

BEAN, Frank D., Barry EDMONSTON, et Jeffrey S. PASSEL. *Undocumented Migration to the United States: IRCA and the Experience of the 1980s*. Vol. 7. RAND Corporation, 1990.

BEARD, Virginia. « A Theoretical Understanding of Housing and Homelessness: Federal Homelessness and Housing Policy Through the Lenses of Punctuated Equilibrium Theory and Advocacy Coalition Frameworks ». *Poverty & Public Policy* 5, n° 1 (2013): 67-87.

BECKER, Howard S. *Social problems: A modern approach*. J. Wiley and Sons, 1966.

BELAND, Daniel. « Policy Change and Health Care Research ». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 35, n° 4 (2010): 615-41.

———. « Reconsidering policy feedback: How policies affect politics ». *Administration & Society* 42, n° 5 (2010): 568–590.

BENAMOUZIG, Daniel, et Julien BESANÇON. « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France ». *Sociologie du Travail* 47, n° 3 (2005): 301-22.

BENDOR, Jonathan, et Terry M. MOE. « An adaptive model of bureaucratic politics ». *American Political Science Review* 79, n° 3 (1985): 755–774.

BENITEZ-SILVA, Hugo, Eva Cárceles POVEDA, et Selçuk EREN. « Effects of Legal and Unauthorized Immigration on the U.S. Social Security System ». University of Michigan, 2011.

BENSON, Rodney. *L'immigration au prisme des médias*. Presses universitaires de Rennes, 2017.

BENSON, Rodney, et Abigail SAGUY. « Constructing Social Problems in an Age of Globalization: A French-American Comparison ». *American Sociological Review* 70, n° 2 (2005): 233-59.

BERCHET, Caroline, et Florence JUSOT. « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français ». Post-Print. HAL, 2012.

———. « L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. Une analyse selon le genre et l'origine ». *Revue économique* 61, n° 6 (2010): 1075-98.

BERG, Justin Allen. « White Public Opinion toward Undocumented Immigrants: Threat and Interpersonal Environment ». *Sociological Perspectives* 52, n° 1 (2009): 39-58.

BERK, Marc L., Claudia L. SCHUR, Leo R. CHAVEZ, et Martin FRANKEL. « Health care use among undocumented Latino immigrants ». *Health Affairs* 19, n° 4 (2000): 51–64.

BERRY, Jeffrey M. *Subgovernments, issue networks, and political conflict*. Westview Press, 1989.

BEVERWIJK, Jasmin, Leo GOEDEGEBUURE, et Jeroen HUISMAN. « Policy change in nascent subsystems: Mozambican higher education policy 1993–2003 ». *Policy Sciences* 41, n° 4 (2008): 357–377.

BICKERS, Kenneth N., et Robert M. STEIN. « A portfolio theory of policy subsystems ». *Administration & Society* 26, n° 2 (1994): 158–184.

BINGHAM, Gail. *Resolving environmental disputes: A decade of experience*. Conservation Foundation Washington, DC, 1986.

BJÖRNGREN-CUADRA, Carin, et Sandro CATTACIN. *Policies on health care for undocumented migrants in the EU27: towards a comparative framework. Summary report*. Malmö: Health Care in NowHereland, Malmö University, 2010.

BLIN, Thierry. « L'invention des sans-papiers. Récit d'une dramaturgie politique ». *Cahiers internationaux de sociologie* 125, n° 2 (2008): 241.

BLUMENTHAL, Sidney. *The permanent campaign*. Simon & Schuster, 1982.

BLYTH, Mark. *Great Transformations: Economic Ideas and Institutional Change in the Twentieth Century*. Cambridge University Press, 2002.

BODY-GENDROT, Sophie. « L'universalisme français à l'épreuve des discriminations ». *Hommes & Migrations* 1245, n° 1 (2003): 19-28.

BOND, Eric W., et Tain-Jy CHEN. « The welfare effects of illegal immigration ». *Journal of international economics* 1987 (1987): 315-28.

BONITA, Ruth, Robert BEAGLEHOLE, et Tord KJELLSTROM. *Basic epidemiology*. World Health Organization, 2006.

BORJAS George. « Welfare reform, labor supply, and health insurance in the immigrant population. » *Journal of Health Economics* 22, n° 6 (2003): 933-58.

BOSWELL, Christina. « Theorizing Migration Policy: Is There a Third Way? » *International Migration Review* 41, n° 1 (2007): 75-100.

BOSWORTH, Mary, et Emma KAUFMAN. « Foreigners in a Carceral Age: Immigration and Imprisonment in the United States ». *Stanford Law & Policy Review* 22 (2011): 429-54.

BRADER, Ted, Nicholas A. VALENTINO, et Elizabeth SUHAY. « What Triggers Public Opposition to Immigration? Anxiety, Group Cues, and Immigration Threat ». *American Journal of Political Science* 52, n° 4 (2008): 959-78.

BRESA Lindita. « Uninsured, illegal, and in need of long-term care; the repatriation of undocumented immigrants by U.S. hospitals. » *Seton Hall Law Review* 40, n° 4 (2010): 1663-96.

BRETON, Eric, Lucie RICHARD, France GAGNON, Marie JACQUES, et Pierre BERGERON. « Health promotion research and practice require sound policy analysis models: The case of Quebec's Tobacco Act ». *Social Science & Medicine* 67, n° 11 (2008): 1679-89.

BRIGGS, Charles L. « Communicability, Racial Discourse, and Disease ». *Annual Review of Anthropology* 34, n° 1 (2005): 269-91.

BRIGGS Jr, Vernon M. « The "albatross" of immigration reform: temporary worker policy in the United States ». *International Migration Review* 20, n° 4 (1986): 995–1019.

BRODER Tanya. « Immigrant eligibility for public benefits ». *Immigration & Nationality Law Handbook*, 2005, 759-82.

BROWN, Lawrence D. « Comparing health systems in four countries: lessons for the United States ». *American Journal of Public Health* 93, n° 1 (2003): 52–56.

———. « Exceptionalism as the rule? US health policy innovation and cross-national learning ». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 23, n° 1 (1998): 35–51.

———. « Incrementalism adds up ». *Healthy, wealthy, and fair: Health care and the good society*, 2005, 315–335.

———. « Pedestrian paths: why path-dependence theory leaves health policy analysis lost in space ». *Journal of health politics, policy and law* 35, n° 4 (2010): 643–661.

———. « The fox and the grapes: is real reform beyond reach in the United States? » *Journal of Health Politics, Policy and Law* 37, n° 4 (2012): 587–609.

BROWN, Lawrence D., et Lawrence R. JACOBS. *The private abuse of the public interest: Market myths and policy muddles*. University of Chicago Press, 2009.

BROWN, Lawrence D., et Michael S. SPARER. « Poor program's progress: The unanticipated politics of Medicaid policy ». *Health Affairs* 22, n° 1 (2003): 31–44.

———. « Window shopping: State health reform politics in the 1990s ». *Health Affairs* 20, n° 1 (2001): 50–67.

BROWN, Lawrence D., et Beth STEVENS. « Charge of the right brigade? Communities, coverage, and care for the uninsured ». *Health Affairs* 25, n° 3 (2006): w150–w161.

BRUBAKER, Roger. « Migration, Membership, and the Modern Nation-State: Internal and External Dimensions of the Politics of Belonging. » *Journal of Interdisciplinary History* 41, n° 1 (2010): 61-78.

BURNS, Peter, et James G. GIMPEL. « Economic Insecurity, Prejudicial Stereotypes, and Public Opinion on Immigration Policy ». *Political Science Quarterly* 115, n° 2 (2000): 201-25.

BURSTEIN, Paul, et C. Elizabeth HIRSH. « Interest Organizations, Information, and Policy Innovation in the U.S. Congress ». *Sociological Forum* 22, n° 2 (2007): 174-99.

BZOSTEK, Sharon, Noreen GOLDMAN, et Anne PEBLEY. « Why do Hispanics in the USA report poor health? » *Social Science & Medicine* 65, n° 5 (2007): 990-1003.

CACARI-STONE, Lisa, et Magdalena AVILA. « Rethinking Research Ethics for Latinos: The Policy Paradox of Health Reform and the Role of Social Justice ». *Ethics & Behavior* 22, n° 6 (2012): 445-60.

CALANNI, John C., Saba N. SIDDIKI, Christopher M. WEIBLE, et William D. LEACH. « Explaining coordination in collaborative partnerships and clarifying the scope of the belief homophily hypothesis ». *Journal of Public Administration Research and Theory* 25, n° 3 (2014): 901–927.

CALAVITA, Kitty. *Inside the state: The Bracero Program, immigration, and the INS*. Quid Pro Books, 2010.

CAMPBELL, John L. *Institutional change and globalization*. Princeton University Press, 2004.

CARBALLO, Manuel, Jose Julio DIVINO, et Damir ZERIC. « Migration and health in the European Union ». *Tropical Medicine & International Health* 3, n° 12 (1998): 936–944.

CARBALLO, Manuel, et Aditi NERUKAR. « Migration, refugees, and health risks. » *Emerging infectious diseases* 7, n° 3 Suppl (2001): 556.

CARDE, Estelle. « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins ». *Santé Publique* 19, n° 2 (2007).

———. « Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers: de l'Aide sociale aux politiques d'immigration ». *Mouvements*, n° 3 (2009): 143–156.

CARENS, Joseph H. « The Rights of Irregular Migrants ». *Ethics & International Affairs* 22, n° 2 (2008): 163-86.

CARPENTER, Susan L., et William JD KENNEDY. *Managing public disputes: A practical guide to handling conflict and reaching agreements*. Jossey-Bass San Francisco, CA, 1988.

CASTANEDA, Heide. « Im/migration and Health: Conceptual, Methodological, and Theoretical Propositions for Applied Anthropology ». *NAPA Bulletin* 34, n° 1 (2010): 6-27.

CASTEL, Robert. *Les métamorphoses de la question sociale*. Fayard, 1995.

CASTLES, Francis G. « On religion and public policy: Does Catholicism make a difference? » *European Journal of Political Research* 25, n° 1 (1994): 19–40.

CASTLES, Francis G., Stephan LEIBFRIED, Jane LEWIS, Herbert OBINGER, et Christopher PIERSON. *The Oxford handbook of the welfare state*. OUP Oxford, 2012.

CASTLES, Stephen. « The Factors that Make and Unmake Migration Policies ». *International Migration Review* 38, n° 3 (2004): 852–884.

CASTRO-ECHEVERRY, Eduardo, Lillian S. KAO, Emily K. ROBINSON, Eric J. SILBERFEIN, Tien C. KO, et Curtis J. WRAY. « Relationship between documentation status and survival for medically underserved Hispanic breast cancer patients ». *Journal of Surgical Research* 180, n° 2 (2013): 284-89.

CATER, Douglass. *Power in Washington. A Critical Look at Today's Struggle to Govern in the Nation's Capital*. Random House, 1964.

CHAPKIS, Wendy. « Trafficking, Migration, and the Law Protecting Innocents, Punishing Immigrants ». *Gender & Society Gender & Society* 17, n° 6 (2003): 923-37.

CHAUVIN, Sébastien. « En attendant les papiers ». *Politix*, n° 3 (2009): 47–69.

CHAUVIN, Sébastien, et Blanca GARCES-MASCARENAS. « Beyond informal citizenship: The new moral economy of migrant illegality ». *International Political Sociology* 6, n° 3 (2012): 241–259.

CHAVEZ Leo. « Undocumented immigrants and their use of medical services in Orange County, California. » *Social Science & Medicine* 74, n° 6 (2012): 887-93.

CHESLER, Elizabeth R. « Denying Undocumented Immigrants Access to Medicaid: A Denial of Their Equal Protection Rights ». *Boston University Public Interest Law Journal* 17 (2007): 255-87.

CITRIN, Jack, Donald P. GREEN, Christopher MUSTE, et Cara WONG. « Public Opinion Toward Immigration Reform: The Role of Economic Motivations ». *The Journal of Politics* 59, n° 3 (1997): 858-81.

CITRIN, Jack, et John SIDES. « Immigration and the Imagined Community in Europe and the United States ». *Political Studies* 56, n° 1 (2008): 33-56.

CLARK, Brietta R. « The immigrant health care narrative and what it tells us about the US health care system ». *Annals of Health Law* 17 (2008): 229-78.

COBOS, Daniel G., et Jonathan Winston JONES. « Promoting passage through care: how to best serve undocumented immigrants with HIV ». *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 19, n° 4 (2008): 320–324.

COGNET, Marguerite, Christelle HAMEL, et Muriel MOISY. « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe ». *Revue européenne des migrations internationales* 28, n° 2 (2012): 11-34.

COGNET, Marguerite, Anne-Cécile HOYEZ, et Christian POIRET. « Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations » 28, n° 2 (s. d.): 7-10.

COHEN, Jeffrey E., et Charles BARRILLEAUX. « 12. Public opinion interest groups and public policy making. Abortion policy in the American states. » In *Understanding the New Politics of Abortion*, 203-21. SAGE Publications, 1993.

COLGROVE, James Keith, Gerald E. MARKOWITZ, et David ROSNER. *The contested boundaries of American public health*. Rutgers University Press, 2008.

COMITI, Vincent-Pierre, et Jacqueline PATUREAU. « La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires ». *Santé, Société et Solidarité* 4, n° 1 (2005): 129-37.

COOK, Fay Lomax, et Edith J. BARRETT. *Support for the American welfare state: The views of Congress and the public*. Columbia University Press, 1992.

CORNELIUS, Wayne A. « Controlling 'Unwanted' Immigration: Lessons from the United States, 1993-2004 ». *Journal of Ethnic and Migration Studies* 31, n° 4 (2005): 775-94.

COSMAN, Madeleine Pelner. « Illegal aliens and American medicine ». *Journal of American Physicians and Surgeons* 10, n° 1 (2005): 6–10.

COUTIN, Susan B. « Cultural Logics of Belonging and Movement: Transnationalism, Naturalization, and U.S. Immigration Politics ». *American Ethnologist* 30, n° 4 (2003): 508-26.

COVINGTON, Brett. « Is Postsecondary Access for Undocumented Immigrants an Important Right-How the United States and Europe Differ ». *Georgetown Immigration Law Journal* 23 (2008): 403-41.

COX, Robert. « The path-dependency of an idea: why Scandinavian welfare states remain distinct ». *Social Policy & Administration* 38, n° 2 (2004): 204–219.

CRIBIER, Bernard. « Strasbourg, capitale du mycosis fongoïde de 1919 à 1964, ou la fortune des éponymes ». *Histoire des sciences médicales* 45, n° 4 (2011): 415–426.

CRONIN, Thomas E. *The state of the presidency*. Little, Brown and Co., 1980.

CROW, Deserai Anderson. « Stakeholder behavior and legislative influence: A case study of recreational water rights in Colorado ». *The Social Science Journal* 45, n° 4 (2008): 646-58.

CULLERTON, Katherine, Timothy DONNET, Amanda LEE, et Danielle GALLEGOS. « Playing the policy game: a review of the barriers to and enablers of nutrition policy change ». *Public Health Nutrition* 19, n° 14 (2016): 2643-53.

DA LOMBA, Sylvie. « Irregular migrants and the human right to health care: a case-study of health-care provision for irregular migrants in France and the UK ». *International Journal of Law in Context* 7, n° 03 (2011): 357-74.

DAHL, Robert A., et Charles E. LINDBLOM. *Politics, economics and welfare: planning and politico-economic systems, resolved into basic processes*. Harper & Brothers, 1953.

DALY, Gerald. « Migrants and gate keepers: The links between immigration and homelessness in Western Europe ». *Cities* 13, n° 1 (1996): 11–23.

DANIEL, Dominique. « La politique de l'immigration aux États-Unis ». *Revue internationale et stratégique*, n° 2 (2003): 147–155.

DE BRUIJN, Hans A., et Hans AM. HUFEN. « The traditional approach to policy instruments ». *Public policy instruments: Evaluating the tools of public administration*, 1998, 11–32.

DE BRUIJN, Hans, et Ernst TEN HEUVELHOF. *Management in Networks: On multi-actor decision making*. Routledge, 2012.

DE MARTEL, Catherine, Jacques FERLAY, Silvia FRANCESCHI, Jérôme VIGNAT, Freddie BRAY, David FORMAN, et Martyn PLUMMER. « Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis ». *The lancet oncology* 13, n° 6 (2012): 607-15.

DEGOS, Laurent, et Victor G. RODWIN. « Two faces of patient safety and care quality: a Franco-American comparison ». *Health Economics, Policy and Law* 6, n° 3 (2011): 287–294.

DELETTRE, Dominique. « Le maintien des étrangers pour raison médicale sur le territoire français. Le rôle du médecin inspecteur de santé publique dans la procédure. » Mémoire de Médecin inspecteur de santé publique, Ecole nationale de la santé publique, 1999.

DEMARIA, Anthony N. *Immigration policy and health care*. Journal of the American College of Cardiology, 2005.

DENIS, F., J. L. TABASTE, et S. RANGER-ROGEZ. « Prévalence de l'AgHBs chez près de 21 500 femmes enceintes. Enquête de 12 CHU français ». *Pathologie et Biologie* 42, n° 5 (1994): 533-38.

DESMEULES, Marie, Jenny GOLD, Arminee Kazanjian, Doug Manuel, Jennifer Payne, B. Vissandee, Sarah McDermott, et Yang Mao. « New approaches to immigrant health assessment. » *Canadian journal of public health. Revue canadienne de santé publique* 95, n° 3 (2004): 122-26.

DEUTSCH, Karl Wolfgang. *The analysis of international relations*. Prentice-Hall, 1968.

DEVI, Sharmila. « US health and immigration systems failing migrants ». *The Lancet* 373, n° 9662 (2009): 448–449.

DOBBIN, Frank. *Forging industrial policy: The United States, Britain, and France in the railway age*. Cambridge university press, 1994.

DODD, Lawrence Cloyd. *Congress and the administrative state*. Vol. 4. Wiley, 1979.

DOERN, George B., et Richard W. PHIDD. *Canadian public policy: Ideas, structure, process*. Methuen, 1983.

DOUGLAS, Mary. *Cultural bias*. 35. Royal Anthropological Institute, 1978.

———. *How institutions think*. Syracuse University Press, 1986.

DUBARD, C. Annette, et Mark W. MASSING. « Trends in Emergency Medicaid Expenditures for Recent and Undocumented Immigrants ». *JAMA* 297, n° 10 (2007): 1085-92.

DUGUET, Anne-Marie, et Benedicte BEVIERE. « Access to Health Care for Illegal Immigrants: A Specific Organisation in France ». *European Journal of Health Law* 18 (2011): 27.

DUNAWAY, Johanna, Regina P. BRANTON, et Marisa A. ABRAJANO. « Agenda Setting, Public Opinion, and the Issue of Immigration Reform* ». *Social Science Quarterly* 91, n° 2 (2010): 359-78.

DUNN, James A., et Anthony D. PERL. « Punctuated Equilibrium and Advocacy Coalitions: Toward a Post Carbon Policy Paradigm for the Automobile in North America ». *Paper for the 2009 Annual Meeting of the American Political Science Association, September 3-6, Toronto, Ontario (Canada)*, 2009.

DÜR, Andreas. « Interest groups in the European Union: how powerful are they? » *West European Politics* 31, n° 6 (2008): 1212–1230.

DÜR, Andreas, et Gemma MATEO. « Public opinion and interest group influence: how citizen groups derailed the Anti-Counterfeiting Trade Agreement ». *Journal of European Public Policy* 21, n° 8 (2014): 1199-1217.

DUROSELLE, Jean Baptiste. *Les débuts du catholicisme social en France (1822-1870)*. Vol. 4. Presses universitaries de France, 1951.

DUTTON, Paul. *Differential diagnoses a comparative history of health care problems and solutions in the United States and France*. Cornell University Press, 2007.

DWYER, James. « Illegal Immigrants, Health Care, and Social Responsibility ». *Hastings Center Report* 34, n° 1 (2 janvier 2004): 34-41.

ELLERMANN, Antje. « Undocumented migrants and resistance in the liberal state ». *Politics & Society* 38, n° 3 (2010): 408–429.

ELLIOTT, Sean. « Staying within the lines: the question of post-stabilization treatment for illegal immigrants under Emergency Medicaid ». *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 24 (2007): 149-80.

ESPENSHADE, Thomas J. « Unauthorized immigration to the United States ». *Annual Review of Sociology* 21, n° 1 (1995): 195–216.

ESPENSHADE, Thomas J., Jessica L. BARAKA, et Gregory A. HUBER. « Implications of the 1996 Welfare and Immigration Reform Acts for US Immigration ». *Population and Development Review* 23, n° 4 (1997): 769-801.

ESPENSHADE, Thomas J., et Charles A. CALHOUN. « An analysis of public opinion toward undocumented immigration ». *Population Research and Policy Review* 12, n° 3 (1993): 189–224.

EVANS Patricia. « Nonemergency Medical Care for Illegal Immigrants in Texas ». *AMA Journal of Ethics (Virtual Mentor)* 10, n° 4 (2008): 195-200.

FACCHINI, Giovanni, Anna Maria MAYDA, et Prachi MISHRA. « Do interest groups affect US immigration policy? » *Journal of International Economics* 85, n° 1 (2011): 114-28.

FACCHINI, Giovanni, et Max Friedrich STEINHARDT. « What drives U.S. immigration policy? Evidence from congressional roll call votes ». *Journal of Public Economics* 95, n° 7 (2011): 734-43.

FAIRCHILD, Amy L. « Policies of inclusion: immigrants, disease, dependency, and American immigration policy at the dawn and dusk of the 20th century ». *American Journal of Public Health* 94, n° 4 (2004): 528–539.

FANFANI, Amintore. *Catholicism, protestantism, and capitalism*. IHS Press, 2002.

FASSIN, Didier. « « Clandestins » ou « exclus » ? Quand les mots font des politiques ». *Politix* 9, n° 34 (1996): 77–86.

———. « Entre politiques du vivant et politiques de la vie: pour une anthropologie de la santé ». *Anthropologie et sociétés* 24, n° 1 (2000): 95–116.

———. « L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida ». *Sciences sociales et santé* 17, n° 4 (1999): 5-36.
———. « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers ». *Sciences sociales et santé* 19, n° 4 (2001): 5-34.
FASSIN, Didier, et Philippe DEWITTE. *Santé. Le traitement de la différence*. Paris: Hommes & Migrations, 2000.
FEIN, Rashi. *Medical care, medical costs: The search for a health insurance policy*. Harvard University Press, 1986.
FIDELMAN, Pedro, Louisa S. EVANS, Simon FOALE, Christopher M. WEIBLE, Franciska VON HELAND, et Dallas ELGIN. « Coalition cohesion for regional marine governance: A stakeholder analysis of the Coral Triangle Initiative ». *Ocean & Coastal Management* 95 (2014): 117-28.
FINE, Sarah. « The Ethics of Immigration: Self-Determination and the Right to Exclude ». *Philosophy Compass* 8, n° 3 (2013): 254–268.
FISCHER, Frank, Gerald J. MILLER, et Mara S. SIDNEY. *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*. CRC Press, 2007.
FISCHER Nicolas. « Une frontière négociée. L'assistance juridique associative aux étrangers placés en rétention administrative ». *Politix* 87, n° 3 (2009): 71-92.
FOUCAULT, Michel. « "Il faut défendre la société". Cours au Collège de France », s. d., 1976.
———. *Naissance de la biopolitique*. Gallimard Paris, 2004.
FRAGOMEN Jr, Austin T. « The Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act of 1996: An Overview ». *The International Migration Review* 31, n° 2 (1997): 438.
FREEMAN, Gary P. « Immigrant Incorporation in Western Democracies ». *International Migration Review* 38, n° 3 (2004): 945–969.
———. « Modes of immigration politics in liberal democratic states ». *International migration review*, 1995, 881–902.
FREEMAN, John L. *The Political Process: Executive Bureau-Legislative, Committee Relations*. Vol. 13. Random House, 1965.
FREEMAN, Richard B. « Immigration from poor to wealthy countries ». *European Economic Review European Economic Review* 37, n° 2-3 (1993): 443-51.
GABARRO, Céline. « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique ». *Revue européenne des migrations internationales* 28, n° 2 (2012): 35-56.
GALARNEAU, Charlene. « Still missing: undocumented immigrants in health care reform ». *Journal of health care for the poor and underserved* 22, n° 2 (2011): 422–428.
GASTAUT, Yvan. « Français et immigrés à l'épreuve de la crise (1973-1995), Abstract ». *Vingtième Siècle. Revue d'histoire* n° 84, n° 4 (2004): 107-18.
GATRELL, Jay D., et Lou FINTOR. « Spatial niches, policy subsystems, and agenda setting: the case of the ARC ». *Political Geography* 17, n° 7 (1998): 883–897.
GILBOY, Janet A. « Deciding Who Gets In: Decisionmaking by Immigration Inspectors ». *Law & Society Review* 25, n° 3 (1991): 571-99.

GIRARD, Alain. « Opinion publique, immigration et immigrés ». *Ethnologie française* 7, n° 3 (1977): 219-28.
GIVEL, Michael. « Assessing Material and Symbolic Variations in Punctuated Equilibrium and Public Policy Output Patterns ». *Review of Policy Research* 25, n° 6 (2008): 547-61.
GLADWELL, Malcolm. « The moral-hazard myth ». *The New Yorker* 29 (2005): 44–49.
GLEN, Patrick. « Health Care and the Illegal Immigrant ». *Health Matrix: Journal of Law-Medicine* 23 (2013): 197-236.
GOFFMAN, Erving. *Frame analysis: An essay on the organization of experience.* Harvard University Press, 1974.
GOLDBERG, Chad Alan. « Welfare recipients or workers? Contesting the workfare state in New York City ». *Sociological Theory* 19, n° 2 (2001): 187–218.
GOLDSTEEN, Raymond L., Karen GOLDSTEEN, James H. SWAN, et Wendy CLEMENA. « Harry and Louise and health care reform: Romancing public opinion ». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26, n° 6 (2001): 1325–1352.
GORMLEY, William. « Bureau-Bashing: A framework for analysis ». In *Meetings of the American Political Science Association, Chicago, IL*, 1987.
GOULD, Stephen J., et Niles ELDREDGE. « Punctuated equilibria: the tempo and mode of evolution reconsidered ». *Paleobiology* 3, n° 2 (1977): 115–151.
GREELEY, Andrew. « Protestant and Catholic: is the analogical imagination extinct? » *American sociological review*, 1989, 485–502.
GREENSPON, Morgan. « The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act and Sources of Funding ». *Annals of Health Law* 17 (2008): 309-16.
GRIFFITH, Ernest S. *Impasse of democracy. A Study of the Modern Government in Action*. Harrison Hilton Books Inc., 1939.
GRIMM, Jason, et Jeffrey WELLS. « Illegal Immigrants in the Emergency Department: An Ethical Dilemma for Nurses? » *Journal of Emergency Nursing* 35, n° 2 (2009): 127-28.
GUCHET, Yves, et Jean-Marie DEMALDENT. *Histoire des idées politiques*. Vol. 2. Armand Colin, 1995.
GUENDELSBERGER, John W. « Equal Protection and Resident Alien Access to Public Benefits in France and the United States ». *Tulane Law Review* 67 (1992): 669-731.
GUERRA Kristalee. « The Policy and Politics of Illegal Immigrant Health Care in Texas ». *Houston Journal of Health Law & Policy* 3 (s. d.): 113-50.
GUIRAUDON, Virginie. « Different nation, same nationhood: The challenges of immigrant policy ». In *Changing France. The Politics that Markets Make*, 129–149. Springer, 2008.
———. *Les politiques d'immigration en Europe : Allemagne, France, Pays-Bas*. L'Harmattan, 2000.
———. « L'intégration des immigrés ou la politique de l'esquive ». In *La France en mutation. 1980-2005*, 265–299. Presses de Sciences Po, 2006.

GUSHULAK, Brian D., et Douglas W. McPHERSON. « The basic principles of migration health: population mobility and gaps in disease prevalence ». *Emerging themes in epidemiology* 3, n° 1 (2006): 3.

GUSMANO, Michael K. « Undocumented immigrants in the United States: Use of health care ». *The Hastings Center*, 2012. http://undocumentedpatients.org.

HAAS, Peter M. « Introduction: epistemic communities and international policy coordination ». *International organization* 46, n° 1 (1992): 1–35.

HACHIMI ALAOUI, Myriam, et Alexandra NACU. « Soigner les étrangers en situation irrégulière ». *Hommes et migrations.*, n° 1284 (2010): 163-73.

HACKER, Jacob S. *The divided welfare state: The battle over public and private social benefits in the United States*. Cambridge University Press, 2002.

HACKER, Karen, Jocelyn CHU, Carolyn LEUNG, Robert MARRA, Alex PIRIE, Mohamed BRAHIMI, Margaret ENGLISH, Joshua BECKMANN, Dolores ACEVEDO-GARCIA, et Robert P MARLIN. « The impact of Immigration and Customs Enforcement on immigrant health: Perceptions of immigrants in Everett (Massachusetts, USA) ». *Social Science & Medicine* 73, n° 4 (2011): 586-94.

HAEDER, Simon F. « Beyond Path Dependence: Explaining Healthcare Reform and Its Consequences ». *Policy Studies Journal* 40 (2012): 65-86.

HALL, Peter A. « Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain ». *Comparative politics*, 1993, 275–296.

HALL, Richard L., et Alan V. DEARDORFF. « Lobbying as Legislative Subsidy ». *The American Political Science Review* 100, n° 1 (2006): 69-84.

HALLE, David. *America's Working Man: Work, Home, and Politics among Blue Collar Property Owners*. University of Chicago Press, 1984.

HAMILTON, Tod G., et Robert A. HUMMER. « Immigration and the health of U.S. black adults: Does country of origin matter? » *Social Science & Medicine* 73, n° 10 (2011): 1551-60.

HANF, Kenneth, et Fritz W. SCHARPF. *Interorganizational policy making: limits to coordination and central control*. Vol. 1. Sage Publications (CA), 1978.

HARDY, Lisa, GETRICH Christina, QUEZADA Julio, GUAY Amanda, MICHALOWSKI Raymond, et HENLEY Eric. « A call for further research on the impact of state-level immigration policies on public health. » *American journal of public health* 102, n° 7 (2012): 1250-54.

HARRIS, Patrick, Jennifer KENT, Peter SAINSBURY, Anne MARIE-THOW, Fran BAUM, Sharon FRIEL, et Peter McCUE. « Creating 'healthy built environment' legislation in Australia; a policy analysis ». *Health Promotion International*, 2017.

HARTRY, Allison S. « Birthright justice: the attack on birthright citizenship and immigrant women of color ». *N.Y.U. Review of Law & Social Change* 36 (2012): 57-101.

HARTZ, Louis. *The Liberal Tradition in America: An Interpretation of American Political Thought Since the Revolution*. Harcourt Brace and World, 1955.

HARWOOD, Edwin. « American Public Opinion and U.S. Immigration Policy ». *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 487, n° 1 (1986): 201-12.

HASSENTEUFEL, Patrick. « Pratiques représentatives et construction identitaire : une approche des coordinations ». *Revue française de science politique*, 1991, 5–27.

———. *Sociologie de l'action publique*. Armand Colin, 2011.

HAUS, Leah. *Unions, immigration, and internationalization: New challenges and changing coalitions in the United States and France*. Macmillan, 2002.

HEANEY, Michael T. « Brokering health policy: Coalitions, parties, and interest group influence ». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 31, n° 5 (2006): 887–944.

HECLO, Hugh. « Issue networks and the executive establishment ». In *Anthony KING (ed), The New American Political System*. American Enterprise Institute, 1978.

HEDGE, David M., et Michael J. SCICCHITANO. « Regulating in space and time: The case of regulatory federalism ». *The Journal of Politics* 56, n° 1 (1994): 134–153.

HENNESSY James. « FQHCs and Health Reform: Up to the Task? » *Northwestern Journal of Law & Social Policy* 9, n° 1 (2013): 122-37.

HIGGINS, George E., Shaun L. GABBIDON, et Favian MARTIN. « The role of race/ethnicity and race relations on public opinion related to the immigration and crime link ». *Journal of Criminal Justice* 38, n° 1 (2010): 51-56.

HILFINGER Messias, DeAnne K, Marylyn Morris McEWEN, et Lauren CLARK. « The impact and implications of undocumented immigration on individual and collective health in the United States ». *Nursing Outlook* 63, n° 1 (2015): 86-94.

HILY, Marie-Antoinette, Jacqueline COSTA-LASCOUX, et Didier FASSIN. « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration ». *Revue européenne de migrations internationales* 17, n° 2 (2001): 139-51.

HOCHSCHILD, Jennifer. *What's fair?: American beliefs about distributive justice*. Harvard University Press, 1981.

HOFFMAN, G.A, et S.M MODI. « The War on Terror as a Metaphor for Immigration Regulation: A Critical View of a Distorted Debate ». *Journal of Gender Race and Justice* 15, n° 3 (2012): 449-502.

HOLMES, Seth. « The clinical gaze in the practice of migrant health: Mexican migrants in the United States ». *Social Science & Medicine* 74, n° 6 (2012): 873-81.

HOOD, Christopher. « The Tools of Government ». *Macmillan Press*, 1983.

HOOD, M. V., et Irwin L. MORRIS. « ¿Amigo o Enemigo?: Context, Attitudes, and Anglo Public Opinion toward Immigration ». *Social Science Quarterly* 78, n° 2 (1997): 309-23.

HOOD, M. V., Irwin L. MORRIS, et Kurt A. SHIRKEY. « "¡Quedate o Vente!": Uncovering the Determinants of Hispanic Public Opinion Toward Immigration ». *Political Research Quarterly* 50, n° 3 (1997): 627-47.

HOOD, Virginia L. « Can a physician refuse to help a patient? American perspective ». *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej* 118, n° 6 (2008): 368.

HOPKINS, Daniel J. « National debates, local responses: the origins of local concern about immigration in Britain and the United States ». *British Journal of Political Science* 41, n° 3 (2011): 499–524.

HOPPE, Robert. « 20 Applied Cultural Theory: Tool for Policy Analysis ». In *Handbook of public policy analysis*, 289-308. CRC Press, 2006.

HORTON, Sarah B. « Different subjects: The health care system's participation in the differential construction of the cultural citizenship of Cuban refugees and Mexican immigrants ». *Medical Anthropology Quarterly* 18, n° 4 (2004): 472–489.

HORTON, Sarah B., et Judith C. BARKER. « "Stains" on their self-discipline: Public health, hygiene, and the disciplining of undocumented immigrant parents in the nation's internal borderlands ». *American ethnologist* 36, n° 4 (2009): 784–798.

HOWLETT, Michael. « Policy instruments, policy styles, and policy implementation ». *Policy studies journal* 19, n° 2 (1991): 1–21.

———. « Process sequencing policy dynamics: Beyond homeostasis and path dependency ». *Journal of Public Policy* 29, n° 3 (2009): 241–262.

HOWLETT, Michael, Michael RAMESH, et Anthony PERL. *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems*. Vol. 3. Oxford University Press Oxford, 2003.

HOWLETT, Michael, et Mishra RAMESH. « Policy subsystem configurations and policy change: Operationalizing the postpositivist analysis of the politics of the policy process ». *Policy studies journal* 26, n° 3 (1998): 466–481.

HUGHES, Sara, Stephanie PINCETL, et Christopher BOONE. « Triple exposure: Regulatory, climatic, and political drivers of water management changes in the city of Los Angeles ». *Cities* 32 (2013): 51-59.

INGOLD, Karin, Manuel FISCHER, et Paul CAIRNEY. « Drivers for policy agreement in nascent subsystems: an application of the advocacy coalition framework to fracking policy in Switzerland and the UK ». *Policy studies journal* 45, n° 3 (2017): 442–463.

IRSHAD, Nabilah. « Medical repatriations: Death sentencing United States immigrants ». *Transnational Law & Contemporary Problems* 20 (2011): 797-825.

IZAMBERT, Caroline. « Soigner les étrangers ? L'État et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours ». Ecole des hautes études en sciences sociales, 2018.

JAMES, Dorothy Buckton. *The Contemporary Presidency*. Pegasus, 1969.

JENKINS-SMITH, Hank C. *Democratic politics and policy analysis*. Brooks/Cole Pacific Grove, CA, 1990.

———. « The Politics of Policy Analysis ». Department of Political Science. University of Rochester, 1985.

JENKINS-SMITH, Hank, Daniel NOHRSTEDT, Christopher M. WEIBLE, et Karin INGOLD. « The Advocacy Coalition Framework: An Overview of the Research Program ». In *Theories of the Policy Process*, 4e éd., 135-72. Westview Press, 2018.

JENKINS-SMITH, Hank, Carol L. SILVA, Kuhika GUPTA, et Joseph T. RIPBERGER. « Belief system continuity and change in policy advocacy coalitions: Using cultural theory to specify belief systems, coalitions, and sources of change ». *Policy Studies Journal* 42, n° 4 (2014): 484–508.

JOBERT, Bruno, et Pierre MULLER. *L'Etat en action*. Presses universitaires de France, 1987.

JOHN, Peter. « Is there life after policy streams, advocacy coalitions, and punctuations: Using evolutionary theory to explain policy change? » *Policy Studies Journal* 31, n° 4 (2003): 481–498.

JONES, Bryan D., et Frank R. BAUMGARTNER. « From there to here: Punctuated equilibrium to the general punctuation thesis to a theory of government information processing ». *Policy Studies Journal* 40, n° 1 (2012): 1–20.

———. « From There to Here: Punctuated Equilibrium to the General Punctuation Thesis to a Theory of Government Information Processing ». *Policy Studies Journal* 40, n° 1 (2012): 1-20.

———. *The politics of attention: How government prioritizes problems*. University of Chicago Press, 2005.

JONES, Bryan D., Herschel F. THOMAS, et Michelle WOLFE. « Policy bubbles ». *Policy Studies Journal* 42, n° 1 (2014): 146–171.

JONES, James W., Laurence B. McCULLOUGH, et Bruce W. RICHMAN. « My brother's keeper: Uncompensated care for illegal immigrants ». *Journal of vascular surgery* 44, n° 3 (2006): 679–682.

JOPPKE, Christian. « Why liberal States accept unwanted immigration ». *World politics* 50, n° 2 (1998): 266-93.

JOPPKE, Christian, et Ewa MORAWSKA. *Toward Assimilation and Citizenship: Immigrants in Liberal Nation-States*. Palgrave Macmillan, 2014.

JORDAN, Andrew, et Elah MATT. « Designing policies that intentionally stick: policy feedback in a changing climate ». *Policy Sciences* 47, n° 3 (2014): 227–247.

JOSHI-KOOP, Sima. « Divided loyalties, many hats, and punctuated worlds: the challenges of political, administrative and stakeholder collaboration for federal public servants in Canada ». Simon Fraser University, 2009.

JUSOT, Florence, Jérôme SILVA, Paul DOURGNON, et Catherine SERMET. « Inégalités de santé liées à l'immigration en France ». *Revue économique* 60, n° 2 (2009): 385.

KATIKIREDDI, Srinivasa Vittal, Shona HILTON, Chris BONELL, et Lyndal BOND. « Understanding the development of minimum unit pricing of alcohol in Scotland: a qualitative study of the policy process ». *PLoS One* 9, n° 3 (2014): e91185.

KATZ, Michael B. *In the shadow of the poorhouse: A social history of welfare in America*. Basic Books, 1996.

———. *The undeserving poor: From the war on poverty to the war on welfare*. Pantheon Books, 1989.

KAUFMANN-HAYOZ, Ruth, Christoph BATTIG, Susanne BRUPPACHER, Rico DEFILA, Antonietta DI GIULIO, Peter FLURY-KLEUBER, Ueli FRIEDERICH, Myriam GARBELY, Heinz GUTSCHER, et Christian JAGGI. *A typology of tools for building sustainability strategies*. Birkhäuser, Basel, 2001.

KEHRBERG, Jason E. « Public Opinion on Immigration in Western Europe: Economics, Tolerance, and Exposure ». *Comparative European Politics* 5, n° 3 (2007): 264-81.

KENDALL, Emily. « Amending the Consitution to Save a Sinking Ship? The Issues Surrounding the Proposed Amendment of the Citizenship Clause and “Anchor Babies” ». *Berkeley La Raza Law Journal* 22, n° 2 (2012): 1.

KENNEDY, Steven, James Ted McDONALD, et Nicholas BIDDLE. « The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries ». *Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Papers*, 2006, 164-218.

KERANI, R.P., A. SATCHER JOHNSON, S.E. BUSKIN, D.K. RAO, GOLDEN M.R., X. HU, et H.I. HALL. « The Epidemiology of HIV in People Born Outside the United States, 2010-2014 ». s. d.

KESSLER, Alan E., et Gary P. FREEMAN. « Public Opinion in the EU on Immigration from Outside the Community* ». *JCMS: Journal of Common Market Studies* 43, n° 4 (2005): 825-50.

KHECHUMYAN, Aleksandr, et Satenik MARGARYAN. « The Practice of Pretrial Detention in Armenia: an Examination of the Role of the Soviet Legacy ». *European Journal on Criminal Policy and Research* 21, n° 1 (2015): 117-34.

KHUÊ, P. M., C. TRUFFOT-PERNOT, J. TEXIER-MAUGEIN, V. JARLIER, et J. ROBERT. « A 10-year prospective surveillance of Mycobacterium tuberculosis drug resistance in France 1995–2004 ». *European Respiratory Journal* 30, n° 5 (2007): 937-44.

KINGDON, John W. *Agendas, alternatives, and public policies*. Little, Brown, 1984.

KIRKLAND, Brooke. « Limiting the Application of Jus Soli: the Resulting Status of Undocumented Children in the United States Note ». *Buffalo Human Rights Law Review* 12 (2006): 197-222.

KISER, Larry L., et Elinor OSTROM. « The three worlds of action: A metatheoretical synthesis of institutional approaches ». In *Polycentric games and institutions: Readings from the workshop in political theory and policy analysis*, 56–88. University of Michigan Press, 2000.

KITSCHELT, Herbert P. « Political opportunity structures and political protest: Anti-nuclear movements in four democracies ». *British journal of political science* 16, n° 1 (1986): 57–85.

KLAUSSER, Nicolas. « Rejet expéditif par la CEDH de la requête d’un étranger malade en voie d’expulsion: Une Convention à deux vitesses ? Droits des étrangers (Art. 3 CEDH) ». *Revue des droits de l’homme*, 2016.

KLUEGEL, James R., et Eliot R. SMITH. *Beliefs about Inequality: Americans’ Views of What Is and What Ought to Be*. Aldine de Gruyter, 1986.

KNOKE, David, Franz Urban PAPPI, Jeffrey BROADBENT, et Yutaka TSUJINAKA. *Comparing policy networks: labor politics in the US, Germany, and Japan*. Cambridge University Press, 1996.

KOEBELE, Elizabeth A. « Integrating collaborative governance theory with the Advocacy Coalition Framework ». *Journal of Public Policy*, 2018, 1-30.

KOIVISTO, Jenni E. « A Stakeholder Analysis of the Disaster Risk Reduction Policy Subsystem in Mozambique ». *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy* 5, n° 1 (2014): 38-58.

KOLLMAN, Ken. « Inviting Friends to Lobby: Interest Groups, Ideological Bias, and Congressional Committees ». *American Journal of Political Science* 41, n° 2 (1997): 519-44.

———. *Outside Lobbying: Public Opinion and Interest Group Strategies*. Princeton University Press, 1998.

KORINEK Kim, et SMITH Ken. « Prenatal care among immigrant and racial-ethnic minority women in a new immigrant destination: exploring the impact of immigrant legal status. » *Social Science & Medicine* 72, n° 10 (2011): 1695-1703.

KUHN, Thomas S. *The structure of scientific revolutions*. Vol. 1. University of Chicago Press, 1962.

KULLGREN, Jeffrey T. « Restrictions on undocumented immigrants' access to health services: the public health implications of welfare reform ». *American Journal of Public Health* 93, n° 10 (2003): 1630–1633.

LA RUCHE, Guy, et B. BRUNET. « Demandes de séjour pour raison médicale des malades étrangers dans le département du Val-d'Oise de 1999 à 2003 ». *Santé publique* 18, n° 1 (2006): 119–130.

LACORNE, Denis. « Religion et politique aux États-Unis ». *Esprit*, n° 11 (2012): 15-22.

LAMBRINOS, Demetrius. « Out of the Frying Pan and into the Quarantine: Why 8 USC Sec. 1182's HIV/AIDS Exclusion Should Not Apply to Refugees Seeking Entry into the United States ». *The Journal of Gender, Race and Justice* 10, n° 1 (2006): 119-41.

LAMONT, Michèle. *The Dignity of Working Men*. Russel Sage Foundation Press, 2000.

LAMONT, Michèle, et Laurent THEVENOT. *Rethinking comparative cultural sociology repertoires of evaluation in France and the United States*. Cambridge University Press, 2013.

LANG, Thierry. « Inégalités sociales de santé ». *Les Tribunes de la santé*, n° 43 (2014): 31-38.

LARSEN, Jakob Bjerg, Karsten VRANGBÆK, et Janine M. TRAULSEN. « Advocacy coalitions and pharmacy policy in Denmark. Solid cores with fuzzy edges ». *Social Science & Medicine* 63, n° 1 (2006): 212-24.

LASCOUMES, Pierre, et Patrick LE GALÈS. *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences po, 2004.

———. « Instrument ». In *Dictionnaire des politiques publiques*, 4:325–335. Presses de Sciences Po (PFNSP), 2014.

LAWTON, Ricky N., et Murray A. RUDD. « Strange bedfellows: Ecosystem services, conservation science, and central government in the United Kingdom ». *Resources* 2, n° 2 (2013): 114–127.

LEBEDINSKI, Swetlana. « EMTALA: treatment of undocumented aliens and the financial burden it places on hospitals ». *Journal of Law in Society* 7 (2005): 146-72.

LEE, Tiana Mayere. « An EMTALA primer: The impact of changes in the emergency medicine landscape on EMTALA compliance and enforcement ». *Annals of Health Law* 13 (2004): 145-78.

LEECH, Beth L. « Lobbying and influence ». In *The Oxford Handbook of American Political Parties and Interest Groups*. Oxford University Press, 2010.

LERNER, Joshua Y. « Getting the message across: evaluating think tank influence in Congress ». *Public Choice* 175, n° 3-4 (2018): 347-66.

LINDBLOM, Charles E. « The science of “muddling through” ». *Public administration review* 19, n° 2 (1959): 79–88.

LINDER, Stephen H., et B. Guy PETERS. « Instruments of government: Perceptions and contexts ». *Journal of public policy* 9, n° 1 (1989): 35–58.

LIPSET, Seymour Martin. *American exceptionalism: A double-edged sword*. WW Norton & Company, 1997.

———. *Continental Divide: The Values and Institutions of the United States and Canada*. New York: Routledge, 1990.

LIU Xiangbo. « On the macroeconomic and welfare effects of illegal immigration ». *Journal of Economic Dynamics and Control* 34, n° 12 (2010): 2547-67.

LLAMAS, Ana, et Susannah MAYHEW. « The emergence of the vertical birth in Ecuador: an analysis of agenda setting and policy windows for intercultural health ». *Health Policy and Planning* 31, n° 6 (2016): 683-90.

LOCKHART, Charles. *The Roots of American Exceptionalism: Institutions, Culture and Policies*. Palgrave Macmillan, 2012.

LOUE, Sana. « Access to health care and the undocumented alien ». *Journal of Legal Medicine* 13, n° 3 (1992): 271–332.

———. « Immigrant Access to Health Care and Public Health: An International Perspective ». *Annals of Health Law* 17 (2008): 213-27.

LOWERY, David, et Virginia GRAY. « A Neopluralist Perspective on Research on Organized Interests ». *Political Research Quarterly* 57, n° 1 (2004): 163-75.

LOWI, Theodore J. *The End of Liberalism: Ideology, Policy, and the Crisis of Public Authority*. Norton, 1969.

———. *The end of liberalism: the second republic of the United States*. Norton, 1979.

LUBOVE, Roy. *The struggle for social security, 1900–1935*. University of Pittsburgh Pre, 1986.

MAHONEY, James. « Path dependence in historical sociology ». *Theory and society* 29, n° 4 (2000): 507–548.

MAILLE, Didier, et Adeline TOULLIER. « Les dix ans de la CMU. Un bilan contrasté pour l’accès aux soins des migrants ». *Hommes & migrations*, n° 1282 (2009): 24-33.

MANOW, Philip. « “The good, the bad, and the ugly”: Esping-Andersen’s Regime Typology and the Religious Roots of the Western Welfare State », Max Planck Institute for the Study of Societies (MPIfG Working Paper 04/3), 2004.

MAOR, Moshe. « Policy bubbles: Policy overreaction and positive feedback ». *Governance* 27, n° 3 (2014): 469–487.

MARKEL, Howard, et Alexandra Minna STERN. « The foreignness of germs: the persistent association of immigrants and disease in American society ». *Milbank Quarterly* 80, n° 4 (2002): 757–788.

MARROW, Helen B. « Deserving to a point: unauthorized immigrants in San Francisco’s universal access healthcare model ». *Social Science & Medicine* 74, n° 6 (2012): 846–854.

MARTINEZ, Omar, Elwin WU, Theo SANDFORT, Brian DODGE, Alex CARBALLO-DIEGUEZ, Rogeiro PINTO, Scott RHODES, Eva MOYA, et

Silvia CHAVEZ-BARAY. « Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review ». *Journal of Immigrant and Minority Health* 17, n° 3 (2015): 947-70.

MASSEY, Douglas S. « Understanding America's Immigration "Crisis" ». *Proceedings of the American Philosophical Society held at Philadelphia for promoting useful knowledge.* 151, n° 3 (2007): 309.

MATH, A. « Droit à la santé des ressortissants communautaires vivant en France. Les difficultés d'accès à la protection maladie et aux soins ». *Hommes & migrations.*, n° 1282 (2009): 122-35.

MATHIEU, Lilian. *Comment lutter ? Sociologie et mouvements sociaux*. Textuel, 2004.

MATTHEW, Dayna Bowen. « The Social Psychology of Limiting Healthcare Benefits for Undocumented Immigrants-Moving Beyond Race, Class, and Nativism ». *Houston Journal of Health Law & Policy* 10 (2010): 201-25.

MATTI, Simon, et Annica SANDSTRÖM. « The Rationale Determining Advocacy Coalitions: Examining Coordination Networks and Corresponding Beliefs ». *Policy Studies Journal* 39, n° 3 (2011): 385-410.

MAYR, Karin, Steffen MINTER, et Tim KRIEGER. « Policies on illegal immigration in a federation ». *Regional Science and urban economics* 42, n° 1-2 (2012): 153–165.

MAZMANIAN, Daniel, et Paul A. SABATIER. *Implementation an d Public Policy with a New Postscript*. University Press of America, 1989.

MBAYE, Elhadji Mamadou. « Sida et immigration thérapeutique en France : mythes et réalités ». *Sciences sociales et santé* 27, n° 1 (2009): 43.

Mc C. HEYMAN, Josiah. « Risque et confiance dans le contrôle des frontières américaines ». *Politix* 87, n° 3 (2009): 21-46.

McCLOSKY, Herbert, et John ZALLER. *The American ethos: Public attitudes toward capitalism and democracy*. Harvard University Press, 1984.

McCOOL, Daniel. « The subsystem family of concepts: a critique and a proposal ». *Political Research Quarterly* 51, n° 2 (1998): 551–570.

McDONALD, Sara L., et Deborah RIGLING GALLAGHER. « A Story About People and Porpoises: Consensus-Based Decision Making in the Shadow of Political Action ». *Environmental Management* 56, n° 4 (2015): 814-21.

McDONNELL, Lorraine M., et Richard F. ELMORE. « Getting the job done: Alternative policy instruments ». *Educational evaluation and policy analysis* 9, n° 2 (1987): 133–152.

McHUGH, Sheena, Ruairi BRUGHA, et Ivan J. PERRY. « Policy formulation in the health system: A case study of the Expert Advisory Group for Diabetes ». *Journal of Epidemiology and Community Health* 65, n° 2 (2011): A2-3.

McKAY, Amy. « Negative Lobbying and Policy Outcomes ». *American Politics Research* 40, n° 1 (2012): 116-46.

McKEEFERY, Michael J. « A call to move forward: pushing past the unworkable standard that governs undocumented immigrants' access to health care under medicaid ». *Journal of Health Care Law & Policy* 10 (2007): 391-419.

McKENNA, Matthew T., Eugene McCRAY, et Ida ONORATO. « The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in the United States, 1986 to 1993 ». *The New England Journal of Medicine* 332, n° 16 (1995): 1071–1076.

McKOY, June M. « Obligation to provide services: a physician-public defender comparison ». *Virtual Mentor* 8, n° 5 (2006): 332-34.

McNEVIN, Anne. *Contesting Citizenship: Irregular Migrants and New Frontiers of the Political*. Columbia University Press, 2011.

MEADOWS, Lynn M., Wilfreda E. THURSTON, et Christina MELTON. « Immigrant women's health ». *Social science & medicine* 52, n° 9 (2001): 1451–1458.

MEFFRE, C., Y. LE STRAT, E. DELAROCQUE-ASTAGNEAU, D. ANTONA, et J. C. DESENCLOS. *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*. Institut de Veille Sanitaire., 2007.

MENDOZA Ashley E. « Anchors Aweigh: Redefining Birthright Citizenship in the 21st Century ». *Journal of Law and Family Studies* 13 (2011): 203-13.

MEROLLA, Jennifer, S. Karthick RAMAKRISHNAN, et Chris HAYNES. « "Illegal," "Undocumented," or "Unauthorized": Equivalency Frames, Issue Frames, and Public Opinion on Immigration ». *Perspectives on Politics* 11, n° 3 (2013): 789-807.

MERRIEN, François-Xavier. « État-providence et lutte contre l'exclusion ». *L'exclusion, l'état des savoirs*, La Découverte, 1996, 417–427.

MERRIEN, François-Xavier, Raphaël PARCHET, et Antoine KERNEN. *L'État social : une perspective internationale*. Armand Colin, 2005.

MICHELET, Karine. « Le droit des étrangers à la protection sociale ». *Informations sociales* 142, n° 6 (2007): 80.

MIRANDA, Jeanne, Naihua DUAN, Cathy SHERBOURNE, Michael SCHOENBAUM, Isabel LAGOMASINO, Maga JACKSON-TRICHE, et Kenneth B WELLS. « Improving Care for Minorities: Can Quality Improvement Interventions Improve Care and Outcomes For Depressed Minorities? Results of a Randomized, Controlled Trial ». *Health Services Research* 38, n° 2 (2003): 613-30.

MITCHELL, Tarissa, Gregory L. ARMSTRONG, Dale J. HU, Annemarie WASLEY, et John A. PAINTER. « The increasing burden of imported chronic hepatitis B—United States, 1974–2008 ». *PloS one* 6, n° 12 (2011).

MOCKSHELL, Jonathan. « Two worlds in agricultural policy making in Africa? Case studies from Ghana, Kenya, Senegal and Uganda ». University of Hohenheim, 2016.

MOHR, John W. « Soldiers, mothers, tramps and others: Discourse roles in the 1907 New York City charity directory ». *Poetics* 22, n° 4 (1994): 327–357.

MONDOU, Matthieu, Grace SKOGSTAD, et David HOULE. « Policy image resilience, multidimensionality, and policy image management: a study of US biofuel policy ». *Journal of Public Policy* 34, n° 1 (2014): 155-80.

MONEAR, Daryl A. « Explaining stability and upheaval in state-level higher education governance: A multiple-case study analysis using advocacy coalition theory and punctuated equilibrium theory ». University of Washington, 2008.

MONGA, Parul, Allen KELLER, et Homer VENTERS. « Prevention and punishment: barriers to accessing health services for undocumented immigrants in the United States ». *Laws* 3, n° 1 (2014): 50–60.

MOREL, Sylvie. *Les logiques de la réciprocité. Les transformations de la relation d'assistance aux États-Unis*. Presses universitaires de France, 2000.

MORONE, James A. *The Democratic Wish*. New York: Basic Books, 1990.

MOSLEY, Jennifer E. « Collaboration, Public-Private Intermediary Organizations, and the Transformation of Advocacy in the Field of Homeless Services ». *The American Review of Public Administration* 44, n° 3 (2014): 291-308.

MOTOMURA, Hiroshi. *Americans in waiting: The lost story of immigration and citizenship in the United States*. Oxford University Press, 2006.

MOUCHARD, Daniel. « Les mobilisations des "sans" dans la France contemporaine : l'émergence d'un "radicalisme autolimité" ? » *Revue française de science politique* 52, n° 4 (2002).

MULLER, Pierre. « L'analyse cognitive des politiques publiques: vers une sociologie politique de l'action publique ». *Revue française de science politique* 50, n° 2 (2000): 189–208.

MUTTI, John, et Shelby GERKING. « Changes in income distribution and welfare from greater immigration of unskilled workers ». *European Economic Review* 23, n° 1 (1983): 103–116.

MYERS, Gordon M., et Yorgos Y. PAPAGEORGIOU. « Immigration Control and the Welfare State ». *Journal of Public Economics* 75, n° 2 (2000): 183–207.

NAM, Yunju. « Welfare reform and older immigrants' health insurance coverage ». *American Journal of Public Health* 98, n° 11 (2008): 2029–2034.

NANNESTAD, Peter. « Immigration and welfare states: A survey of 15 years of research ». *European Journal of Political economy* 23, n° 2 (2007): 512–532.

NEEVEL, Corynn. « At the Intersection of Immigration and Health Care Law: The Lack of Clear Standards Governing Medical Repatriation and Suggestions for Future Oversight ». *Gonzaga Law Review* 45, n° 3 (2009): 821-45.

NESSEL, Lori A. « Disposable Workers: Applying a Human Rights Framework to Analyze Duties Owed to Seriously Injured or Ill Migrants ». *Indiana Journal of Global Legal Studies* 19, n° 1 (2012): 61-103.

NICKEL, James W. « Should Undocumented Aliens Be Entitled to Health Care? » *The Hastings Center* 16, n° 6 (1986): 19-23.

NITSCH, Thomas O. « Social Catholicism, Marxism and Liberation Theology: From Antithesis to Coexistence, Coalescence and Synthesis ». *International Journal of Social Economics* 13, n° 9 (1986): 52–74.

NOAH, Barbara A. « Racial disparities in the delivery of health care ». *Houston Journal of Health Law & Policy* 10 (1998): 195-200.

NOHRSTEDT, Daniel, et Christopher M. WEIBLE. « The logic of policy change after crisis: Proximity and subsystem interaction ». *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy* 1, n° 2 (2010): 1–32.

NOWLIN, Matthew C. « Policy Change, Policy Feedback, and Interest Mobilization: The Politics of Nuclear Waste Management ». *Review of Policy Research* 33, n° 1 (2016): 51-70.

O'CONNELL, Caitlin. « Return to Sender. Evaluating the Medical Repatriations of Uninsured Immigrants ». *Washington University law quarterly* 87, n° 6 (2010): 1429-60.

OGLETREE Jr, Charles J. « America's Schizophrenic Immigration Policy: Race, Class, and Reason ». *Boston College Law Review* 41 (1999): 755-70.

OKIE, Susan. « Immigrants and health care—at the intersection of two broken systems ». *New England Journal of Medicine* 357, n° 6 (2007): 525–529.

O'LEARY, Rosemary, et Lisa B. BINGHAM. *The promise and performance of environmental conflict resolution*. Resources for the Future, 2003.

O'NEAL, Danette. *Punctuated Equilibrium, Agenda Setting, and Advocacy Coalition Frameworks in Post-disaster Housing Response to Hurricane Katrina*. Walden University, 2011.

ORMONDE, Mariana E. « Debunking the Myth of the Anchor Baby: Why Proposed Legislation Limiting Birthright Citizenship is Not a Means of Controlling Unauthorized Immigration ». *Roger Williams University Law Review* 17 (2012): 861-86.

OSTROM, Elinor. « A Behavioral Approach to the Rational Choice Theory of Collective Action ». *American Political Science Review* 92, n° 1 (1998): 1-22.

———. *Governing the Commons: the Evolution of Institutions for Collective Action*. Cambridge University Press, 1990.

PAGE, Benjamin I., Robert Y. SHAPIRO, et Glenn R. DEMPSEY. « What Moves Public Opinion? » *American Political Science Review* 81, n° 1 (1987): 23-43.

PALIER, Bruno, et Yves SUREL. « Les "trois I" et l'analyse de l'État en action ». *Revue française de science politique* 55 (2005): 7-32.

PARIS, Emmanuel. « 10. Les couloirs de la persuasion. Usages de la communication, tissu associatif et lobbies du changement climatique ». In *Les modèles du futur*, 227-44. La Découverte, 2007.

PARK, Seam. « Substantial Barriers in Illegal Immigrant Access to Publicly-Funded Health Care: Reasons and Recommendations for Change ». *Georgetown Immigration Law Journal* 18 (2004): 567-92.

PATTERSON, James T. *America's struggle against poverty, 1900-1994*. Harvard University Press, 1994.

PATTON Robert C. « Death and Injury by Delay: Hidden Harm and EMTALA's Reverse Dumping Provision ». *The Arkansas Journal of Social Change and Public Service*, 2013. https://ualr.edu.

PAYÁN, Denise D., LaVonna B. LEWIS, Michael R. COUSINEAU, et Michael B. NICHOL. « Advocacy coalitions involved in California's menu labeling policy debate: Exploring coalition structure, policy beliefs, resources, and strategies ». *Social Science & Medicine* 177 (2017): 78-86.

PENA, Anita Alves. « Undocumented Immigrants and the Welfare State: the Case of Regional Migration and U.S. Agricultural Labor ». *Journal of Regional Science* 54, n° 1 (2014): 96-113.

PERRET, Sylvain. « Vers une nouvelle approche instrumentale des politiques publiques de protection de l'environnement ». Thèse de science politique, Université de Genève, 2010.

PIAN, Anaik. « De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives ». *Revue européenne des migrations internationales* 28, n° 2 (2012): 101-27.

PIERCE, Jonathan J. « Coalition Stability and Belief Change: Advocacy Coalitions in U.S. Foreign Policy and the Creation of Israel, 1922–44 ». *Policy Studies Journal* 39, n° 3 (2011): 411-34.

PIERSON, Paul. *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*. Cambridge University Press, 1994.

———. « When effect becomes cause: Policy feedback and political change ». *World politics* 45, n° 04 (1993): 595–628.

PORTES, Alejandro, Cristina ESCOBAR, et Renelinda ARANA. « Bridging the gap: transnational and ethnic organizations in the political incorporation of immigrants in the United States ». *Ethnic and Racial Studies* 31, n° 6 (2008): 1056-90.

PORTES, Alejandro, Patricia FERNANDEZ-KELLY, et Donald LIGHT. « Life on the edge: immigrants confront the American health system ». *Ethnic and Racial Studies* 35, n° 1 (2012): 3-22.

PORTES, Alejandro, Donald LIGHT, et Patricia FERNANDEZ-KELLY. « The US Health System and Immigration: An Institutional Interpretation ». In *Sociological Forum*, 24:487–514. Wiley Online Library, 2009.

PROCACCINI, Daniel J. « First, Do No Harm: Tort Liability, Regulation and the Forced Repatriation of Undocumented Immigrants ». *Boston College Third World Law Journal* 30, n° 2 (2010).

PROSSER, Adria Tassy, Tian TANG, et H. Irene HALL. « HIV in persons born outside the United States, 2007-2010 ». *Journal of the American Medical Association* 308, n° 6 (2012): 601-7.

PROVINE Doris. « Justice as told by judges: The case of litigation over local anti-immigrant legislation ». *Justice Studies in Social Justice* 3, n° 2 (2009): 231-45.

PYLYPCHUK, Yuriy. « Effects of immigration on the health insurance status of natives ». *Journal of health economics* 28, n° 5 (2009): 1028–1037.

QUADAGNO, Jill. « Institutions, Interest Groups, and Ideology: An Agenda for the Sociology of Health Care Reform ». *Journal of Health and Social Behavior* 51, n° 2 (2010): 125-36.

QUESADA, James. « Special issue part II: Illegalization and embodied vulnerability in health ». *Social science & medicine* 74, n° 6 (2012): 894–896.

QURESHI, Sarah N. « Global Ostracism of HIV-Positive Aliens: International Restrictions Barring HIV-Positive Aliens ». *Maryland Journal of International Law and Trade* 19 (1995): 81.

RAOULT, Didier, et Patrick FORTERRE. « Redefining viruses: lessons from Mimivirus ». *Nature Reviews Microbiology* 6, n° 4 (2008): 315-19.

REGNARD, Corinne. *Immigration et présence étrangère en France en 2005*. La documentation française, 2006.

REIN, Martin, et Donald SCHÖN. « Frame-critical policy analysis and frame-reflective policy practice ». *Knowledge and policy* 9, n° 1 (1996): 85–104.

RÉMOND, René. « La fille aînée de l'Église ». *Les lieux de mémoire. Les France* 3 (1992): 541-81.

RHODES, Roderick A. W. *Beyond Westminster and Whitehall: The Subcentral Governments of Britain*. Unwin Hyman, 1988.

RICH, Andrew. *Think Tanks, Public Policy, and the Politics of Expertise*. Cambridge University Press, 2005.

RIEDER, Jonathan. *Canarsie: the Jews and Italians of Brooklyn against liberalism*. Harvard University Press, 1985.

RIMLINGER, Gaston V. *Welfare policy and industrialization in Europe, America, and Russia*. John Wiley & Sons, 1971.

RIPBERGER, Joseph T., Kuhika GUPTA, Carol L. SILVA, et Hank JENKINS-SMITH. « Cultural theory and the measurement of deep core beliefs within the advocacy coalition framework ». *Policy Studies Journal* 42, n° 4 (2014): 509–527.

ROBERTS, John. « Harry and Louise ». *British Medical Journal* 308, n° 6933 (1994): 924.

RODWIN, Victor G. « American exceptionalism in the health sector: the advantages of "backwardness" in learning from abroad ». *Medical Care Review* 44, n° 1 (1987): 119–154.

———. « The health care system under French national health insurance: lessons for health reform in the United States ». *American Journal of Public Health* 93, n° 1 (2003): 31–37.

ROE, Emery. *Narrative policy analysis: Theory and practice*. Duke University Press, 1994.

ROHDE, David W. *Parties and Leaders in the Postreform House*. University of Chicago Press, 1991.

ROMERO, Mary. « Go after the Women: Mothers against Illegal Aliens' Campaign against Mexican Immigrant Women and Their Children ». *Indiana Law Journal* 83 (2008): 1355-89.

RUCHT, Dieter. « The impact of national contexts on social movement structures: A cross-movement and cross-national comparison ». *Comparative perspectives on social movements*, 1996, 185–204.

RUIZ-CASARES, Mónica, Cécile ROUSSEAU, Ilse DERLUYN, Charles WATTERS, et François CREPEAU. « Right and access to healthcare for undocumented children: addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe ». *Social Science & Medicine* 70, n° 2 (2010): 329–336.

SABATIER, Paul A. « An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein ». *Policy Sciences* 21, n° 2-3 (1988): 129-68.

———. « Knowledge, policy-oriented learning, and policy change: An advocacy coalition framework ». *Knowledge* 8, n° 4 (1987): 649–692.

———. « Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis ». *Journal of public policy* 6, n° 1 (1986): 21–48.

SABATIER, Paul A., et Hank C. JENKINS-SMITH. *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Westview Press, 1993.

———. « The Advocacy Coalition Framework. An Assessment ». In *Theories of the Policy Process*, 117-66. Westview Press, 1999.

SABATIER, Paul A., et others. *Theories of the policy process*. 2e éd. Westview Press Boulder, 2007.

SABATIER, Paul A., et Neil PELKEY. « Incorporating multiple actors and guidance instruments into models of regulatory policymaking: An advocacy coalition framework ». *Administration & Society* 19, no 2 (1987): 236–263.

SABATIER, Paul A., et Christopher M. WEIBLE. « The advocacy coalition framework. Innovations and clarifications ». In *Theories of the Policy Process*, 2e éd., 189-217. Westview Press, 2007.

SABATIER, Paul, Susan HUNTER, et Susan McLAUGHLIN. « The Devil Shift: Perceptions and Misperceptions of Opponents ». *The Western Political Quarterly* 40, no 3 (1987): 449-76.

SALAMON, Lester M. « Introduction: The new governance and the tools of public action ». *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*, 2002, 1–46.

———. « Rethinking public management: Third-party government and the changing forms of government action ». *Public policy* 29, no 3 (1981): 255–275.

SANNINO, Nadine, Julie BIGA, Thierry KURTH, et Elise PICON. « Quand l'universalisme proportionné devient relatif : l'accès aux soins des travailleurs non-salariés ». *Santé Publique* 30, no 1 (2018): 165-73.

SAUVEGRAIN, Priscille. « La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins ». *Revue européenne des migrations internationales* 28, no 2 (2012): 81-100.

SAVIGNONI, Alexia, Florence LOT, Josiane PILLONEL, et Anne LAPORTE. « Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France ». *Institut de Veille Sanitaire (Saint-Maurice)*, 1999.

SCHAIN Martin. « Minorities and Immigrant Incorporation in France: The State and the Dynamics of Multiculturalism ». In *Christian JOPPKE et Steven LUKES (eds), Multicultural questions*. Oxford University Press, 1999.

SCHAIN, Martin A. « Immigration and changes in the French party system ». *European Journal of Political Research* 16, no 6 (1988): 597–621.

SCHICKLER, Eric, et Frances E. LEE. *The Oxford Handbook of the American Congress*. Oxford University Press, 2011.

SCHILDKRAUT, Deborah J. « Amnesty, guest workers, fences! Oh my ». In *FREEMAN G.P., HANSEN R., LEAL D.L., Immigration and public opinion in liberal democracies*, 207–231. Routledge, 2013.

SCHLAGER, Edella. « Policy making and collective action: Defining coalitions within the advocacy coalition framework ». *Policy Sciences* 28, no 3 (1995): 243-70.

SCHNEIDER Diana L. « Tuberculosis among American Indians and Alaska Natives in the United States, 1993-2002 ». *American Journal of Public Health* 95, no 5 (2005): 873-80.

SCHOLZ, John T., Jim TWOMBLY, et Barbara HEADRICK. « Street-level political controls over federal bureaucracy ». *American Political Science Review* 85, no 3 (1991): 829–850.

SCHOR, Naomi. « The crisis of French universalism ». *Yale French Studies*, no 100 (2001): 43–64.

SCHUCK, Peter H. *Understanding America: The anatomy of an exceptional nation*. PublicAffairs, 2008.

SHATNIY, Natalya. « Economic Effects of Immigration:A voiding Past Mistakes and Preparing for the Future ». *St. Mary's Law Review on Minority Issues* 14 (2012): 869-911.

SIDDHARTHAN, Kris, et Sendhilkumar ALALASUNDARAM. « Undocumented Aliens and Uncompensated Care: Whose Responsibility? » *American Journal of Public Health* 83, n° 3 (1993): 410.

SIDES, John, et Jack CITRIN. « European Opinion About Immigration: The Role of Identities, Interests and Information ». *British Journal of Political Science* 37, n° 3 (2007): 477-504.

SILVERSTEIN, Paul A. « Immigrant racialization and the new savage slot: race, migration, and immigration in the new Europe ». *Annual review of anthropology* 34 (2005): 363-84.

SIMEANT, Johanna. « Immigration et action collective. L'exemple des mobilisations d'étrangers en situation irrégulière ». *Sociétés contemporaines* 20, n° 1 (1994): 39–62.

———. *La cause des sans-papiers*. Presses de Sciences Politiques, 1998.

SIMON, Herbert A. *Models of bounded rationality: Empirically grounded economic reason*. Vol. 3. MIT press, 1982.

SINCLAIR, Barbara. *Legislators, leaders, and lawmaking: The US House of Representatives in the postreform era*. Johns Hopkins University, 1998.

———. *Party wars. Polarization and the politics of national policy making*. University of Oklahoma Press, 2006.

———. *The transformation of the US Senate*. Johns Hopkins University, 1989.

———. *Unorthodox lawmaking: New legislative processes in the US Congress*. CQ Press, 2007.

SINGH, Gopal K., et Barry A. MILLER. « Health, life expectancy, and mortality patterns among immigrant populations in the United States ». *Canadian journal of public health/Revue canadienne de santé publique* 95, n° 3 (2004): 14–21.

SKOCPOL, Theda. *Protecting soldiers and mothers*. Harvard University Press, 1995.

SMITH, Jennifer M. « Screen, Stabilize, and Ship: EMTALA, US Hospitals, and Undocumented Immigrants (International Patient Dumping) ». *Houston Journal of Health Law & Policy* 10 (2010): 309-58.

SMITH, Katherine E., et Ellen A. STEWART. « Academic advocacy in public health: Disciplinary 'duty' or political 'propaganda'? » *Social Science & Medicine* 189 (2017): 35-43.

SMITH, Richard A. « Interest Group Influence in the U. S. Congress ». *Legislative Studies Quarterly* 20, n° 1 (1995): 89-139.

SMITH, Rogers M. « Beyond Tocqueville, Myrdal, and Hartz: The Multiple Traditions in America. » *American political science review* 87, n° 03 (1993): 549–566.

SMITH, Steven S. *Call to order: Floor politics in the House and Senate*. Brookings Institution Press, 1989.

SMYRL, Marc. « Beyond Interests and Institutions: US Health Policy Reform and the Surprising Silence of Big Business ». *Journal of health politics, policy and law* 39, n° 1 (2014): 5–34.

———. « Politics et policy dans les approches américaines des politiques publiques : effets institutionnels et dynamiques du changement ». *Revue française de science politique* 52, n° 1 (2002): 37–52.

———. « Vers un retour du politique dans le néo-institutionnalisme ». *Pôle Sud*, n° 2 (2005): 115–130.

SOMMERS, Benjamin D. « Stuck between health and immigration reform—care for undocumented immigrants ». *New England Journal of Medicine* 369, n° 7 (2013): 593–595.

STEAD, Kendra. « Critical Condition: Using Asylum Law to Contest Forced Medical Repatriation of Undocumented Immigrants ». *Northwestern University Law Review* 104, n° 1 (2010): 307-34.

STEENSLAND, Brian. « Cultural categories and the American welfare state: The case of guaranteed income policy ». *American Journal of Sociology* 111, n° 5 (2006): 1273–1326.

STERN, Alexandra Minna. « Sterilized in the name of public health: race, immigration, and reproductive control in modern California ». *American Journal of Public Health* 95, n° 7 (2005): 1128–1138.

STONE, Deborah. « How market ideology guarantees racial inequality ». In *Healthy, Wealthy, and Fair: Health Care and the Good Society*, 65–86. Oxford University Press, 2005.

STONE, Deborah A. *Policy paradox: The art of political decision making*. Norton, 1997.

STRAUSS, Claudia. *Making Sense of Public Opinion: American Discourses about Immigration and Social Programs*. Cambridge University Press, 2012.

STREHLENERT, Helena Holmström, Linda RICHTER-SUNDBERG, Monica Elisabeth NYSTRÖM, et Henna HASSON. « Evidence-informed policy formulation and implementation: a comparative case study of two national policies for improving health and social care in Sweden ». *Implementation Science* 10, n° 1 (2015): 169.

STRITCH, Andrew. « The Advocacy Coalition Framework and Nascent Subsystems: Trade Union Disclosure Policy in C anada ». *Policy Studies Journal* 43, n° 4 (2015): 437–455.

SULLIVAN, Rory. *Rethinking voluntary approaches in environmental policy*. Edward Elgar Publishing Limited, 2005.

SUSSKIND, Lawrence E., Sarah McKEARNEN, et Jennifer THOMAS-LAMAR. *The consensus building handbook: A comprehensive guide to reaching agreement*. Sage Publications, 1999.

SWAIN, Deanna F. « Shifting Sands and Shifting Strategies: Advocacy Coalitions, Bonner Bridge, and the Future of NC 12 on North Carolina's Outer Banks ». East Carolina University, 2017.

TABUTEAU, Didier. « Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défaillante ou retour de l'État hygiéniste ? » *Les Tribunes de la santé* 1, n° 1 (2003): 34-46.

TALBERT, Jeffery C., Bryan D. JONES, et Frank R. BAUMGARTNER. « Nonlegislative Hearings and Policy Change in Congress ». *American Journal of Political Science* 39, n° 2 (1995): 383-405.

THOENIG, Jean-Claude. « Politiques publiques et action publique ». *Revue internationale de politique comparée* 5, n° 2 (1998): 295–314.

THOMAS, Patrick W. « The Recurring Native Response to Global Labor Migration ». *Indiana Journal of Global Legal Studies* 20, n° 2 (2013): 1393-1423.

TIBERJ, Vincent. *La crispation hexagonale: France fermée contre France plurielle, 2001-2007*. Plon, 2008.

TICKTIN, Miriam. « Policing and humanitarianism in France: immigration and the turn to law as state of exception ». *International Journal of Postcolonial Studies* 7, n° 3 (2005): 346–368.

TIENDA, Marta, et Leif JENSEN. « Immigration and public assistance participation: Dispelling the myth of dependency ». *Social Science Research* 15, n° 4 (1986): 372–400.

TILLY, Charles. « Les origines du répertoire de l'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne ». *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, 1984, 89–108.

TOMAZINI, Carla. « Beyond consensus: ideas and advocacy coalitions around cash transfer programs in Brazil and Mexico ». *Critical Policy Studies*, 2017, 1-20.

TOMAZINI, Carla Guerra. « As coalizões de causa em torno das políticas de transferências condicionadas: olhar cruzado Brasil-México ». *Carta Internacional* 5, n° 2 (2010): 37–55.

TORRES, Jacqueline. « Cross-border ties and self-rated health status for young Latino adults in Southern California ». *Social Science & Medicine* 81 (2013): 79-86.

TORT, Patrick. *La raison classificatoire : quinze études*. Aubier, 1989.

TRUE, James L., Bryan D. JONES, et Frank R. BAUMGARTNER. « Punctuated equilibrium theory ». In *Theories of the policy process*, 175–202, 1999.

TSEBELIS, George. « Decision making in political systems: Veto players in presidentialism, parliamentarism, multicameralism and multipartyism ». *British journal of political science* 25, n° 3 (1995): 289–325.

———. « Veto players and institutional analysis ». *Governance* 13, n° 4 (2000): 441–474.

———. « Veto players and law production in parliamentary democracies: An empirical analysis ». *American Political Science Review* 93, n° 3 (1999): 591–608.

———. *Veto players: How political institutions work*. Princeton University Press, 2002.

UBOKUDOM, Sunday, et Jagdish KHUBCHANDANI. « The Ecology of Health Policymaking and Reform in the U.S.A. » *World Medical & Health Policy* 2, n° 1 (2010): 331-61.

UEDA Reed. « Pathways of Incorporation for Immigrant Citizens in the United States: Perspectives on Historical Patterns ». In *TICHENOR Daniel J. & ROSENBLUM Marc R. (eds), Oxford Handbook of the Politics of International Migration*, Oxford University Press., 2012.

URY, William. *Getting past no: Negotiating your way from confrontation to cooperation*. Bantam, 1993.

VALMAN, Matilda. « Beliefs and behavior in international policy making: Explanations to longitudinal changes in the governance of the Baltic Sea ». *Maritime Studies* 15, n° 1 (2016): 12.

VAN BUUREN, Arwin, et Lasse GERRITS. « Decisions as dynamic equilibriums in erratic policy processes: Positive and negative feedback as drivers of non-linear policy dynamics ». *Public Management Review* 10, n° 3 (2008): 381–399.

VAN DER DOELEN, Frans CJ. « The "give-and-take" packaging of policy instruments: optimizing legitimacy and effectiveness ». *Carrots, sticks and sermons: Policy instruments and their evaluation. New Brunswick: Transaction Publishers*, 1998.

VAN GOSSUM, Peter, Liselot LEDENE, Bas ARTS, Rik DE VREESE, et Kris VERHEYEN. « Implementation failure of the forest expansion policy in Flanders (Northern Belgium) and the policy learning potential ». *Forest Policy and Economics* 10, n° 7 (2008): 515-22.

VAN KERSBERGEN, Kees. « Social Capitalism: A study of Christian democracy and the post-war settlement of the welfare state ». European University Institute. Department of Political and Social Sciences, 1991.

———. *Social capitalism: A study of Christian democracy and the welfare state*. Routledge, 2003.

VAN NISPEN, Frans KM, et Arthur B. RINGELING. « On instruments and instrumentality: a critical assessment ». *Public policy instruments. Evaluating the tools of public administration*, 1998, 204–217.

VAN REGENMORTEL, Marc HV. « Virus species, a much overlooked but essential concept in virus classification ». *Intervirology* 31, n° 5 (1990): 241–254.

VIGDOR, Jacob L. *Comparing immigrant assimilation in North America and Europe*. Manhattan Institute for Policy Research, 2011.

VIGNIER, Nicolas, Pierre CHAUVIN, et Rosemary DRAY-SPIRA. « Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses ». *Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, 2017, 113–135.

VILADRICH, Anahí. « Beyond welfare reform: reframing undocumented immigrants' entitlement to health care in the United States, a critical review ». *Social Science & Medicine* 74, n° 6 (2012): 822–829.

VIRUELL-FUENTES, Edna. « Beyond acculturation: Immigration, discrimination, and health research among Mexicans in the United States ». *Social Science & Medicine* 65, n° 7 (2007): 1524-35.

VIRUELL-FUENTES Edna, MIRANDA Patricia, et ABDULRAHIM Sawsan. « More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health ». *Social Science & Medicine* 75, n° 12 (2012): 2099-2106.

WALLACE Steven P. Wallace, RODRIGUEZ Michael, PADILLA-FRAUSTO Imelda, ARREDONDO Armando, et OROZCO Emanuel. « Improving access to health care for undocumented immigrants in the United States ». *Salud publica de Mexico* 55 (2013): 508-14.

WALLACK, Lawrence, et Regina LAWRENCE. « Talking About Public Health: Developing America's "Second Language" ». *American Journal of Public Health* 95, n° 4 (2005): 567–570.

WASLEY, Annemarie, Deanna KRUSZON-MORAN, Wendi KUHNERT, Edgar P. SIMARD, Lyn FINELLI, Geraldine McQUILLAN, et Beth BELL. « The prevalence of hepatitis B virus infection in the United States in the era of vaccination ». *The Journal of infectious diseases* 202, n° 2 (2010): 192-201.

WEAVER, Kent. « Paths and forks or chutes and ladders?: Negative feedbacks and policy regime change ». *Journal of Public Policy* 30, n° 2 (2010): 137–162.

WEBER, Max. *Essais sur la théorie de la science*. Librairie Plon, 1965.

———. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Recherches en Sciences humaines. Trad. Jacques CHAVY: Librairie Plon, 1964.

WEIBLE, Christopher M. « Expert-based information and policy subsystems: a review and synthesis ». *Policy Studies Journal* 36, n° 4 (2008): 615–635.

WEIBLE, Christopher M., et Paul A. SABATIER. *Theories of the policy process*. Hachette UK, 2017.

WEISHAAR, Heide, Jeff COLLIN, et Amanda AMOS. « Tobacco Control and Health Advocacy in the European Union: Understanding Effective Coalition-Building ». *Nicotine & Tobacco Research* 18, n° 2 (2016): 122-29.

WEST, Darrell M., Diane HEITH, et Chris GOODWIN. « Harry and Louise go to Washington: Political advertising and health care reform ». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 21, n° 1 (1996): 35–68.

WIHTOL DE WENDEN, Catherine. « L'immigration : objet du débat politique ». *Confluences*, n° 14 (1995): 73-79.

WILENSKY, Harold L. « Leftism, Catholicism, and Democratic Corporatism: The Role of Political Parties in Recent Welfare State Development ». In *Development of Welfare States in Europe and America*. University of California, 1981.

WILKES, Rima, et Catherine CORRIGALL-BROWN. « Explaining time trends in public opinion: Attitudes towards immigration and immigrants ». *International Journal of Comparative Sociology* 52, n° 1-2 (2011): 79-99.

WILLEN Sarah. « Migration, "illegality," and health: mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness. » *Social science & medicine* 74, n° 6 (2012): 805-11.

WILLEN, Sarah S., Jessica MULLIGAN, et Heide CASTANEDA. « Take a stand commentary: how can medical anthropologists contribute to contemporary conversations on "illegal" im/migration and health? » *Medical Anthropology Quarterly* 25, n° 3 (2011): 331–356.

WILLIAMS, David R, et Chiquita COLLINS. « US Socioeconomic and Racial Differences in Health: Pattern and Explanations ». *Annual Review of Sociology* 21 (1995): 349-86.

WILSON, Kumanan, Meredith BARAKAT, Sunita VOHRA, Paul RITVO, et Heather BOON. « Parental views on pediatric vaccination: the impact of competing advocacy coalitions ». *Public Understanding of Science* 17, n° 2 (2008): 231-43.

WILSON, Tamar. « Anti-Immigrant Sentiment and the Process of Settlement among Mexican Immigrants to the United States: Reflections on the Current Wave of Mexican Immigrant Bashing ». *Review of Radical Political Economics* 31, n° 2 (1999): 1-26.

WLEZIEN, Christopher B., et Malcolm L. GOGGIN. « The courts, interest groups, and public opinion about abortion ». *Political Behavior* 15, n° 4 (1993): 381-405.

WOLBERT, Samuel. « Universal Healthcare and Access for Undocumented Immigrants ». *Pittsburgh Journal of Environmental and Public Health Law* 5 (2011): 61-79.

WOLPIN Joseph. « Medical Repatriation of Alien Patients ». *Journal of Law, Medicine & Ethics* 31, n° 1 (2009): 152-55.

WOLSINK, Maarten. « Policy beliefs in spatial decisions: contrasting core beliefs concerning space-making for waste infrastructure ». *Urban studies* 41, n° 13 (2004): 2669-90.

WOOD, Robert S. « The dynamics of incrementalism: Subsystems, politics, and public lands ». *Policy Studies Journal* 34, n° 1 (2006): 1–16.

WORSHAM, Jeffrey. « Up in smoke: Mapping subsystem dynamics in tobacco policy ». *Policy Studies Journal* 34, n° 3 (2006): 437–452.

WRIGHT, John R. « Contributions, Lobbying, and Committee Voting in the U.S. House of Representatives ». *The American Political Science Review* 84, n° 2 (1990): 417-38.

WRIGHT, Matthew, Morris LEVY, et Jack CITRIN. « Public attitudes toward immigration policy across the legal/illegal divide: The role of categorical and attribute-based decision-making ». *Political Behavior* 38, n° 1 (2016): 229–253.

YELK WOODRUFF, Rachel S, Robert H PRATT, et Lori R ARMSTRONG. « The US National Tuberculosis Surveillance System: A Descriptive Assessment of the Completeness and Consistency of Data Reported from 2008 to 2012 ». *JMIR Public Health and Surveillance* 1, n° 2 (2015).

YOO, Grace J. « Immigrants and welfare: Policy constructions of deservingness ». *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 6, n° 4 (2008): 490–507.

ZAFONTE, Matthew, et Paul A. SABATIER. « Shared beliefs and imposed interdependencies as determinants of ally networks in overlapping subsystems ». *Journal of theoretical politics* 10, n° 4 (1998): 473–505.

ZIBULEWSKY, Joseph. « The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA): what it is and what it means for physicians ». *Proceedings (Baylor University. Medical Center)* 14, n° 4 (2001): 339-46.

ZIMMERMAN Cathy, KISS Ligia, et HOSSAIN Mazeda. « Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making ». *PLoS Med. PLoS Medicine* 8, n° 5 (2011).

ZOELLNER Emily R. « Medical Repatriation: Examining The Legal And Ethical Implications Of An Emerging Practice ». *Washington University Journal of Law and Policy* 32 (2010): 515-38.

ZUBER, Julianne. « Healthcare for the undocumented: solving a public health crisis in the US ». *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 28, n° 2 (2012): 350-80.

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 • Évolution du coût et du nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'État, France, 2003-2016 35
FIGURE 2 • Nombre de titres de séjour délivrés pour raison de santé aux ressortissants de pays tiers, France, 2007-2017 39
FIGURE 3 • Budget fédéral de *Medicaid Disproportionate Share Hospital*, États-Unis, 2008-2016..... 41
FIGURE 4 • Budget fédéral de *Medicare Disproportionate Share Hospital*, États-Unis, 2008-2016..... 41
FIGURE 5 • Nombre d'entités couvertes par le programme *340B Drug Pricing Program*, États-Unis, 1992-2016 42
FIGURE 6 • Budget fédéral du programme *Ryan White HIV/AIDS*, États-Unis, 1991-2016..... 44
FIGURE 7 • Répartition des *Federally Qualified Health Centers* en activité en 2017 selon leur année d'ouverture, États-Unis, 1990-2016 45
FIGURE 8 • Budget fédéral des *Federally Qualified Health Centers*, États-Unis, 2005-2017..... 46
FIGURE 9 • Modélisation d'une rétroaction (positive et négative) 50
FIGURE 10 • Taux d'incidence de la tuberculose maladie (pour 100 000 habitants) selon le pays de naissance, France métropolitaine, 2005-2015 (sauf 2014)..... 54
FIGURE 11 • Taux d'incidence des tuberculeux nés aux États-Unis et à l'étranger, États-Unis, 1993-2015 (données au 9 juin 2016)..... 55
FIGURE 12 • Évolution de la région de naissance des cas de tuberculose à bacilles multirésistants (MDR) reçus au CNR-MyRMA, 2006-2013 56
FIGURE 13 • Taux de multirésistance primaire de la tuberculose (MDR) au sein des populations nées, ou non, aux États-Unis, États-Unis, 1993-2015 (données au 9 juin 2016) 57
FIGURE 14 • Découvertes de séropositivité VIH par pays de naissance, France, 2003-2010..... 59
FIGURE 15 • Évolution de la prévalence d'anticorps anti-VHC selon le lieu de naissance, États-Unis, 2001-2010 61
FIGURE 16 • Nombre et part des immigrés dans la population résidant en France métropolitaine, 1911-2014 63
FIGURE 17 • Nombre et part des étrangers dans la population résidant en France métropolitaine, 1911-2014 64
FIGURE 18 • Nombre et part des immigrés dans la population résidant aux États-Unis, 1920-2015..... 65
FIGURE 19 • Nombre et part des étrangers dans la population résidant aux États-Unis, 1920-2015 66
FIGURE 20 • Définition des étrangers et des immigrés en France 69
FIGURE 21 • Définition des personnes nées, ou non, aux États-Unis 70
FIGURE 22 • Diagramme du modèle des coalitions de cause 91
FIGURE 23 • Localisation géographique des immigrés, France, 2016 107
FIGURE 24 • Localisation géographique des CEGIDD et des CLAT, France, 2017 108

FIGURE 25 • Localisation géographique des étrangers irréguliers, États-Unis, 2014 109
FIGURE 26 • Répartition du budget fédéral de *Medicaid Disproportionate Share Hospital*, États-Unis, 2014 109
FIGURE 27 • Localisation géographique des entités couvertes par le programme *340B Drug Pricing Program*, États-Unis, 2018 110
FIGURE 28 • Répartition des personnes bénéficiant du programme *Ryan White HIV/AIDS*, États-Unis, 2015 110
FIGURE 29 • Répartition géographique des *federally qualified health centers*, États-Unis, 2015 111
FIGURE 30 • Processus de démonstration de la thèse 114
FIGURE 31 • Typologie "*grid-group*" de l'analyse culturelle de Mary DOUGLAS et positionnement des pays d'après l'état de l'art 121
FIGURE 32 • Répartition des communiqués des groupes d'intérêt français par date de production 144
FIGURE 33 • Répartition des communiqués des groupes d'intérêt étasuniens par date de production 144
FIGURE 34 • Grappes matures et immatures des groupes d'intérêt en France 162
FIGURE 35 • Grappes matures et immatures des groupes d'intérêt aux États-Unis 163
FIGURE 36 • Distinction entre l'intersection (∩) et l'union (∪) de deux ensembles A et B 164
FIGURE 37 • Coefficient de Jaccard pour les groupes d'intérêt français 165
FIGURE 38 • Coefficient de Jaccard pour les groupes d'intérêt étasuniens 166
FIGURE 39 • Les groupes d'intérêts dans le modèle des coalitions de cause .. 167
FIGURE 40 • Relations fortes et moyennes entre cosignataires en France au sein des communiqués collectifs 174
FIGURE 41 • Relations fortes et moyennes entre cosignataires aux États-Unis au sein des communiqués collectifs 175
FIGURE 42 • Grappes des groupes d'intérêt en France 181
FIGURE 43 • Grappes des groupes d'intérêt aux États-Unis 182
FIGURE 44 • Fichiers dans lesquels apparaît au minimum l'une des occurrences migratoires françaises 215
FIGURE 45 • Fichiers dans lesquels apparaît au minimum l'une des occurrences migratoires étasuniennes 216
FIGURE 46 • Fichiers dans lesquels apparaît au minimum l'une des occurrences étasuniennes sur la régularisation 217
FIGURE 47 • Coefficient de Jaccard dans la presse française avec les groupes d'intérêt et le FN 269
FIGURE 48 • Coefficient de Jaccard dans la presse étasunienne avec les groupes d'intérêt 270
FIGURE 49 • Répartition des articles de presse français par année 277
FIGURE 50 • Répartition des articles de presse étasuniens par année 277
FIGURE 51 • Coefficient de Jaccard dans la presse française 278
FIGURE 52 • Coefficient de Jaccard dans la presse étasunienne 278
FIGURE 53 • Coefficient de Jaccard dans la presse étasunienne pour la régularisation 279
FIGURE 54 • Coefficient de Jaccard dans la presse étasunienne, sans la régularisation 280

FIGURE 55 • Répartition annuelle des articles de presse français pour un échantillon de 98 articles propres à la régularisation 288
FIGURE 56 • Répartition annuelle des articles de presse étasuniens pour un échantillon de 97 articles propres à la régularisation 298
FIGURE 57 • Répartition annuelle des articles de presse français pour un échantillon de 50 articles propres à l'AME 309
FIGURE 58 • Répartition annuelle des articles de presse étasuniens pour un échantillon de 20 articles propres à EMTALA 318
FIGURE 59 • Citation des organisations dans la presse et les journaux télévisés français d'après les résultats de Rodney BENSON, 1973-2006 326
FIGURE 60 • Citation des organisations dans la presse et les journaux télévisés étasuniens d'après les résultats de Rodney BENSON, 1974-2006 326
FIGURE 61 • Répartition annuelle des débats et des rapports parlementaires français ayant au minimum une occurrence du TABLEAU 5 330
FIGURE 62 • Coefficient de Jaccard des sources parlementaires françaises... 331
FIGURE 63 • Coefficient de Jaccard dans les sources parlementaires françaises avec les groupes d'intérêt et le FN..... 332
FIGURE 64 • Répartition annuelle des débats et des rapports parlementaires français sur un échantillon de 140 fichiers 333
FIGURE 65 • Répartition annuelle des débats, des rapports et des *hearings* parlementaires étasuniens ayant au minimum 100 occurrences du TABLEAU 5 334
FIGURE 66 • Coefficient de Jaccard des débats et des *hearings* parlementaires étasuniens ayant au minimum 100 occurrences du TABLEAU 5..... 335
FIGURE 67 • Coefficient de Jaccard des débats et des *hearings* parlementaires étasuniens ayant au minimum 100 occurrences du TABLEAU 5 avec les groupes d'intérêt 336
FIGURE 68 • Répartition annuelle des débats, des rapports et des *hearings* parlementaires étasuniens sur un échantillon de 140 fichiers..... 338
FIGURE 69 • Signataires français des rapports parlementaires pour l'AME..... 340
FIGURE 70 • Signataires français des rapports parlementaires pour la régularisation 340
FIGURE 71 • Rattachement des signataires des rapports parlementaires en France pour l'AME 341
FIGURE 72 • Rattachement des signataires des rapports parlementaires en France pour la régularisation 342
FIGURE 73 • Signataires étasuniens des rapports parlementaires pour la régularisation et *Ryan White*..... 351
FIGURE 74 • Rattachement des signataires des rapports parlementaires aux États-Unis pour la régularisation et *Ryan White* 351
FIGURE 75 • Fonction des orateurs selon leur positionnement vis-à-vis de l'AME 361
FIGURE 76 • Fonction des orateurs selon leur positionnement vis-à-vis de la régularisation 362
FIGURE 77 • Parti politique des orateurs selon leur positionnement vis-à-vis de l'AME 363
FIGURE 78 • Parti politique des orateurs selon leur positionnement vis-à-vis de la régularisation 364
FIGURE 79 • Part des interventions par orateur et par positionnement sur l'AME 365

FIGURE 80 • Part des interventions par orateur et par positionnement sur la régularisation....366
FIGURE 81 • Majorité de l'Assemblée nationale lors des interventions sur l'AME dans les deux chambres....367
FIGURE 82 • Majorité de l'Assemblée nationale lors des interventions sur la régularisation dans les deux chambres....367
FIGURE 83 • Degré de préoccupation et de clivage des débats parlementaires sur la régularisation et *Ryan White* aux États-Unis....370
FIGURE 84 • Type d'orateur par positionnement sur la régularisation aux États-Unis....371
FIGURE 85 • Type d'orateur par positionnement sur *Ryan White* aux États-Unis....371
FIGURE 86 • Parti politique et fonction par positionnement sur la régularisation aux États-Unis....372
FIGURE 87 • Parti politique et fonction par positionnement sur *Ryan White* aux États-Unis....373
FIGURE 88 • Parlementaires les plus prolixes par positionnement sur la régularisation aux États-Unis....374
FIGURE 89 • Parlementaires les plus prolixes par positionnement sur *Ryan White* aux États-Unis....375
FIGURE 90 • Organisations les plus prolixes par positionnement sur la régularisation aux États-Unis....376
FIGURE 91 • Organisations les plus prolixes par positionnement sur *Ryan-White* aux États-Unis....377
FIGURE 92 • Majorités parlementaires lors des interventions sur la régularisation....378
FIGURE 93 • Majorités parlementaires lors des interventions sur *Ryan-White*....378
FIGURE 94 • Répartition des données françaises issues de l'administration....406
FIGURE 95 • Répartition des données étasuniennes issues de l'administration....406
FIGURE 96 • Coefficient de Jaccard pour l'administration française....409
FIGURE 97 • Coefficient de Jaccard pour l'administration étasunienne....410
FIGURE 98 • Coefficient de Jaccard de l'administration française avec les groupes d'intérêt et le FN....411
FIGURE 99 • Coefficient de Jaccard pour l'administration étasunienne et les groupes d'intérêt....412
FIGURE 100 • Répartition annuelle des fichiers codés issus de l'administration française....415
FIGURE 101 • Répartition annuelle des fichiers codés issus de l'administration étasunienne....424
FIGURE 102 • Sous-systèmes français....436
FIGURE 103 • Sous-systèmes étasuniens....436
FIGURE 104 • Le processus d'homéostasie idéelle....443
FIGURE 105 • Noyaux durs des croyances français et étasunien pour le sujet de l'accès aux soins des étrangers irréguliers....449

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 • Répartition des personnes nouvellement prises en charge pour une hépatite B chronique dans les pôles de référence « hépatites », selon leur lieu de naissance, France, 2008-2009 58
TABLEAU 2 • Estimation des nombres de personnes avec anticorps anti-VHC positives et ARN VHC positives chez les 18-80 ans, France métropolitaine, 2011 60
TABLEAU 3 • Instruments d'action publique dont peuvent bénéficier les étrangers irréguliers 105
TABLEAU 4 • Mots-clés utilisés pour les bases de données Europresse et Factiva 117
TABLEAU 5 • Mots-clés utilisés pour identifier le secteur d'action publique du sous-système 133
TABLEAU 6 • Caractères spéciaux sur NVivo 134
TABLEAU 7 • Nombre de fichiers dans lesquels apparaissent les instruments français 134
TABLEAU 8 • Nombre de fichiers dans lesquels apparaissent les instruments étasuniens 135
TABLEAU 9 • Nombre d'entretiens français dans lesquels apparaissent les instruments français 136
TABLEAU 10 • Nombre d'entretiens étasuniens dans lesquels apparaissent les instruments étasuniens 137
TABLEAU 11 • Niveau de maturité d'un sous-système et conflictualité en France 139
TABLEAU 12 • Niveau de maturité d'un sous-système et conflictualité aux États-Unis 140
TABLEAU 13 • Réformes dès 1990 et occurrences des instruments français . 141
TABLEAU 14 • Réformes dès 1990 et occurrences des instruments étasuniens 142
TABLEAU 15 • Liste des groupes d'intérêt français évoquant au minimum un instrument au sein des communiqués individuels 146
TABLEAU 16 • Liste des groupes d'intérêt étasuniens évoquant au minimum un instrument au sein des communiqués individuels 147
TABLEAU 17 • Cooccurrences des groupes d'intérêt par instrument en France 157
TABLEAU 18 • Cooccurrences des groupes d'intérêt par instrument aux États-Unis 158
TABLEAU 19 • Groupes d'intérêt se positionnant sur un instrument déterminé en France 159
TABLEAU 20 • Groupes d'intérêt se positionnant sur un instrument déterminé aux États-Unis 160
TABLEAU 21 • Catégories migratoires 165
TABLEAU 22 • Matrice de cooccurrences des 32 plus gros cosignataires sur environ 400 en France 170
TABLEAU 23 • Matrice de cooccurrences des 32 plus gros cosignataires sur environ 1600 aux États-Unis 171

TABLEAU 24 • Répartition des communiqués des groupes d'intérêt selon leurs occurrences et leur objet en France 184
TABLEAU 25 • Répartition des communiqués individuels des groupes d'intérêt par l'objet de leur revendication en France 185
TABLEAU 26 • Répartition des communiqués des groupes d'intérêt étasuniens par grappe 197
TABLEAU 27 • Nombre de communiqués des groupes d'intérêt selon leur objet aux États-Unis 198
TABLEAU 28 • Répartition des communiqués des groupes d'intérêt selon leur objet aux États-Unis 200
TABLEAU 29 • Documents français dans lesquels sont présents les trois vocables migratoires 212
TABLEAU 30 • Documents étasuniens dans lesquels sont présents les trois vocables migratoires nuancés par deux vocables propres à la régularisation... 213
TABLEAU 31 • Vocable utilisé par les groupes d'intérêt français 219
TABLEAU 32 • Vocable utilisé par les groupes d'intérêt étasuniens 220
TABLEAU 33 • Vocable utilisé par les groupes d'intérêt étasuniens pour la régularisation 221
TABLEAU 34 • Répartition des communiqués français sur la régularisation 223
TABLEAU 35 • Répartition des communiqués étasuniens sur la régularisation 226
TABLEAU 36 • Répartition des communiqués des groupes d'intérêt étasuniens selon leur positionnement vis-à-vis d'une régularisation massive 235
TABLEAU 37 • Répartition des 27 États membres de l'Union européenne selon leur politique d'accès aux soins des étrangers irréguliers en 2010 et leur religion dominante 241
TABLEAU 38 • Mots-clés utilisés pour la recherche des organisations citées.. 265
TABLEAU 39 • Groupes d'intérêt dans les données françaises 266
TABLEAU 40 • Groupes d'intérêt dans les données étasuniennes 267
TABLEAU 41 • Presse française par tirage en 2017 273
TABLEAU 42 • Presse étasunienne par tirage en 2013 274
TABLEAU 43 • Date d'archivage et nombre d'articles de presse français..... 275
TABLEAU 44 • Date d'archivage et nombre d'articles de presse étasuniens... 276
TABLEAU 45 • Occurrences dans la presse française 280
TABLEAU 46 • Occurrences dans la presse étasunienne 281
TABLEAU 47 • Répartition des articles de presse français par instrument et catégorie migratoire 282
TABLEAU 48 • Répartition des articles de presse étasuniens par instrument et catégorie migratoire 284
TABLEAU 49 • Répartition des articles de presse français pour un échantillon représentatif de 100 articles propres à la régularisation 287
TABLEAU 50 • Positionnement de la presse française à l'égard de la régularisation des étrangers irréguliers 295
TABLEAU 51 • Répartition des articles de presse étasuniens pour un échantillon représentatif de 100 articles propres à la régularisation 297
TABLEAU 52 • Positionnement de la presse étasunienne à l'égard de la régularisation des étrangers irréguliers 304
TABLEAU 53 • Répartition des articles selon leur positionnement sur une régularisation massive 305
TABLEAU 54 • Répartition des articles de presse français pour un échantillon représentatif de 50 articles propres à l'AME 308

TABLEAU 55 • Positionnement de la presse française à l'égard de l'aide médicale d'État 316
TABLEAU 56 • Répartition des articles de presse étasuniens pour un échantillon représentatif de 20 articles propres à *EMTALA* 317
TABLEAU 57 • Positionnement de la presse étasunienne à l'égard d'*EMTALA* 321
TABLEAU 58 • Répartition des articles selon leur positionnement sur l'AME et *EMTALA* 322
TABLEAU 59 • Position des articles de presse français et étasuniens 323
TABLEAU 60 • Répartition des sources parlementaires françaises par occurrence 330
TABLEAU 61 • Répartition des sources parlementaires étasuniennes par occurrence 334
TABLEAU 62 • Positionnement des rapports parlementaires sur l'AME 339
TABLEAU 63 • Positionnement des rapports parlementaires sur la régularisation et *Ryan White* 350
TABLEAU 64 • Degré de préoccupation et de clivage des débats parlementaires sur l'AME et la régularisation en France 360
TABLEAU 65 • Fraction des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires sur l'AME en France 384
TABLEAU 66 • Thématique des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires sur l'AME en France 385
TABLEAU 67 • Fraction des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires sur la régularisation en France 388
TABLEAU 68 • Thématique des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires sur la régularisation en France 389
TABLEAU 69 • Fraction des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires et les *hearings* sur la régularisation aux États-Unis 393
TABLEAU 70 • Thématique des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires et les *hearings* sur la régularisation aux États-Unis 394
TABLEAU 71 • Fraction des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires et les *hearings* sur *Ryan White* aux États-Unis 398
TABLEAU 72 • Thématique des occurrences les plus fréquentes dans les débats parlementaires et les *hearings* sur *Ryan White* aux États-Unis 399
TABLEAU 73 • Mots-clés utilisés pour les occurrences épidémiologiques 403
TABLEAU 74 • Fichiers évoquant le VIH/sida, la tuberculose et l'hépatite dans les sources écrites 403
TABLEAU 75 • Répartition des fichiers issus de l'administration française 407
TABLEAU 76 • Répartition des fichiers issus de l'administration étasunienne 408
TABLEAU 77 • Occurrences présentes dans l'administration française 408
TABLEAU 78 • Occurrences présentes dans l'administration étasunienne 409
TABLEAU 79 • Organisations associées aux principaux instruments par coefficient de Jaccard 413
TABLEAU 80 • Distribution des fichiers issus de l'administration française par institution et par coalition 416
TABLEAU 81 • Distribution des fichiers issus de l'administration étasunienne par institution et par coalition 425
TABLEAU 82 • Positionnement des sources écrites et niveau de citation des groupes d'intérêt 434
TABLEAU 83 • Les deux définitions de la maturité d'un sous-système 450

TABLEAU 84 • Démonstration de la thèse pour les deux hypothèses de recherche 471

ANNEXES

ANNEXE 1. Liste des réformes pour chacun des instruments français et étasuniens.. **608**

ANNEXE 2. Nombre de fichiers par occurrence et par groupe d'intérêt..... **613**

ANNEXE 3. Grilles d'entretien..... **617**

ANNEXE 4. Liste des entretiens **622**

ANNEXE 5. Termes non conservés des débats parlementaires..... **625**

ANNEXE 6. Statut épidémiologique des étrangers..... **630**

ANNEXE 1. Liste des réformes pour chacun des instruments français et étasuniens

Texte (ordre chronologique)	Instrument	Article
Loi du 15 juillet 1893	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Loi du 15 avril 1916	CLAT	L. 3112-2 et L. 3112-3 CSP (ex L. 216 CSP)
Loi du 7 septembre 1919	CLAT	L. 3112-2 et L. 3112-3 CSP (ex L. 216 CSP)
Ordonnance du 4 octobre 1945	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Ordonnance du 19 octobre 1945	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Ordonnance n° 45-2575 du 31 octobre 1945	CLAT	L. 3112-2 et L. 3112-3 CSP (ex L. 216 CSP)
Loi n° 50-7 du 5 janvier 1950	CLAT	L. 3112-2 et L. 3112-3 CSP (ex L. 216 CSP)
Décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953	CEGIDD	L. 3121-2 CSP (ex L. 355-23 CSP)
Décret n° 54-883 du 2 septembre 1954	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Public Law 87-692, 1962	FQHC (CHC, MHC, NHC)	42 USC 254b
Public Law 88-452, 1964	FQHC (CHC, MHC, NHC)	43 USC 254b
Public Law 89-97, 1965	EMTALA et Section 1011	42 USC 1395dd
Public Law 89-749, 1966	FQHC (CHC, MHC, NHC)	44 USC 254b
Ordonnance n° 67-707 du 21 août 1967	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967	CPEF	L. 2311-5 CSP
Public Law 90-248, 1968	EMTALA et Section 1011	43 USC 1395dd
Public Law 90-574, 1968	FQHC (CHC, MHC, NHC)	45 USC 254b
Public Law 91-208, 1970	FQHC (CHC, MHC, NHC)	46 USC 254b
Public Law 91-623, 1970	FQHC (CHC, MHC, NHC)	47 USC 254b
Public Law 92-157, 1971	FQHC (CHC, MHC, NHC)	48 USC 254b
Public Law 92-603, 1972	EMTALA et Section 1011	44 USC 1395dd
Public Law 92-585, 1972	FQHC (CHC, MHC, NHC)	49 USC 254b
Loi n° 73-639 du 11 juillet 1973	CPEF	L. 2311-5 CSP
Public Law 93-45, 1973	FQHC (CHC, MHC,	50 USC 254b

	NHC)	
Public Law 93-353, 1974	FQHC (CHC, MHC, NHC)	51 USC 254b
Public Law 94-437, 1976	340B	42 USC 256b
Public Law 94-63, 1976	FQHC (CHC, MHC, NHC)	52 USC 254b
Public Law 94-437, 1976	FQHC (CHC, MHC, NHC)	53 USC 254b
Public Law 94-484, 1976	FQHC (CHC, MHC, NHC)	54 USC 254b
Loi n° 78-2 du 2 janvier 1978	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Public Law 95-83, 1978	FQHC (CHC, MHC, NHC)	55 USC 254b
Public Law 95-626, 1978	FQHC (CHC, MHC, NHC)	56 USC 254b
Public Law 97-35, 1982	FQHC (CHC, MHC, NHC)	57 USC 254b
Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983	CLAT	L. 3112-2 et L. 3112-3 CSP (ex L. 216 CSP)
Public Law 98-369, 1984	EMTALA et Section 1011	45 USC 1395dd
Public Law 99-272, 1985	EMTALA et Section 1011	46 USC 1395dd
Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Public Law 99-509, 1986	EMTALA et Section 1011	47 USC 1395dd
Public Law 99-514, 1986	EMTALA et Section 1011	48 USC 1395dd
Public Law 99-280, 1986	FQHC (CHC, MHC, NHC)	58 USC 254b
Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987	CEGIDD	L. 3121-2 CSP (ex L. 355-23 CSP)
Public Law 100-203, 1987	EMTALA et Section 1011	49 USC 1395dd
Public Law 100-203, 1987	DSH	42 USC 1396r–4
Public Law 100-360, 1988	EMTALA et Section 1011	50 USC 1395dd
Public Law 100-485, 1988	EMTALA et Section 1011	51 USC 1395dd
Public Law 100-360, 1988	DSH	43 USC 1396r–4
Public Law 100-485, 1988	DSH	44 USC 1396r–4
Public Law 100-293, 1988	340B	43 USC 256b
Public Law 100-579, 1988	340B	44 USC 256b
Public Law 100-690, 1988	340B	45 USC 256b
Public Law 100-386, 1988	FQHC (CHC, MHC, NHC)	59 USC 254b
Public Law 101-239, 1989	EMTALA et Section 1011	52 USC 1395dd
Public Law 101-239, 1989	DSH	45 USC 1396r–4
Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990	CPEF	L. 2311-5 CSP

Public Law 101-508, 1990	EMTALA et Section 1011	53 USC 1395dd
Public Law 101-381, 1990	Ryan White	42 USC Subchapter XXIV (parts C and F [Minorty AIDS Initiative])
Public Law 101-557, 1990	Ryan White	43 USC Subchapter XXIV (parts C and F [Minorty AIDS Initiative])
Public Law 101-508, 1990	DSH	46 USC 1396r–4
Public Law 101-508, 1990	FQHC (CHC, MHC, NHC)	60 USC 254b
Public Law 101-527, 1990	FQHC (CHC, MHC, NHC)	61 USC 254b
Public Law 102-234, 1991	DSH	47 USC 1396r–4
Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Public Law 102-396, 1992	340B	46 USC 256b
Public Law 102-585, 1992	340B	47 USC 256b
Public Law 102-531, 1992	FQHC (CHC, MHC, NHC)	62 USC 254b
Loi n° 93-1027 du 24 août 1993	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Public Law 103-66, 1993	DSH	48 USC 1396r–4
Public Law 103-43, 1993	340B	48 USC 256b
Public Law 103-183, 1993	340B	49 USC 256b
Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994	CLAT	L. 3112-2 et L. 3112-3 CSP (ex L. 216 CSP)
Public Law 103-432, 1994	EMTALA et Section 1011	54 USC 1395dd
Décret n° 95-43 du 10 janvier 1995	CLAT	L. 3112-2 et L. 3112-3 CSP (ex L. 216 CSP)
Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995	Refus de soins	R. 4127-47 CSP
Public Law 104-146, 1996	Ryan White	44 USC Subchapter XXIV (parts C and F [Minorty AIDS Initiative])
Public Law 104-299, 1996	Ryan White	45 USC Subchapter XXIV (parts C and F [Minorty AIDS Initiative])
Public Law 104-191, 1996	Free clinics	42 USC 233
Public Law 104-299, 1996	340B	50 USC 256b
Public Law 104-299, 1996	FQHC (CHC, MHC, NHC)	63 USC 254b
Loi n° 97-396 du 24 avril 1997	Régularisation pour soins	L. 313-11 CESEDA
Public Law 105-33, 1997	EMTALA et Section 1011	55 USC 1395dd
Public Law 104-208, 1997	Emergency Medicaid	8 USC 1369
Public Law 105-33, 1997	DSH	49 USC 1396r–4
Public Law 105-78, 1997	DSH	50 USC 1396r–4
Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998	PASS	L. 6111-1-1 CSP (ex L711-7-1 CSP)
Loi n° 98-349 du 11 mai 1998	Régularisation pour soins	L. 313-11 CESEDA
Public Law 105-277, 1998	DSH	51 USC 1396r–4
Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999	CEGIDD	L. 3121-2 CSP (ex L. 355-23 CSP)
Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999	CEGIDD	L. 3121-2 CSP (ex L. 355-23 CSP)
Loi n° 99-1140 du 29 décembre	PASS	L. 6111-1-1 CSP (ex L711-7-1 CSP)

1999		
Public Law 106-113, 1999	DSH	52 USC 1396r–4
Public Law 106-345, 2000	Ryan White	46 USC Subchapter XXIV (parts C and F [Minorty AIDS Initiative])
Public Law 106-554, 2000	DSH	53 USC 1396r–4
Public Law 106-345, 2000	340B	51 USC 256b
Loi n° 2002-1576 du 30 décembre 2002	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002	CEGIDD	L. 3121-2 CSP (ex L. 355-23 CSP)
Décret n° 2002-1500 du 20 décembre 2002	Régularisation pour soins	L. 313-11 CESEDA
Public Law 107-116, 2002	Ryan White	47 USC Subchapter XXIV (parts C and F [Minorty AIDS Initiative])
Public Law 107-251, 2002	Ryan White	48 USC Subchapter XXIV (parts C and F [Minorty AIDS Initiative])
Public Law 107-251, 2002	FQHC (CHC, MHC, NHC)	64 USC 254b
Loi n° 2003-1312 du 30 décembre 2003	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Loi n° 2003-1312 du 30 décembre 2003	FSUV	L. 254-1 CASF
Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003	CLAT	L. 3112-2 et L. 3112-3 CSP (ex L. 216 CSP)
Loi n° 2003-1119 du 26 novembre 2003	Régularisation pour soins	L. 313-11 CESEDA
Public Law 108-173, 2003	EMTALA et Section 1011	56 USC 1395dd
Public Law 108-163, 2003	Ryan White	49 USC Subchapter XXIV (parts C and F [Minorty AIDS Initiative])
Public Law 108-173, 2003	DSH	54 USC 1396r–4
Public Law 108-163, 2003	FQHC (CHC, MHC, NHC)	65 USC 254b
Loi n° 2004-809 du 13 août 2004	CEGIDD	L. 3121-2 CSP (ex L. 355-23 CSP)
Loi n° 2004-806 du 9 août 2004	CLAT	L. 3112-2 et L. 3112-3 CSP (ex L. 216 CSP)
Loi n° 2004-809 du 13 août 2004	CLAT	L. 3112-2 et L. 3112-3 CSP (ex L. 216 CSP)
Loi n° 2004-806 du 9 août 2004	CPEF	L. 2311-5 CSP
Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004	Refus de soins	R. 4127-47 CSP
Public Law 109-18, 2005	340B	52 USC 256b
Loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006	Régularisation pour soins	L. 313-11 CESEDA
Public Law 109-415, 2006	Ryan White	50 USC Subchapter XXIV (parts C and F [Minorty AIDS Initiative])
Public Law 109-171, 2006	DSH	55 USC 1396r–4
Public Law 109-432, 2006	DSH	56 USC 1396r–4
Public Law 110-173, 2007	DSH	57 USC 1396r–4
Circulaire du 7 janvier 2008	FSUV	L. 254-1 CASF
Public Law 110-275, 2008	DSH	58 USC 1396r–4
Public Law 110-355, 2008	FQHC (CHC, MHC, NHC)	66 USC 254b
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009	CEGIDD	L. 3121-2 CSP (ex L. 355-23 CSP)
Public Law 111-87, 2009	Ryan White	51 USC Subchapter XXIV (parts C and F [Minorty AIDS Initiative])
Public Law 111-3, 2009	DSH	59 USC 1396r–4
Public Law 111-5, 2009	DSH	60 USC 1396r–4

Public Law 111-5, 2009	FQHC (CHC, MHC, NHC)	67 USC 254b
Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010	CEGIDD	L. 3121-2 CSP (ex L. 355-23 CSP)
Ordonnance n° 2010-462 du 6 mai 2010	CEGIDD	L. 3121-2 CSP (ex L. 355-23 CSP)
Ordonnance n° 2010-462 du 6 mai 2010	CPEF	L. 2311-5 CSP
Circulaire ministérielle du 10 septembre 2010	Régularisation pour soins	L. 313-11 CESEDA
Public Law 111-148, 2010	Free clinics	43 USC 233
Public Law 111-148, 2010	DSH	61 USC 1396r–4
Public Law 111-152, 2010	DSH	62 USC 1396r–4
Public Law 111-148, 2010	340B	53 USC 256b
Public Law 111-152, 2010	340B	54 USC 256b
Public Law 111-309, 2010	340B	55 USC 256b
Public Law 111-148, 2010	FQHC (CHC, MHC, NHC)	68 USC 254b
Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Décret n° 2011-1314 du 17 octobre 2011	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011	Régularisation pour soins	L. 313-11 CESEDA
Public Law 112-40, 2011	EMTALA et Section 1011	57 USC 1395dd
Public Law 112-10, 2011	Ryan White	52 USC Subchapter XXIV (parts C and F [Minorty AIDS Initiative])
Loi n° 2012-958 du 16 août 2012	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Public Law 112-96, 2012	DSH	63 USC 1396r–4
Public Law 112-240, 2013	DSH	64 USC 1396r–4
Public Law 113-67, 2013	DSH	65 USC 1396r–4
Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014	CEGIDD	L. 3121-2 CSP (ex L. 355-23 CSP)
Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014	CLAT	L. 3112-2 et L. 3112-3 CSP (ex L. 216 CSP)
Public Law 113-93, 2014	DSH	66 USC 1396r–4
Décret n° 2015-120 du 3 février 2015	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015	AME	L. 251-1 CASF (ex 187-1 Code de la famille et de l'aide sociale) et R. 251-1 CASF
Public Law 114-10, 2015	DSH	67 USC 1396r–4
Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016	CEGIDD	L. 3121-2 CSP (ex L. 355-23 CSP)
Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016	CPEF	L. 2311-5 CSP
Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016	PASS	L. 6111-1-1 CSP (ex L711-7-1 CSP)
Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016	Régularisation pour soins	L. 313-11 CESEDA
Public Law 114-113, 2016	Ryan White	53 USC Subchapter XXIV (parts C and F [Minorty AIDS Initiative])

ANNEXE 2. Nombre de fichiers par occurrence et par groupe d'intérêt

1. En France

LÉGENDE (FRANCE)
Hôpitaux
Association sanitaire
Association pro-immigration
Professionnels de santé
Assurances
Syndicat
5 ou 6 instruments évoqués
7 instruments évoqués
Plusieurs signataires

Groupe d'intérêt (FRANCE)	AME	Régularisation	PASS	FSUV	CLAT	CEGIDD	CPEF
Act Up	32	32	3	1		6	
AIDES	8	6	1	2		1	
ALERTE (collectif)	4	1	1				
ARCAT	1	1			1	1	1
ATD Quart Monde	2						
CFDT	1	1					
CIMADE	2	2					
CNOM	3	1	2		1		
Collectif	45	64	5	2	4	1	
Collectif PASS	1	1	4	1			
COMEDE	72	85	40	15	15	10	6
COMEGAS	2						
FNARS	4	1					
France Assos Santé/CISS	4	2	1	3			
GISTI	12	10	1	1	1	1	1
LDH	1	2					
MdM	29	17	16	9	10	11	
MG France	1						
Mirants contre le Sida (MAHA)	2	3				1	
MRAP	5	34	3				
MSF	6	2					
Mutualité française	1						
ODSE/URMED/ADMEF/Pour une couverture maladie véritablement universelle	34	38	4	3			
Plein droit	12	11		1	2		
Samu Social	1						
Syndicat de la Médecine Générale	6						
TRT-5	2						
UNIOPSS	3		2			1	

2. Aux États-Unis

LÉGENDE (ÉTATS-UNIS)
Groupes pharmaceutiques et biotechnologiques
Hôpitaux
Association sanitaire
Association pro-immigration
Think tank
Professionnels de santé
Assurances
Association anti-immigration
Syndicat
Entreprises
Université
États
Seule la régularisation est évoquée
10 instruments évoqués
9 instruments évoqués
Plusieurs signataires

Groupe d'intérêt (États-Unis)	340B	CHC	Régularisation	DSH	FQHC	Ryan White	EMTALA	Emergency Medicaid	MHC	Section 1011	Free clinics	NHC
340B Coalition	6	5		1	1	1						
340B Health (SNHPA, PHPC)	267	65		98	46	12			4		9	
AIR 340B	8	1		8	3	2						
Alliance for a just society				1								
American Action Forum (AAF)		1	1									
American Association of Pharmaceutical Scientists (AAPS)		1	1	1	1				1			
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)				1	1		1	1	1	1		
American College of Physicians (ACP)		1		1	1		1	1				
American Enterprise Institute (AEI)			1									
American Federation of Labor - Congress of Industrial Organizations (AFL-CIO)			9									
American Hospital Association (AHA)	18	4	1	13	2		6	1		9		
American Immigration Council (AIC)			3									
American Medical Association (AMA)	1	1			1		4	1	1		1	
American Nurses Association (ANA)		1	1				1	1				
American Society of Health-	1											

System Pharmacists (ASHP)												
America's Essential Hospitals (AEH) (former National Association of Public Hospitals and Health Systems (NAPH))	1	3		7								
Association of American Medical Colleges (AAMC)	2			5			4				1	
Avalere	1			1								
Besler Consulting	1			1	1							
Biotechnology Innovation Organization (BIO)	4			1								
Blue Shield of California		1		1	1							
BRG Healthcare	5	2		3		1						
Brookings Institution		1		1	1		1					
Carolinas Healthcare System	1			1			1					
Catholic Health Association (CHA)	5	2	4	8	5	1	4	1		1	1	
Cato Institute			11				2	1				
Center for American Progress (CAP)	1	2	5		1		1	1	1			
Center for Immigration Studies (CIS)			18					1				
Center for the Study of Immigrant Integration's (CSII)			1									
Center on Budget and Policy Priorities (CBPP)			1		1							
Chamber of Commerce		1	9	1								
Collectif	11	10	1	6	3	7	4	3	1	5	1	
Commonwealth Fund	1	10		6	7	1		1			1	
Duke University	1											
Families USA		1										
Federation for American Immigration Reform (FAIR)		2	14				2	2		2	1	
Federation of American Hospitals (FAH)							1					
Friends of the HRSA		15				20						
Heritage Foundation		3	19	2			2					
HIV Health Care Access Working Group (HHCAWG)		1			1	9						
Institute for Health & Socio-Economic Policy (IHSP)		1										
Institute on Taxation and Economic Policy (ITEP)			1									
International Organization for Migration (IOM) (USA for IOM)	1	1				1	1		1		1	
Kaiser Family Foundation (KFF)	1	8		5	1	6	4	6	5		3	
Medical Industry Leadership Institute	1											
Migration Policy Institute (MPI)		3	8				2	3		1		
National Alliance of State & Territorial AIDS Directors (NASTAD)		3		1	2	9						
National Association of Community Health Centers (NACHC)	4	18		1	14	2			6			1
National Association of Free and Charitable Clinics (NAFC)	2	1			3						1	
National Association of	3			2	2	1						

Medicaid Directors (NAMD)												
National Conference of State Legislatures (NCSL)	4	2	2		2	1			1			
National Economic & Social Rights Initiative (NESRI)		1							1			
National Governors Association (NGA)	1	1			1							
National Health Care for the Homeless Council (NHCHC)	2	2			3				2		2	
National Health Law Program (NHELP)		1		3	1		2					
National Hispanic Leadership Agenda							1			1		
National Immigrant Women's Advocacy Project (NIWAP)							1	1				
National Immigration Law Center (NILC)		1	1					2				
National Minority AIDS Council (NMAC)		1				2						
National Network for Immigrant and Refugee Rights (NNIRR)			5									
Northwest Federation of Community Organizations National Campaign for Jobs and Income Support (NWFCO)			1									
Pacific Research Institute	1											
Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA)	1											
Physicians for a National Health Program (PNHP)			1									
Presbyterian Church (U.S.A.)			1			1						
Providence Health & Services				1								
Public Policy Institute of California			1									
RAND Corporation	1	1	1	1	2		2	1				
Service Employees International Union (SEIU)			2									
Southern Poverty Law Center (SPLC)			2									
St Thomas Hospital	1											
Trinity Health	1			1								
UCLA		2		2	1		1	2	1	1		
UNC Health Care	1				1		1					
UnidosUS (National Council of La Raza (NCLR))		3	5				1	3		3		
United States Conference of Catholic Bishops (USCCB)			6									
Urban Institute		6	3	6	5			4				1
ZS Oncology	1	1		1	1	1						

ANNEXE 3. Grilles d'entretien

1. En France

(1) Objet d'étude

— Comprendre pourquoi l'accès aux soins pour les étrangers adultes en situation irrégulière diffère et reste stable en France et aux États-Unis.
— Sujet restreint aux maladies infectieuses et au territoire métropolitain.

(2) Impact de l'enquêté et de ses institutions sur les mesures actuelles

2.1. Validez-vous ces mesures ?

- *Aide médicale d'Etat de droit commun*
- *Aide médicale d'Etat sur décision ministérielle (humanitaire)*
- *Fonds pour les Soins Urgents et Vitaux*
- *Centres de dépistage anonymes et gratuits (CEGIDD – LFSS 2015, art. 47)*
- *Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CEGIDD)*
- *Centres de lutte antituberculeuse*
- *Centres de planification ou d'éducation familiale*
- *Centres de lutte contre la lèpre*
- *Centres de vaccination gratuite*
- *Permanence d'Accès aux Soins de Santé*
- *L. 313-11, 11° CESEDA*

2.2. Quel rôle avez-vous eu dans la création/la modification de ces mesures ?
2.3. Quelle a été votre contribution à ces réformes ?
2.4. Pourquoi avez-vous été impliqué dans ces réformes ?
2.5. Quels obstacles/facilités avez-vous rencontrés ?
2.6. Avec qui avez-vous travaillé ?

(3) Processus décisionnel

3.1. Quelles institutions/personnes ont contribué à l'émergence de ces mesures ? Pourquoi ? Comment ? Depuis quand ?
Voici quelques exemples d'institutions :

- *Associations,*
- *Syndicats,*
- *Collectifs d'organisations,*
- *Entreprises,*
- *Groupes de recherche,*
- *Parlementaires,*
- *Membres de l'exécutif,*
- *Média…*

3.2. Comment définiriez-vous le "clash" sur ce sujet ? Sur quelles mesures le débat se focalise-t-il ?

3.3. Quelle est selon vous la position des :

- *Professionnels de santé et hôpitaux,*
- *Syndicats,*
- *Associations de patients,*
- *Associations d'employeurs,*
- *Groupes pharmaceutiques,*
- *Couvertures de santé,*
- *Chercheurs,*
- *Parlementaires et membres de l'exécutif.*

3.4. Comment définiriez-vous le rapport de force sur ce sujet ?

3.5. Le rapport de force est-il en train d'évoluer ? Pourquoi ? Comment ? Depuis quand ?

3.6. Quels facteurs externes ont favorisé/bloqué le passage de ces réformes ?

Voici quelques exemples de facteurs externes :

- *Contexte économique,*
- *Contexte politique,*
- *Opinion publique,*
- *Structure constitutionnelle,*
- *Décision politique d'autres États, de l'Union européenne, d'organisations internationales,*
- *Découverte scientifique et opinions d'experts,*
- *Évaluation des politiques publiques précédentes,*
- *Événements marquants,*
- *Ancienneté des politiques.*

(4) Évolution des politiques

D'après vous, comment ces politiques vont-elles évoluer ? D'après les paramètres mentionnés ci-dessus : Pourquoi ? Comment ? À partir de quand ?

(5) Positions personnelles de l'enquêté

5.1. Quelles limites observez-vous actuellement dans l'accès aux soins des étrangers irréguliers ?

5.2. Pensez-vous que les étrangers irréguliers adultes doivent bénéficier de traitements curatifs gratuits s'ils sont atteints de maladie infectieuse ?

5.3. Si oui :

- Qui doit en être responsable : secteur public ou privé ?
- Les traitements doivent-ils être limités aux soins urgents ?

5.4. Pensez-vous que les étrangers irréguliers adultes doivent bénéficier de vaccins gratuits ? Si oui, qui doit en être responsable : secteur public ou privé ?

5.5. Pensez-vous que les étrangers irréguliers adultes doivent bénéficier de dépistages gratuits ? Si oui, qui doit en être responsable : secteur public ou privé ?

5.6. Pensez-vous que les étrangers irréguliers doivent être régularisés en raison de leur état de santé ?

(6) Suggestion pour d'autres enquêtés
Auriez-vous des suggestions concernant d'autres personnes que je devrais voir ?

2. Aux États-Unis

(1) Object of study
This thesis seeks to understand why accessibility to regularization for medical reasons, free plans for immunization, screening and curative treatment of infectious diseases among unauthorized adult aliens in both in France and the United States differs and remains stable over time.

(2) The interviewee and its institution's role regarding the current policies
2.1. Which role did you or your (current of previous) institution(s) play in the emergence of the measures mentioned below?

- Obamacare: illegal aliens' exclusion from private health insurances (*minimum essential coverage, health insurance exchange, premium tax credit, cost-sharing subsidy, temporary high-risk pools*).
- Ryan White HIV/AIDS Program
- Federally Qualified Health Center
- FQHC "Look-Alikes"
- Community Health Center
- Migrant Health Center
- Health Care for the Homeless Health Center
- Public Housing Primary Care Center
- Tribal organizations:
  - Indian Health Service
  - Tribal Clinic
  - Urban Indian Health Clinic
- Rural Health Clinic
- Nurse Managed Health Center
- Critical Access Hospital
- Free Clinic
- Charity Care
- Partnership for Prescription Assistance
- Emergency Medical Treatment and Active Labor Act
- Emergency Medicaid
- Federal Reimbursement of Emergency Health Services Furnished to Undocumented Aliens
- COBRA/HIPAA laws
- Emergency Medical Assistance
- Industrial and human disasters
- Screening and immunization which differ from one state to another
- Jurisdiction for the regularization

2.2. Why did you or your institution(s) get involved in this reform?
2.3. What exactly was your or your institution(s)' (s) contribution to these reforms?
2.4. Which successes or challenges did you or your institution(s) face?
2.5. With whom did you or your institution(s) work?
2.6. How long did you or your institution(s) work on these issues?

(3) Policy-making process
3.1. According to you, which institutions and persons have contributed to the emergence of these measures? Why? How? Since when?
Here are some examples of institutions:

- *Nonprofit organization,*
- *Political action committee (PAC),*
- *Union,*
- *Research organization (think tank),*
- *Foundation,*
- *Umbrella organization,*
- *Collectives,*
- *Political party,*
- *Administration (HHS, GAO, CBO…),*
- *Media…*

3.2. How would you define the "clash" on this subject? Which coalitions of institutions or persons do you observe?
3.3. How would you define the ratio of power on this matter?
3.4. Which external factors either blocked or eased the passing of these reforms?
Here are some examples of external factors:

- *Economic context,*
- *Political context,*
- *Public opinion,*
- *Constitutional law,*
- *Political decisions from other federate states, states or international organizations,*
- *Scientific discoveries and experts' opinions,*
- *Evaluation of previous public policies,*
- *Focusing events,*
- *Duration of current policies.*

3.5. How would you define the policy process in this field? Is the ratio of power evolving? Why? How? Since when?

(4) Evolution of these policies
According to you, how will these policies change? Using the parameters listed hereinabove: Why? How? Since when?

(5) Opinion of the institution the interviewee is associated with

5.1. Does your institution think that unauthorized aliens should receive free curative treatment when they are infected?
5.2. If so:

- Who should be responsible for this: the public or the private sector?
- Should this treatment be limited to urgent care?

5.3. Does your institution think that unauthorized aliens should get free immunization? If so, who should be responsible for this: the public or the private sector?
5.4. Does your institution think that unauthorized aliens should receive free screening for infectious diseases? If so, who should be responsible for this: the public or the private sector?
5.5. Does your institution think that unauthorized aliens should be regularized because of their state of health?
5.6. Why, and since when has your institution held these opinions?
5.7. Are these opinions widely shared among your colleagues?

(6) Opinion of the interviewee
6.1. Do you think that unauthorized aliens should receive free curative treatment when they are infected?
6.2. If so:

- Who should be responsible for this: the public or the private sector?
- Should this treatment be limited to urgent care?

6.3. Do you think that unauthorized aliens should receive free immunization? If so, who should be responsible for this: the public or the private sector?
6.4. Do you think that unauthorized aliens should receive free screening of infectious diseases? If so, who should be responsible for this: the public or the private sector?
6.5. Do you think that unauthorized aliens should be regularized because of their state of health?
6.6. Why, and since when have you held these opinions?

(7) Interviewee presentation
7.1. First name, last name, age, diploma, nationality.
7.2. Which position did you hold before? Which position do you hold today?
7.3. Can you describe them briefly?
7.4. How did you get your current position?
7.5. How would you consider the future of you career and why?

(8) Suggestion for other interviewees
Do you have any suggestion regarding other persons I should meet?

ANNEXE 4. Liste des entretiens

1. En France

	Enquêté	Institution	Date d'entretien
1	Nathalie SIMONNOT	MdM	17 décembre 2013
2	Jean-Marc DEVAUCHELLE	SUD Santé APHP	23 janvier 2014
3	Martine DEVRIES	COMEGAS	27 janvier 2014
4	Elisabeth RIVOLLIER	COMEGAS	27 janvier 2014
5	Jean-Pierre GEERAERT	COMEGAS	28 janvier 2014
6	Georges Yoram FEDERMANN	COMEGAS	31 janvier 2014
7	Muguette JACQUAINT	Ancienne députée PCF de Seine-Saint-Denis	3 février 2014
8	Patrick MONY	GISTI	5 février 2014
9	Claire GEKIERE	Union syndicale de la psychiatrie	6 février 2014
10	Véronique DAVIENNE	ATD-Quart Monde	11 février 2014
11	Jean-Pierre PHILIBERT	Rapporteur parlementaire en 1993	11 février 2014
12	Isabelle BOUILLE-AMBROSINI	Ministère de la Santé (DSS)	5 mars 2014
13	Caroline IZAMBERT	Doctorante	13 mai 2014
14	Céline GUYOT	ASSFAM	23 août 2016
15	Hélène GILARDI	Premier Ministre	23 août 2016
16	Patrick MONY	GISTI	24 août 2016
17	Éric HENRY	SML	24 août 2016
18	Margot COUPECHOUX	ASSFAM	25 août 2016
19	Antoine MATH	Chercheur	29 août 2016
20	Juliette LECAME	Doctorante	30 août 2016
21	Danièle LOCHAK	GISTI	5 septembre 2016
22	Stéphane GOBEL	CISS	6 septembre 2016
23	Karine CROCHET	COMEDE	6 septembre 2016
24	Marie PETRUZZI	COMEDE	6 septembre 2016
25	Alain SOBEL	CNS	7 septembre 2016
26	Pascal CHARBONNEL	Fédération des médecins de France	8 septembre 2016
27	Cécile KANITZER	Fédération Hospitalière de France	8 septembre 2016
28	Bernard MONTAGNON	Ministère de l'Intérieur	9 septembre 2016
29	Raphaël SODINI	Ministère de l'Intérieur	9 septembre 2016
30	Xavier EMMANUELLI	SAMU Social	12 septembre 2016
31	Karine CROCHET	COMEDE	13 septembre 2016
32	Anne-Claude GRITTON	APHP (direction des finances)	13 septembre 2016
33	Janine ROCHEFORT	MdM	14 septembre 2016
34	Bernard FALIU	Ministère de la santé (DGS)	14 septembre 2016
35	Sylvie GERMAIN	Ministère de la santé (DGS)	14 septembre 2016
36	Catherine CHARDIN	Ministère de la santé (DGS)	14 septembre 2016
37	Arnaud VEISSE	COMEDE	14 septembre 2016
38	Claude LEICHER	MG France	15 septembre 2016
39	Mady DENANTES	COMEGAS	15 septembre 2016
40	Jean-Michel BELORGEY	Ancien député PS, conseiller d'État et président de la Commission centrale d'aide sociale	15 septembre 2016
41	Patrick MONY	GISTI	15 septembre 2016
42	Claire GEORGES	Collectif PASS	16 septembre 2016
43	Denis MECHALI	Collectif PASS	16 septembre 2016

44	Jackie PLATON	Collectif PASS	16 septembre 2016
45	François BEL-KER	Action française	16 septembre 2016
46	Alain DELUC	CFDT	19 septembre 2016
47	Bérénice JOND	CFDT	19 septembre 2016
48	Ommar BENFAID	CFDT	19 septembre 2016
49	Sixte BLANCHY	HCSP	20 septembre 2016
50	Nicolas KLAUSSER	Doctorant	21 septembre 2016
51	Fanny RICHARD	CNAMTS	21 septembre 2016
52	Pascal NOE	CNAMTS	21 septembre 2016
53	Stéphane LANDAIS	CSMF	22 septembre 2016
54	Caroline IZAMBERT	Doctorante	23 septembre 2016
55	Marc WLUCZKA	Ancien de l'OFII	27 septembre 2016
56	Pierre ALBERTINI	CPAM de Paris	27 septembre 2016
57	Olivier BOUCHAUD	Médecin	28 septembre 2016
58	Valérie MARTY	Ministère de la Santé (DGCS)	29 septembre 2016
59	Christine BARBIER	Ancienne du Ministère de la Santé (DGS)	29 septembre 2016

2. Aux États-Unis

	Enquêté	Insitution	Date d'entretien
1	Michael KAPLAN	AIDS United	27 juillet 2015
2	Bruce SIEGEL	America's Essential Hospitals	27 juillet 2015
3	Sam BROOKE	Economic Justice Project	28 juillet 2015
4	Nancy DE LEW	Assistant Secretary for Planning and Evaluation	28 juillet 2015
5	Erik RUARK	Federation for American Immigration Reform	29 juillet 2015
6	Nawla RUSH	Federation for American Immigration Reform	29 juillet 2015
7	Amy NICE	US Chamber of Commerce	30 juillet 2015
8	Elisabeth STOWER	Assistant of Representative Ron KIND	31 juillet 2015
9	Laura BOYLAN	Physicians for a National Health Program	3 août 2015
10	Katie ROBBINS	Healthcare-NOW!	3 août 2015
11	Michael GLUCK	AcademyHealth	4 août 2015
12	Marc SCHENKER	Migration and Health Research Center	4 août 2015
13	Anne SCHWARTZ	Medicaid and CHIP Payment and Access Commission	5 août 2015
14	April GRADY	Medicaid and CHIP Payment and Access Commission	5 août 2015
15	Leighton KU	Center for Health Policy Research	5 août 2015
16	Allegra BAIDER	Center for Community Change Action	6 août 2015
17	Larry McNEELY	National Coalition on Health Care	7 août 2015
18	Sinsi HERNANDEZ-CANCIO	Families USA	7 août 2015
19	Clay O'DELL	Catholic Health Association	10 août 2015
20	Kathy CURRAN	Catholic Health Association	10 août 2015
21	Leonardo CUELLO	National Health Law Program	11 août 2015
22	Keith FONTENOT	Hooper, Lundy & Bookman	11 août 2015
23	Matt SALO	National Association of State Medicaid Directors	12 août 2015
24	Deborah CHOLLET	Mathematica Policy Research	12 août 2015
25	Mark KRIKORIAN	Center for Immigration Studies	13 août 2015
26	John WAHALA	Center for Immigration Studies	13 août 2015
27	Marguerite TELFORD	Center for Immigration Studies	13 août 2015
28	Alex NOWRASTEH	Cato Institute	14 août 2015
29	Bill GRADISON	Former Representative for Ohio	18 août 2015
30	Wendell PRIMUS	Policy Advisor to Speaker Nancy PELOSI	19 août 2015

31	Randy CAPPS	Migration Policy Institute	19 août 2015
32	Rebecca GAMBLER	Government Accountability Office	20 août 2015
33	Angel PADILLA	National Immigration Law Center	25 août 2015
34	Sean MISKELL	Georgetown University	27 août 2015
35	Henri AARON	Brookings Institution	31 août 2015
36	Paul BAKER	National Alliance for Hispanic Health	1 septembre 2015
37	Sonia SCHWARTZ	Georgetown University	3 septembre 2015
38	Cattie FITZGERALD	First Focus	3 septembre 2015
39	Steven LOPEZ	National Council of La Raza	4 septembre 2015
40	Chip KAHN	Federation of American Hospitals	8 septembre 2015
41	Kirk ADAMS	Service Employees International Union	8 septembre 2015
42	Dan HAWKINS	National Association of Community Health Centers	9 septembre 2015
43	Jennifer KATES	Kaiser Family Foundation	14 septembre 2015
44	James EDWARDS	Government Relations Consultant	14 septembre 2015
45	Jeffrey LEVI	Trust for America's Health	15 septembre 2015
46	Greisa MARTINEZ	United We Dream	15 septembre 2015
47	Zenen Jaimes PEREZ	United We Dream	15 septembre 2015
48	Denis DEONCINI	Former Senator for Arizona	16 septembre 2015
49	Alicia WILSON	La Clinica Del Pueblo	17 septembre 2015
50	Robert ZARR	Physicians for a National Health Program	17 septembre 2015
51	Karen DAVIS	Johns Hopkins University	18 septembre 2015
52	Tim WESTMORELAND	George Washington University	18 septembre 2015
53	Joshua BERNSTEIN	Service Employees International Union	21 septembre 2015
54	Kenneth APFEL	University of Maryland	22 septembre 2015
55	Alice RIVLIN	Brookings Institution	24 septembre 2015
56	Stephen ZUCKERMAN	Urban Institute	25 septembre 2015
57	Amy HALL	Committee on Ways and Means	25 septembre 2015
58	Jeffrey CROWLEY	O'Neill Institute for National and Global Health Law	28 septembre 2015
59	Debrah COHN	American Medical Association	28 septembre 2015
60	Sarah ROSENBAUM	George Washington University	29 septembre 2015
61	Representative DAVIS	Representative for Illinois	29 septembre 2015
62	Shannon McMAHON	Maryland Medicaid Director	29 septembre 2015

ANNEXE 5. Termes non conservés des débats parlementaires

1. En France

1.1. Positionnements sur l'AME

POUR

cette (334), c'est (235), comme (186), notre (169), qu'il (166), groupe (157), n'est (154), faire (148), amendement (129), aussi (125), effet (122), d'une (121), monsieur (119), prise (107), contre (104), moins (100), bancs (88), alors (86), ainsi (85), commission (81), collègues (81), votre (80), depuis (77), certains (74), question (73), parce (72), avons (70), avait (69), conditions (69), celui (68), notamment (67), était (66), enfin (65), elles (64), suppression (63), article (60), générale (60), encore (59), texte (58), matière (57), trois (56), amendements (56), entre (55), seulement (54), sommes (54), place (53), également (53), serait (52), point (50), puisque (50), ailleurs (50), compte (49), dispositions (49), qu'ils (48), toutes (48), beaucoup (47), peuvent (47), d'ailleurs (46), quand (46), selon (46), toute (46), celle (45), leurs (45), chers (45), défavorable (45), façon (44), général (44), avoir (43), c'est (43), majorité (43), certaines (43), l'article (43), n'ont (43), plusieurs (42), réforme (42), l'ensemble (41), prendre (41), quelques (41), supprimer (41), s'agit (41), l'amendement (40), mettre (40), mêmes (40), rappeler (40), préalable (39), avant (39), grande (39), pourrait (39), termes (39), d'autres (38), proposition (38), aujourd'hui (37), pourquoi (37), qu'elle (37), souvent (37), temps (37), toujours (37), procédure (37), président (37), outre (36), qu'il (36), comment (35), madame (35), telle (35), après (34), contraire (34).

CONTRE

c'est (231), cette (201), notre (134), comme (129), n'est (128), qu'il (111), faire (102), amendement (81), aussi (80), d'une (74), groupe (71), ainsi (68), prise (68), commission (67), effet (67), alors (63), quand (63), sommes (63), avons (58), madame (58), entre (57), bancs (56), serait (56), contre (54), suppression (54), était (54), parce (52), propose (52), question (51), réforme (50), beaucoup (47), place (47), s'agit (47), depuis (46), aujourd'hui (45), moins (45), monsieur (45), également (43), qu'un (43), notamment (42), mieux (42), pourquoi (41), votre (41), certains (40), simplement (40), quelques (39), d'ailleurs (37), comment (36), puisque (36), qu'ils (36), elles (35), autres (35), supprimer (34), toute (34), manière (34), celle (33), encore (33), trois (33), collègue (33), conditions (33), avait (32), compte (32), plusieurs (32), prendre (32), texte (32), celui (31), l'ensemble (31), c'est (30), laquelle (30), l'amendement (29), matière (29), doivent (29), savoir (29), leurs (28), selon (27), avoir (26), point (26), seulement (26), toujours (26), soient (26), majorité (25), mettre (25), souvent (25), temps (25), préalable (24), qu'elle (24), semble (24).

NEUTRE

cette (34), amendement (26), c'est (22), comme (21), effet (20), monsieur (20), avons (17), faire (17), d'une (16), notre (16), prise (16), qu'il (16), texte (16), ainsi (15), commission (15), contre (15), serait (15), trois (15), depuis (14), l'amendement (14), c'est (13), entre (13), l'amendement (13), également (13), était (13), seront (13), amendements (12), aussi (12), dispositions (12), défavorable (11), toute (11), l'article (11), doivent (10), leurs (10), parce (10),

plusieurs (10), d'une (10), compte (9), n'est (9), soient (9), sommes (9), votre (9), conditions (8), l'ensemble (8), madame (8), moins (8), qu'il (8), question (8), bonne (8), cependant (8), prises (8), prévoit (8), francs (8), mieux (8), article (7), enfin (7), notamment (7), telle (7), d'ailleurs (7), ensuite (7), n'est (7), s'agit (7), évidemment (7), donner (7), possible (7), alors (6), bancs (6), celle (6), certaines (6), groupe (6), laquelle (6), mettre (6), rappeler (6), nouveau (6), paraît (6), partie (6), pense (6), travées (6), étant (6), exemple (6), important (6), ailleurs (5), après (5), avant (5), avoir (5), celui (5), actes (5), actuellement (5), certain (5), d'abord (5), deuxièmement (5).

1.2. Positionnements sur la régularisation

POUR

cette (76), c'est (74), notre (67), d'une (61), comme (57), qu'il (54), amendement (49), monsieur (48), n'est (44), ainsi (43), commission (43), votre (41), faire (37), avait (36), était (36), depuis (34), après (33), texte (33), alors (32), groupe (32), aussi (31), c'est (30), contre (29), majorité (28), d'une (27), certains (26), compte (25), pourquoi (25), l'article (24), toute (24), conditions (23), aujourd'hui (22), avoir (22), effet (22), moins (22), parce (22), question (22), serait (22), celui (21), encore (21), également (21), elles (20), leurs (20), prise (20), avant (19), avons (19), celle (19), l'amendement (19), travées (19), certain (18), collègues (18), dispositions (18), quinze (18), laquelle (17), matière (17), point (17), quelques (17), seront (17), simplement (17), telle (17), toujours (17), article (16), entre (16), pense (16), pourrait (16), seulement (16), lecture (16), bancs (15), l'article (15), place (15), selon (15), sommes (15), existe (15), beaucoup (14), certaines (14), chers (14), exemple (14), toutes (14), avaient (14), quatre (14), notion (14), possibilité (14), d'autres (13), générale (13), mettre (13), possible (13), souvent (13), s'agit (13), temps (13), aucune (13), autre (13), pourtant (13), voilà (13), amendements (12), comment (12), certes (12).

CONTRE

cette (74), notre (68), c'est (61), comme (51), faire (44), qu'il (42), d'une (38), groupe (37), commission (36), votre (34), encore (31), monsieur (31), contre (30), amendement (29), texte (28), ainsi (27), aussi (26), n'est (25), question (24), alors (23), bancs (23), depuis (23), effet (23), c'est (22), sommes (22), collègues (21), l'article (21), compte (20), avait (19), avons (19), était (19), chers (18), conditions (18), également (18), parce (18), peuvent (18), plusieurs (18), s'agit (18), toute (18), avoir (17), d'une (17), serait (17), après (16), beaucoup (16), dispositions (16), point (16), puisque (16), certains (15), dernier (15), matière (15), puisse (15), celle (14), entre (14), l'amendement (14), lecture (14), possibilité (14), soient (14), travées (14), contraire (13), particulièrement (13), prise (13), quelques (13), simplement (13), certain (12), enfin (12), moins (12), notion (12), supprimer (12), telle (12), toujours (12), aujourd'hui (11), aujourd'hui (11), avant (11), celui (11), l'article (11), nouveau (11), permettant (11), pourquoi (11), pouvoir (11), prendre (11), qu'ils (11), quelque (11), rappelé (11), toutes (11), autres (10), désormais (10), domaine (10), faites (10), notamment (10), président (10), s'est (10), savoir (10), autre (9), avril (9), certaines (9), façon (9), l'objet (9), portée (9), quinze (9), selon (9), seulement (9), souvent (9), suppression (9), autant (8).

NEUTRE
notre (12) cette (11) qu'il (10) amendement (9) serait (9) c'est (8) comme (7) depuis (7) l'article (7) n'est (7) aussi (6) bancs (6) commission (6) faire (6) quinze (6) ainsi (5) encore (5) groupe (5) celle (4) collègue (4) d'une (4) effet (4) l'amendement (4) moins (4) monsieur (4) plusieurs (4) quelques (4) s'agit (4) qu'on (4) souhaite (4) vingt (4) avons (3) celui (3) collègues (3) contre (3) d'ailleurs (3) parce (3) peuvent (3) président (3) toujours (3) aurait (3) dirai (3) lequel (3) qu'elle (3) qu'un (3) répète (3) telles (3) après (2) autres (2) avant (2) avoir (2) beaucoup (2) cependant (2) certaines (2) certains (2) compte (2) conditions (2) dispositions (2) défavorable (2) exemple (2) manière (2) matière (2) mêmes (2) notamment (2) propose (2) quand (2) question (2) certes (2) alinéa (2) appartient (2) aucun (2) autrement (2) d'être (2) discutons (2) donné (2) doute (2) déposé (2) exprimé (2) fasse (2) fonction (2) formation (2) grand (2) l'avons (2) l'une (2) l'union (2) l'égard (2) lesquelles (2) longtemps (2) montre (2) particulier (2) pendant (2) penser (2) possibilité (2) poursuite (2) pouvoir (2) puisse (2) questions (2) rappelé (2) reconnaître (2) repoussé (2) reste (2) retirer (2) rigueur (2).

2. Aux États-Unis

2.1. Positionnements sur la régularisation

POUR
program (311), bill (207), must (128), provisions (85), time (85), amendment (83), support (81), date (79), believe (75), also (73), provision (67), legislation (66), january (65), policy (63), laws (62), 1982 (56), first (56), provide (55), reform (55), public (54), programs (53), without (53), think (51), come (49), make (49), even (47), current (43), 1980 (42), amendments (42), become (42), members (42), well (42), need (40), however (39), present (39), seek (39), administrative (38), effective (38), necessary (38), part (38), problem (38), problems (38), second (37), chairman (36), going (36), effort (35), fact (35), allow (34), large (34), urge (34), order (32), past (32), proposed (32), since (32), period (31), process (31), serious (31), already (30), gentleman (29), long (29), standards (29), addition (28), section (28), vote (28), create (27), issue (27), substantial (27), three (27), house (26), important (26), proposal (26), civil (25), class (25), essential (25), 1977 (24), avoid (24), certainly (24), general (24), group (24), just (24), possible (24), apply (23), certain (23), clear (23), colleagues (23), forward (23), made (23), rather (23), result (23), take (23), want (23), 1510 (22), case (22), continue (22), future (22), good (22).

CONTRE
bill (179), come (104), program (100), laws (77), think (72), going (65), must (61), amendment (52), provisions (48), provision (47), become (46), future (43), time (43), reform (40), support (39), also (38), legislation (38), public (37), date (36), problem (36), take (36), already (34), today (33), even (33), however (32), believe (31), first (31), just (29), came (28), 1982 (28), without (28), give (27), registry (27), january (27), since (27), fact (26), enter (25), long (25), policy (25), problems (25), proposal (25), strike (25), additional (24), another (24), result (23), concern (22), feel (22), know (22), least (22), forward (22), provide (22), well (22), might (21), across (20), consider (20), difficult (20), effect (20), impact (20), chairman

(20), every (19), last (19), like (19), question (19), simply (18), 1510 (18), make (18), need (18), applicants (17), given (17), administrative (17), allow (17), general (17), programs (16), want (16), five (16), hand (16), case (15), issue (15), period (15), process (15), vote (15), among (15), currently (15), potential (15), prior (15), back (14), effects (14), face (14).

NEUTRE
program (43), programs (20), however (18), amendment (17), bill (15), full (13), impact (13), policy (13), administration (13), must (12), provision (12), public (12), even (11), general (11), language (11), need (11), 1986 (10), commitment (10), current (10), fact (10), period (10), provide (10), providing (10), transition (10), 1510 (9), also (9), become (9), take (9), believe (8), incurred (8), legislation (8), members (8), partnership (8), proposed (8), recognized (8), support (8), without (8), 1993 (7), action (7), appropriated (7), based (7), chairman (7), currently (7), development (7), effect (7), fully (7), future (7), major (7), part (7), today (7), 1991 (6), 1992 (6), clearly (6), deny (6), essential (6), house (6), just (6), level (6), made (6), maintain (6), make (6), potential (6), urge (6), literacy (6), 1988 (5), 1990 (5), actual (5), additional (5), affected (5), already (5), aware (5), built (5), going (5), likely (5), mandated (5), needed (5), needs (5), result (5), time (5), within (5), writing (5), 6514 (4), agreed (4), another (4), applied (4), appropriations (4), areas (4), assume (4), basic (4), bear (4), beyond (4), carefully (4), commitments (4), committed (4), concern (4), concerned (4), continue (4), account (4).

2.2. Positionnements sur *Ryan White*

POUR
bill (208), programs (197), support (161), based (156), provide (156), program (150), cases (142), amendment (117), need (112), areas (107), five (95), must (95), also (90), public (79), appropriations (78), 1991 (73), code (72), full (70), level (70), additional (68), reported (64), needed (63), current (61), first (61), request (61), providing (60), needs (59), continue (57), without (56), relief (56), time (54), early (52), chairman (51), urge (51), three (50), name (50), last (49), well (49), 1992 (47), among (46), names (44), important (43), however (42), made (42), just (41), within (41), less (41), already (40), currently (40), problem (40), simply (40), authorized (40), affected (39), commitment (39), 1990 (37), legislation (37), related (37), across (36), every (36), take (36), caseload (36), know (35), necessary (35), provision (35), result (35), including (35), ability (34), address (34), hardest (34), believe (33), past (33), since (33), demand (33), addition (32), house (32), planning (32), become (31), like (31), leading (31), organizations (31), impact (30), major (30), members (30), order (30).

CONTRE
appropriate (7), 1991 (5), amendment (5), appropriations (5), last (5), programs (5), 1992 (4), continue (4), going (4), house (4), know (4), like (4), answer (4), thirty (4), administration (3), bill (3), concern (3), concerned (3), just (3), level (3), question (3), think (3), vote (3), advance (3), bills (3), chart (3), correct (3), enough (3), recent (3), rule (3), stop (3), talk (3), thank (3), already (2), appropriated (2), bear (2), first (2), given (2), members (2), problem (2), public (2), reported (2), although (2), appropriating (2), authorized (2), best (2), brought

(2), call (2), cases (2), comments (2), common (2), correctly (2), course (2), distinguished (2), example (2), fragmented (2), gets (2), heart (2), kind (2), look (2), member (2), mind (2), note (2), officer (2), precisely (2), presiding (2), remain (2), requested (2), respect (2), sense (2), specific (2), still (2), studies (2), supply (2), americans (1), amount (1), authorization (1), committee (1), country (1), action (1), also (1), another (1), avoid (1), aware (1), back (1), came (1), colleagues (1), come (1), committed (1), address (1), 1973 (1), accounts (1), activities (1), activity (1), affection (1), agree (1), along (1), anybody (1), anywhere (1), applying (1), appreciate (1), approach (1), approaches (1), argument (1), arlen (1), attempt (1), attention (1), babies (1), balance (1), base (1), basis (1), becomes (1), beginning (1), blood (1), body (1), borrow (1), brief (1), broken (1), chair (1), changed (1), choice (1), clarifying (1), classic (1), colleague (1), college (1), comes (1), company (1), complain (1), compliment (1), confront (1), congress' (1), constitution (1), continued (1), creates (1), creating (1), crisis (1), currency (1), cutting (1), deaths (1), diabetes (1).

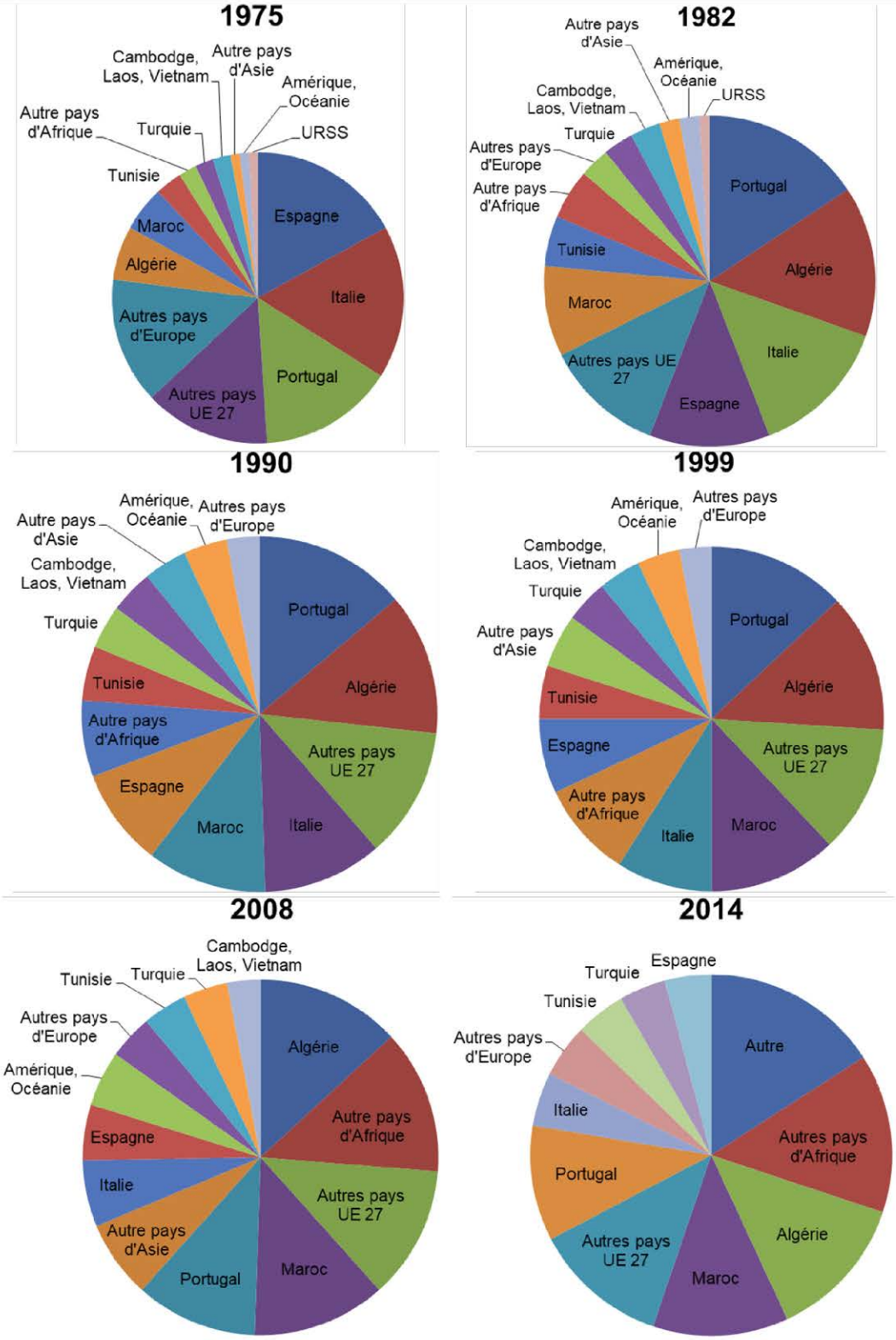
ANNEXE 6. Statut épidémiologique des étrangers

SECTION 1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES PRÉALABLES

Si la France se caractérise par une immigration provenant de plus en plus d'Afrique du Nord, tel n'est pas le cas aux États-Unis où le Mexique et l'Asie du Sud-Est sont davantage représentés sur la période récente. Pour ces deux pays, l'immigration européenne a été réduite. Les deux graphiques suivants indiquent les pays de naissance des populations immigrées depuis les années 1970 en France et aux États-Unis.

FIGURE 106

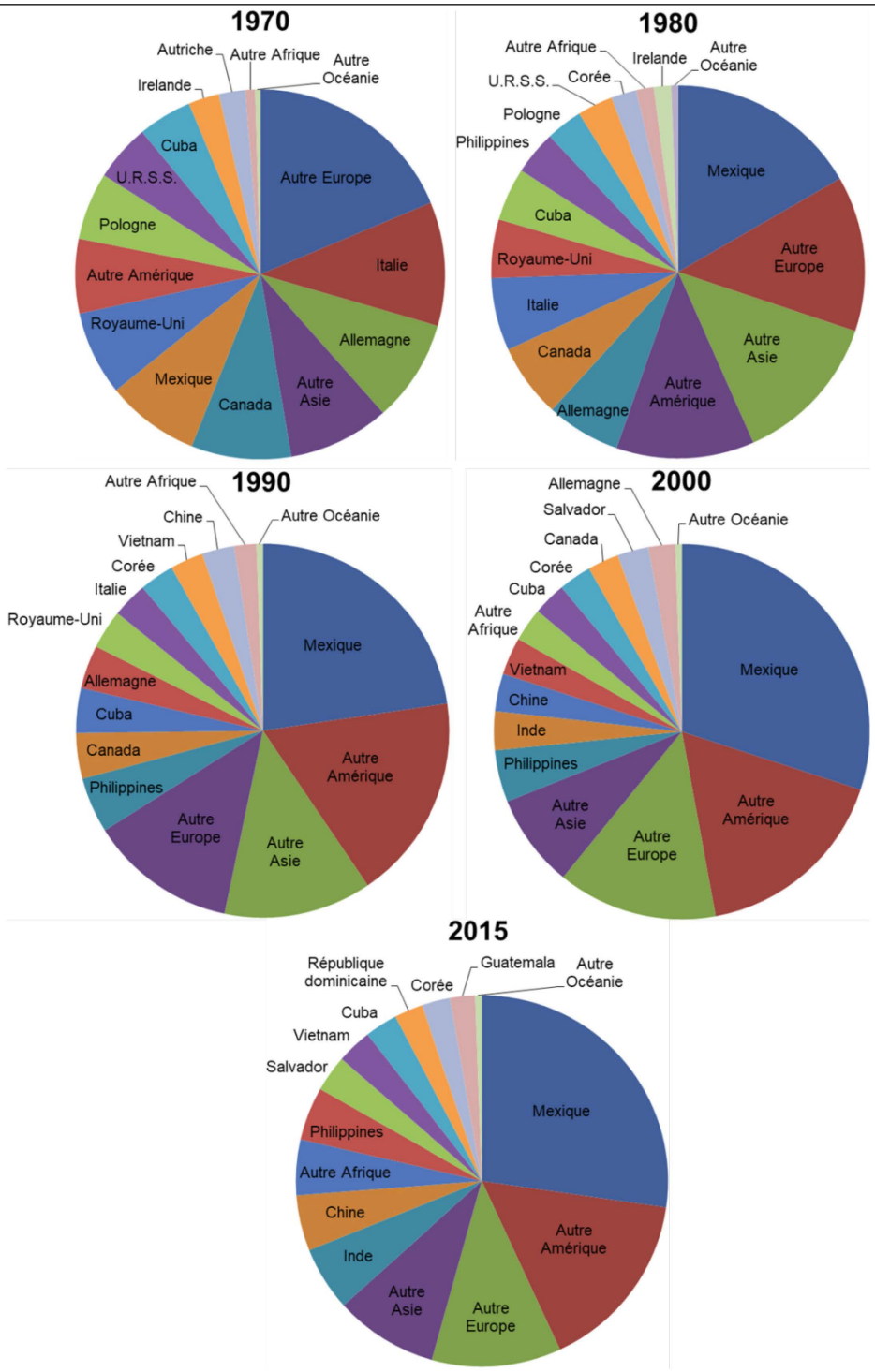
Pays de naissance des populations immigrées résidant en France, 1975-2014



SOURCE : Pour les données de 1975, 1982, 1990, 1999 et 2008 (France entière), cf. INSEE, Fiches thématiques, population immigrée (IMMFRA12) (2012) : 101. Pour les données de 2014 (France entière), cf. INSEE, Recensement de la population 2014 — Immigrés par pays de naissance en 2014 (URL : www.insee.fr).

FIGURE 107

Pays de naissance des populations immigrées résidant aux États-Unis, 1970-2015



SOURCE : Migration Policy Institute (MPI) tabulation of data from U.S. Census Bureau, 2010 and 2015 American Community Surveys (ACS), and 2000 Decennial Census; Les données de 1960 à 1990 proviennent de : Campbell J. Gibson and Emily Lennon," Historical Census Statistics on the Foreign-Born Population of the United States: 1850 to 1990" (Working Paper No. 29, U.S. Census Bureau, Washington, DC, 1999).

Le statut épidémiologique des populations d'origine étrangère va successivement être présenté dans l'ordre suivant : tuberculose maladie, tuberculose à bacilles multirésistants, hépatite B, VIH/sida puis hépatite C.

SECTION 2. LA TUBERCULOSE MALADIE

1. La tuberculose maladie en France

En France, seule la tuberculose maladie (dite « active ») fait l'objet d'une déclaration obligatoire depuis 1964[1].

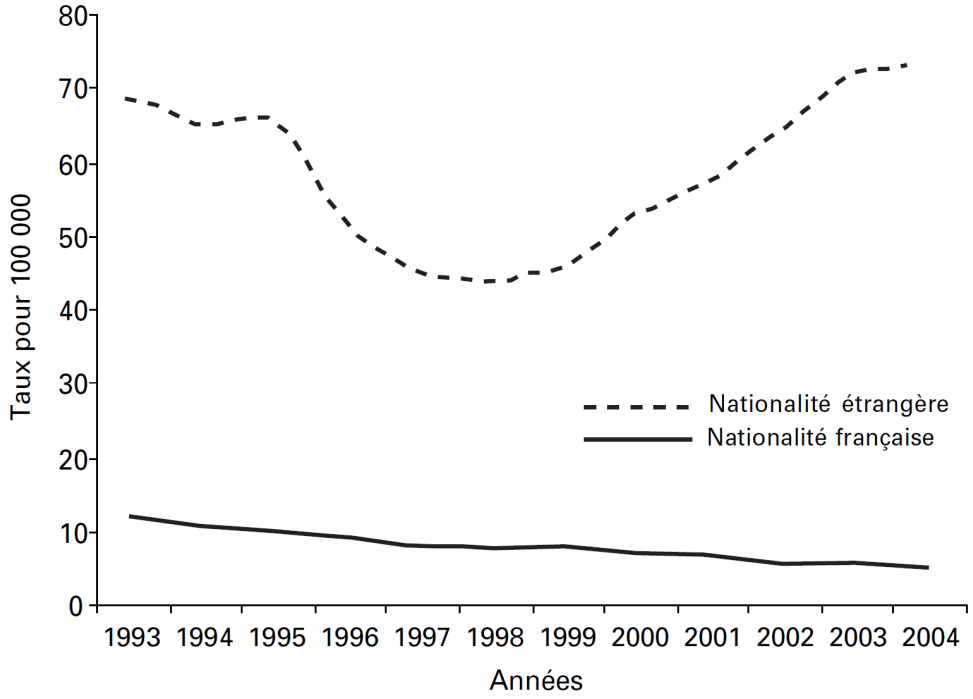
De 1981 à 1985, les données de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris montrent que la part de la tuberculose augmente chez les étrangers (de 52 % à 56 % de l'ensemble des cas de tuberculose). En conséquence, ce taux diminue chez les Français sur la même période (de 48 % à 44 %)[2]. Pourtant, dans les années 1980, la part des étrangers est inférieure à 6 % de la population résidant en France métropolitaine.

De même, entre 1993 et 2004, l'InVS présente un taux d'incidence de la tuberculose active plus important chez les étrangers que chez les Français comme l'indique la figure ci-dessous.

[1] Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique.
[2] Direction Générale de la Santé (Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi), « La tuberculose à Paris de 1975 à 1985 (DASS de Paris) », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 1 (1987): 1.

FIGURE 108

Taux d'incidence de la tuberculose maladie (pour 100 000 habitants) selon la nationalité, France métropolitaine, 1993-2004

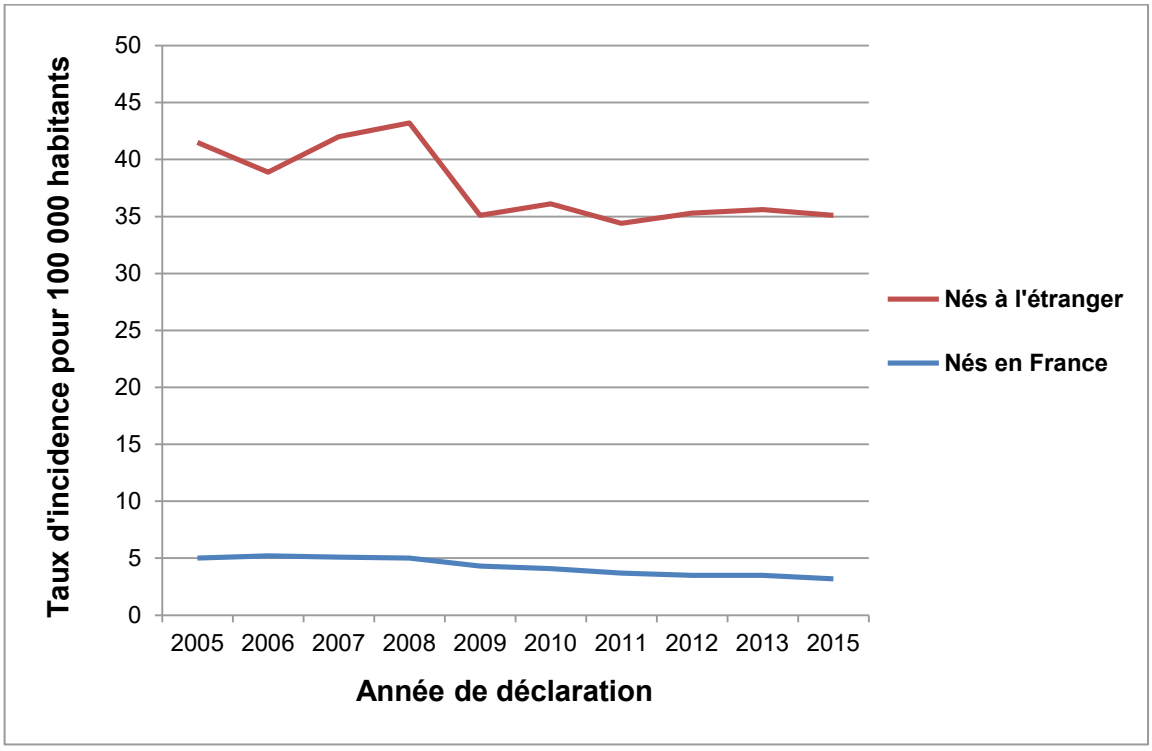


SOURCE : Institut de veille sanitaire (CHE D., BITAR D.), « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2004 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, no 18 (2006) : 122.

Le taux d'incidence sur la décennie suivante se stabilise chez les personnes nées en France et à l'étranger tel que l'indique le graphique suivant. Le moindre taux d'incidence par rapport au graphique ci-dessus s'explique en partie par l'acquisition de la nationalité française de certains individus nés à l'étranger et permettant, sans doute, un meilleur accès aux soins puis une élimination de la maladie.

FIGURE 109

Taux d'incidence de la tuberculose maladie (pour 100 000 habitants) selon le pays de naissance, France métropolitaine, 2005-2015 (sauf 2014)



SOURCE : Bulletins épidémiologiques hebdomadaires n° 11/2007, 10 — 11/2008, 12 — 13/2009, 27 — 28/2010, 22/2011, 24 — 25/2012, 20/2014, 9 — 10/2015, 7/2017 et Delphine ANTOINE et Didier CHE, Épidémiologie de la tuberculose en France. Journée tuberculose, 10 avril 2013 (Institut de veille sanitaire), 2013, 6.

Les taux de prévalence sur Paris (1981-1985) et les taux d'incidence en France métropolitaine (1993-2015) confirment ainsi que la tuberculose-maladie est bien plus présente chez les personnes étrangères et nées à l'étranger.

2. La tuberculose maladie aux États-Unis

Si les données relatives à la tuberculose commencent à être collectées nationalement dès 1953 aux États-Unis, ce n'est qu'en 1985 que celles-ci sont collectées et harmonisées au sein d'un fichier unique[3].

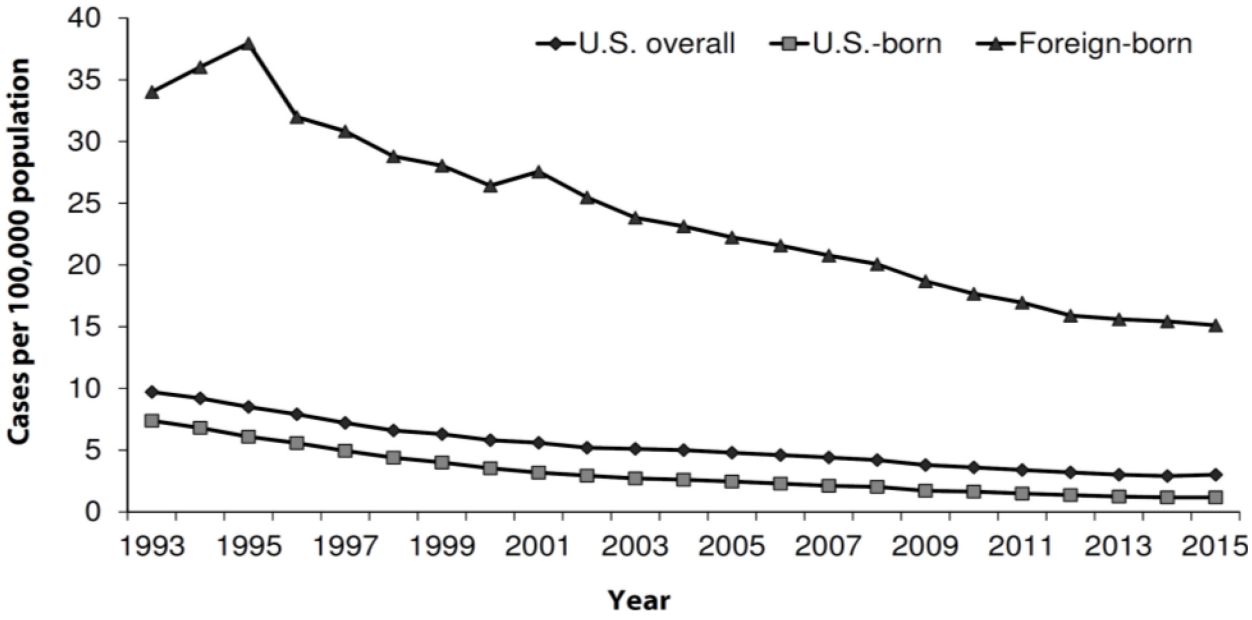
[3] Rachel S YELK WOODRUFF, Robert H PRATT, et Lori R ARMSTRONG, « The US National Tuberculosis Surveillance System: A Descriptive Assessment of the Completeness and Consistency of Data Reported from 2008 to 2012 », *JMIR Public Health and Surveillance* 1, n° 2 (2015).

De 1986 à 1993, une étude montre ainsi que le taux d'incidence de la tuberculose des individus nés à l'étranger est de 30,6 pour 100 000 habitants contre 8,1 chez les natifs étasuniens[4].

Le graphique suivant illustre annuellement ce même taux d'incidence entre 1993 et 2015 entre les sujets nés aux États-Unis (*U.S.-born*) et à l'étranger (*foreign born*) ainsi que le taux national (*U.S. overall*).

FIGURE 110

Taux d'incidence des tuberculeux nés aux États-Unis et à l'étranger, États-Unis, 1993-2015 (données au 9 juin 2016)



SOURCE : Centers for Disease Control and Prevention, Reported tuberculosis in the United States, 2015, US Department of Health and Human Services, CDC, 2016, 143.

Les taux d'incidence (1986-2015) montrent ainsi que la tuberculose touche davantage les personnes nées à l'étranger aux États-Unis.

3. Régions et pays de naissance pour la tuberculose maladie en France et aux États-Unis

En France, en 2001[5], 2004[6] et 2010[7], trois principales régions de naissance sont représentées parmi les tuberculeux nés à l'étranger : l'Afrique du Nord (33,4 %,

[4] Matthew T. McKENNA, Eugene McCRAY, et Ida ONORATO, « The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in the United States, 1986 to 1993 », *The New England Journal of Medicine* 332, n° 16 (1995): 1071–1076.

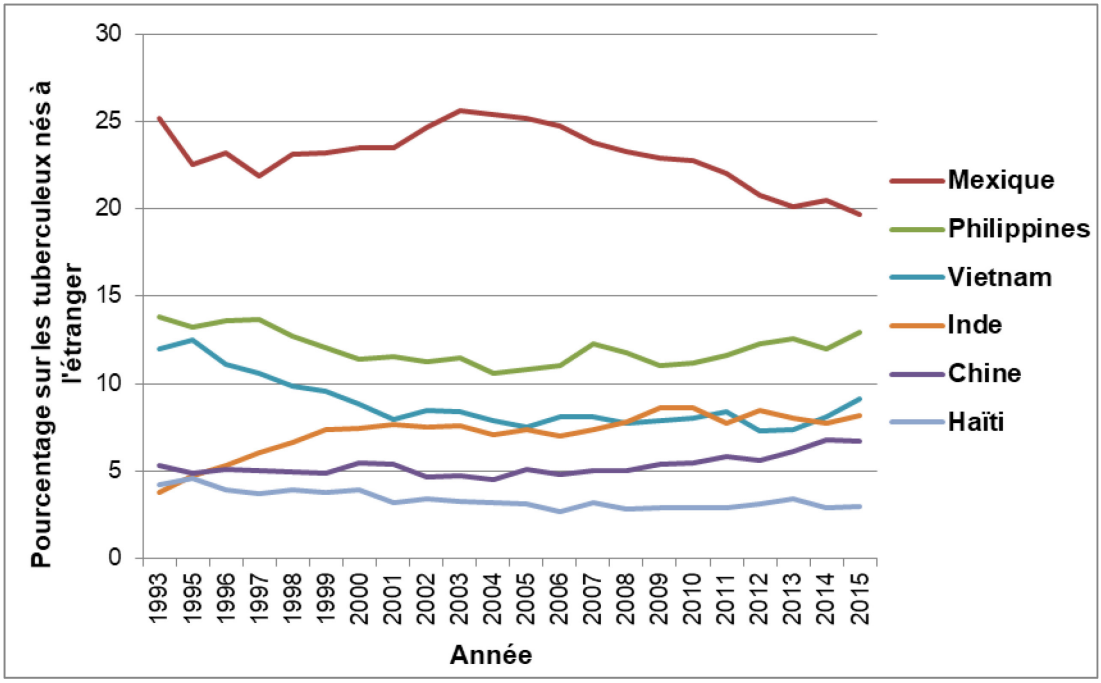
[5] Jean-Pierre DOOR et Marie-Christine BLANDIN, *Rapport sur le risque épidémique (tome 1) n° 2327 (Assemblée nationale) et 332 (Sénat)*, Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (2005): 82.

34,7 % et 27,8 %), l'Afrique subsaharienne (30,9 %, 21,5 % et 36,4 %) et l'Asie (16,8 %, 24,8 % et 14,7 %).

Pour les États-Unis, le diagramme ci-dessous précise l'évolution, de 1993 à 2015, du taux de prévalence des six principaux pays de naissance chez les tuberculeux nés à l'étranger.

FIGURE 111

Taux de prévalence des six premiers pays de naissance des tuberculeux résidants aux États-Unis parmi les tuberculeux nés à l'étranger, États-Unis, 1993-2015 (sauf 1994). (Données au 9 juin 2016)



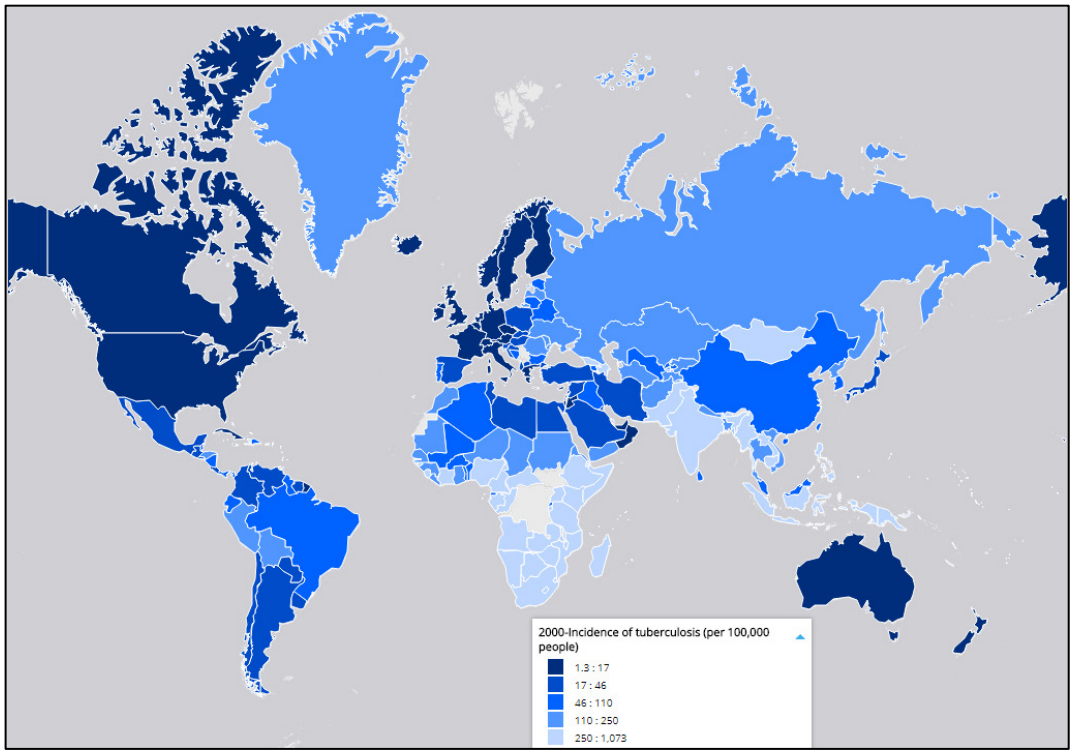
SOURCE : Centers for Disease Control and Prevention, Reported Tuberculosis in the United States, US Department of Health and Human Services, CDC (rapports de 1994 à 2016)

Or, dans le monde, la tuberculose active est principalement présente en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est tel que l'indique la carte suivante qui est globalement représentative de la période 2000-2015.

[6] Groupe de travail « Tuberculose et migrants », *Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France* (Direction Générale de la Santé, 2005): 6.
[7] Institut de Veille Sanitaire, *Epidémiologie de la tuberculose en France* (déclaration obligatoire de tuberculose) (Données 2010, mise à jour 2012) (2012): 13.

CARTE 1

Incidence de la tuberculose, 2000



NOTE : les pays à forte incidence sont en bleu clair.

SOURCE : World Health Organization, Global Tuberculosis Report (SH.TBS.INCD) (2017). URL : http://databank.banquemondiale.org

Ainsi, contrairement à la France, l'Afrique, continent à forte endémicité, est donc peu représentée aux États-Unis chez les immigrés et les tuberculeux. Cela tend à expliquer pourquoi les taux d'incidence sont globalement plus bas aux États-Unis qu'en France chez les sujets d'origine étrangère[8]. De même, la contagiosité de la maladie peut expliquer en partie pourquoi ce taux est également moindre chez les natifs aux États-Unis qu'en France[9].

4. Conclusion

Premièrement, l'écart entre étrangers et nationaux est donc important pour la tuberculose active. Deuxièmement, les pays de naissance représentés suivent, globalement, la géographie de l'épidémie dans le monde concernant l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud-Est. L'Afrique du Nord, dans le cas français, et le Mexique, dans le cas étasunien, constituent deux exceptions vis-à-vis de cette géographie qui peuvent s'expliquer, d'une part, par l'importance numérique de

[8] Environ 22,5 pour 100 000 en 2005 aux États-Unis contre 42 pour 100 000 en France ; 15 pour 100 000 en 2015 aux États-Unis contre 35 pour 100 000 en France.

[9] Environ 2 pour 100 000 en 2005 aux États-Unis contre 5 pour 100 000 en France ; 1 pour 100 000 en 2015 aux États-Unis contre 3 pour 100 000 en France.

l'immigration provenant de ces deux pays en France et aux États-Unis et, d'autre part, par un taux d'incidence de la tuberculose moyennement élevé dans chacune de ces régions. Troisièmement, l'incidence plus élevée de la tuberculose chez les natifs en France suppose que la contagiosité de la maladie impacte sur l'état de santé de la population générale. Cette contagiosité est rendue plus problématique au regard de la tuberculose à bacilles multirésistants.

SECTION 3. LA TUBERCULOSE À BACILLES MULTIRÉSISTANTS

La tuberculose à bacilles multirésistants (MDR — *multidrug-resistant*) est un bacille ne répondant pas à au moins deux antibiotiques puissants : l'isoniazide et la rifampicine. L'arrêt prématuré d'un traitement peut conduire à ce genre de résistance. Cette forme présente un risque élevé pour la population en raison de sa contagiosité et de la difficulté à lutter contre elle. La prévalence de cette infection indique également une disparité importante entre natifs et non-natifs.

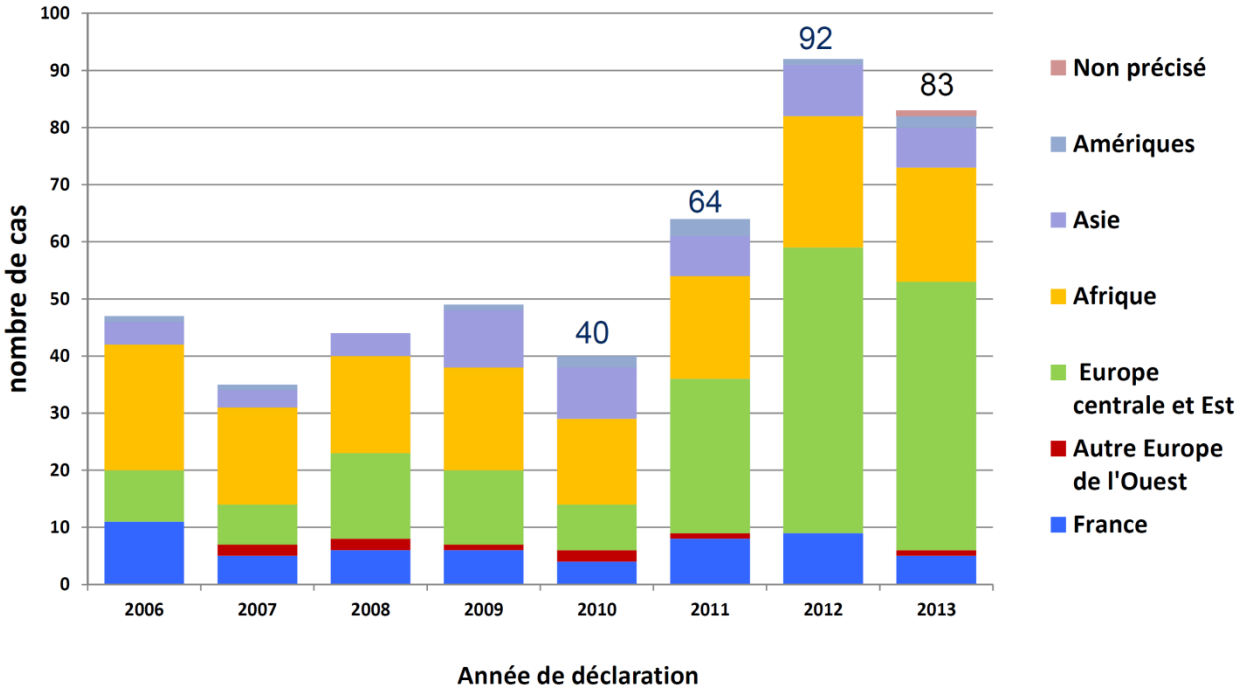
1. En France

En France, une étude établie qu'entre 1995 et 2004, la tuberculose à bacilles multirésistants touche à 79 % des personnes nées à l'étranger contre 21 % des personnes nées en France[10]. La décennie suivante, l'infection continue de frapper les personnes nées à l'étranger comme le montre le graphique suivant.

[10] P. M. KHUÊ et al., « A 10-year prospective surveillance of Mycobacterium tuberculosis drug resistance in France 1995–2004 », *European Respiratory Journal* 30, n° 5 (2007): 937-44.

FIGURE 112

Évolution de la région de naissance des cas de tuberculose à bacilles multirésistants (MDR) reçus au CNR-MyRMA, 2006-2013



SOURCE : Jean-Paul GUTHMANN, Fatima BELGHITI, et Delphine ANTOINE, Épidémiologie de la tuberculose dans le monde et en France. Cours DES Pneumologie, 2016, 2016, 51.

DONNÉES : Centre national de référence des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux (CNR-MyRMA), « Rapport d'activité pour l'année 2013 », 2014, 22.

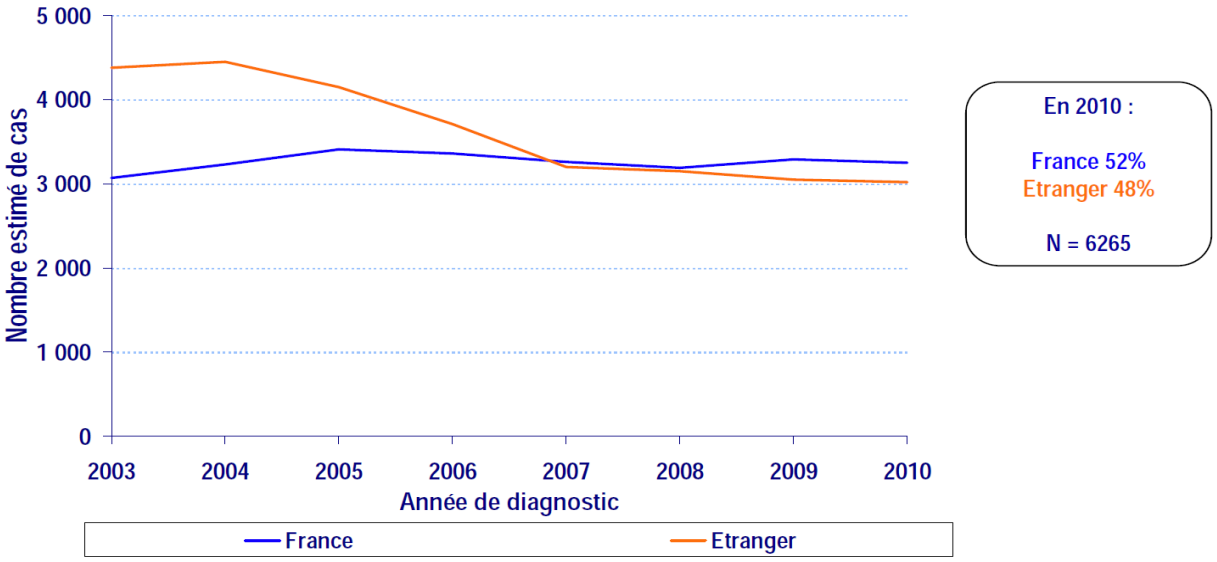
La tuberculose MDR (1995-2013) affecte donc, de manière disproportionnée, les personnes nées à l'étranger.

2. Aux États-Unis

Concernant les États-Unis, le graphique suivant indique également une plus grande prévalence de la tuberculose MDR chez les personnes nées à l'étranger de 1993 à 2015.

FIGURE 113

Taux de multirésistance primaire de la tuberculose (MDR) au sein des populations nées, ou non, aux États-Unis, États-Unis, 1993-2015 (données au 9 juin 2016)



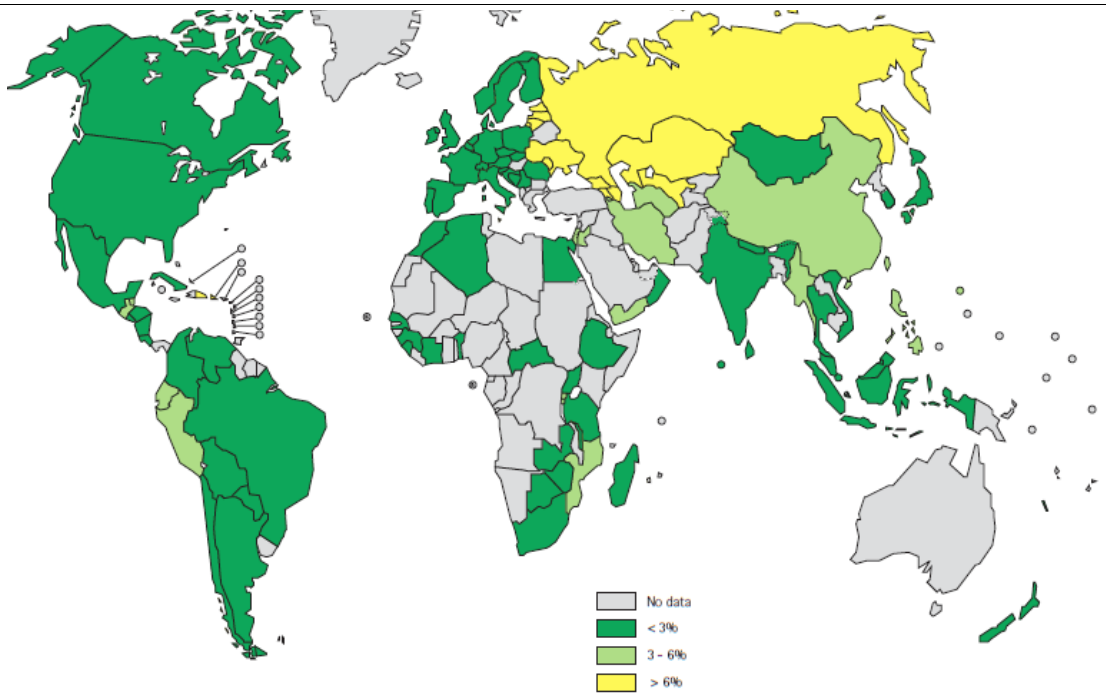
SOURCE : Centers for Disease Control and Prevention, Reported tuberculosis in the United States 2015, US Department of Health and Human Services, CDC, 2016, 150.

3. Conclusion

Les données mondiales sur la tuberculose à bacilles multirésistants sont incomplètes ainsi que l'indique la carte ci-dessous.

CARTE 2

Incidence des cas de tuberculose à bacilles multirésistants (MDR), 1994-2007



SOURCE 1: World Health Organization, Anti-Tuberculosis Drug Resistance in the World, vol. 4 (World Health Organization, 2008), 147.

NOTE : Les zones en gris signifient que les données ne sont pas disponibles (no data). Les zones en jaune et en vert clair sont les plus touchées.

Or, au vu des pays de naissance des personnes atteintes de la tuberculose MDR en France, il semblerait que les zones concernées par cette infection soient principalement en Europe de l'Est et en Afrique. Or, l'immigration française étant surtout composée d'individus originaires d'Afrique et d'Europe, cela expliquerait en partie le plus grand écart entre natifs et non-natifs en France par rapport aux États-Unis. De même, l'immigration étasunienne étant constituée essentiellement de personnes provenant de zones peu contaminées – Mexique et Pacifique occidental —, cela confirme le lien entre origine géographique et statut épidémiologique. Ce lien est également visible pour l'hépatite B.

SECTION 4. L'HÉPATITE B

1. En France

En France, seule l'hépatite B aiguë symptomatique fait l'objet d'une déclaration obligatoire depuis 2003[11].

[11] D. 3113-7 CSP.

Une étude réalisée en 1992-1993 sur plus de 20 000 femmes enceintes établie une prévalence de l'antigène HBs[12] de 0,15 % chez les femmes nées en France, 1,75 % chez celles nées en Afrique subsaharienne et 5,45 % chez celles nées en Asie du Sud-Est[13]. Une autre étude de 2003-2004 estime également que la prévalence de cet antigène est de 0,55 % pour les individus adultes nés en France métropolitaine, de 2,45 % pour ceux nés au Moyen-Orient, de 2,68 % pour ceux nés sur le sous-continent indien et de 5,25 % pour ceux nés en Afrique subsaharienne[14]. En revanche, cette même étude révèle une prévalence d'anti-HBc[15] légèrement différente : 49,6 % pour les adultes nés en Afrique subsaharienne, 28 % pour ceux nés en Asie ou en Amérique du Nord, 20 % pour ceux nés en Europe de l'Est et 19 % pour ceux nés au Moyen-Orient[16]. Enfin, en 2008-2009, l'hépatite B chronique représente 74,7 % des patients pris en charge dans les pôles de référence. Parmi ces patients infectés, 40 % sont originaires d'Afrique subsaharienne. Le détail de ces données est mentionné ci-dessous.

TABLEAU 85

Répartition des personnes nouvellement prises en charge pour une hépatite B chronique dans les pôles de référence « hépatites », selon leur lieu de naissance, France, 2008-2009

Lieu de naissance	N	%*
FRANCE	422	25,3
France métropolitaine	336	(79,6)
Département français d'Amérique	86	(20,4)
ÉTRANGER	1 243	74,7
Afrique subsaharienne	671	(54,0)
Asie	200	(16,1)
Afrique du Nord	141	(11,3)
Moyen-Orient	72	(5,8)
Europe du Sud	69	(5,6)
Europe de l'Est	63	(5,1)
Amérique du Sud /	23	(1,8)

[12] L'antigène HBs est un antigène protéique de surface produit par le virus. Il est un marqueur d'hépatite B aiguë avant apparition des symptômes et éventuelle chronicité.

[13] F. DENIS, J. L. TABASTE, et S. RANGER-ROGEZ, « Prévalence de l'AgHBs chez près de 21 500 femmes enceintes. Enquête de 12 CHU français », *Pathologie et Biologie* 42, n° 5 (1994): 533-38.

[14] C. MEFFRE et al., *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*, Institut de Veille Sanitaire, 2007, 37.

[15] Les anti-HBc sont des anticorps dirigés contre le virus. Leur présence indique soit que l'infection est terminée, soit qu'elle est chronique.

[16] MEFFRE et al., *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*, 43.

Caraïbes hispano-anglophones		
Sous-continent indien	4	(0,3)
TOTAL	1 665	100,0
*** Pourcentages calculés parmi les patients nés en France ou parmi ceux nés à l'étranger.**		

SOURCE : Florence LOT et al., « Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 2-3-4 (2012) : 27.

Les données éparses sur la prévalence de l'hépatite B montrent ainsi que les populations nées à l'étranger sont davantage touchées.

2. Aux États-Unis

Aux États-Unis, si la déclaration obligatoire de l'hépatite B aiguë date de 1966[17], sa forme chronique ne doit être déclarée que depuis 2003[18].

Encore une fois, les non-natifs sont davantage touchés que les natifs. De 1988 à 1994, l'hépatite B touche ainsi 16,2 % des individus nés à l'étranger (contre 3,9 % des natifs) dont 1,75 % sont atteints d'hépatite B chronique (contre 0,20 % des natifs). De même, de 1999 à 2006, l'hépatite B touche 12,2 % des individus nés à l'étranger (contre 3,5 % des natifs) dont 0,89 % sont atteints d'hépatite B chronique (contre 0,16 % des natifs)[19]. De 1974 à 2008, 55 % des pays d'origine de ces non-natifs sont situés en Asie (Philippines, Chine et Vietnam notamment)[20].

La prévalence de l'hépatite B montre ainsi que l'infection atteint ainsi, de manière privilégiée, les personnes nées à l'étranger.

3. Conclusion

[17] L'hépatite B est en réalité comptabilisée dès 1953 avec l'hépatite A puis de manière séparée dès 1966. Cf. Centers for Disease Control (CDC), « Notifiable disease surveillance and notifiable disease statistics–United States, June 1946 and June 1996. », *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 45, n° 25 (1996): 530.

[18] Centers for Disease Control and Prevention, "List of Notifiable Conditions, Historically by year (1992 - 2017)" (tableur Excel). URL : https://wwwn.cdc.gov/nndss/downloads.html (dernière visite : 17 novembre 2017).

[19] Annemarie WASLEY et al., « The prevalence of hepatitis B virus infection in the United States in the era of vaccination », *The Journal of infectious diseases* 202, n° 2 (2010): 192-201.

[20] Tarissa MITCHELL et al., « The increasing burden of imported chronic hepatitis B—United States, 1974–2008 », *PloS one* 6, n° 12 (2011): 1974–2008.

Là encore, au même titre que la tuberculose et sa forme MDR, l'écart entre natifs et non-natifs est plus fort en France qu'aux États-Unis. Le lien entre l'implantation géographique de la maladie et l'origine des migrants est également visible. En effet, en 2015, l'hépatite B touche essentiellement l'Afrique – soit une région fortement émettrice de migrants en France à cette période. La même année, si le Pacifique occidental est également touché par l'infection, il ne représente qu'une faible part des migrants aux États-Unis. Cette implantation infectieuse mondiale est illustrée par le tableau ci-dessous pour l'année 2015.

TABLEAU 86

Prévalence de l'hépatite B (HBsAg) par régions de l'Organisation mondiale de la santé, 2015

Régions de l'Organisation mondiale de la santé	Estimation de la prévalence de l'infection par l'hépatite B	Estimation du nombre de personnes vivant avec l'hépatite B (millions)
Afrique	6,1	60
Amérique	0,7	7
Méditerranée orientale*	3,3	21
Europe	1,6	15
Asie du Sud-Est°	2,0	39
Pacifique occidental†	6,2	115
TOTAL	3,5	257

* Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, Iran, Iraq, Libye, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc, Oman, Pakistan, Qatar, Syrie, Somalie, Soudan, Tunisie, Yémen

° Bangladesh, Bhoutan, Inde, Indonésie, Maldives, Myanmar, Népal, Corée du Nord, Sri Lanka, Thaïlande, Timor-Leste

† Australie, Brunei, Cambodge, Chine, Fidji, Îles Cook, Îles Marshall, Îles Salomon, Japon, Kiribati, Malaisie, États fédérés de Micronésie, Mongolie, Nauru, Nioué, Nouvelle-Zélande, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Corée du Sud, Laos, Samoa, Singapour, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam

SOURCE : World Health Organization, « Global Hepatitis Report » (World Health Organization, 2017), 12. Travaux conduits avec la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Le VIH/sida présente, à nouveau, un lien entre statut épidémiologique et dispersion géographique de l'infection.

SECTION 5. LE VIH/SIDA

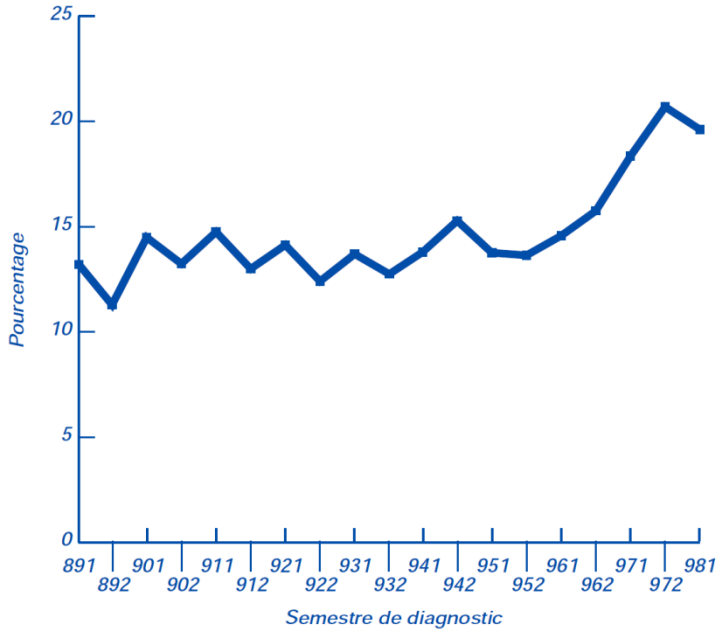
1. En France

Si la déclaration obligatoire du sida a été instaurée dès 1986[21] en France, celle de l'infection par le VIH n'a été mise en place qu'en 2003[22].

Le taux d'incidence est, entre 1982 et 1998, de 0,85 ‰ chez les Français contre 1,8 chez les personnes de nationalité étrangère (Congolais et Haïtiens notamment)[23]. Le nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués entre 1989 et 1998 présente également une disproportion entre Français et étrangers tel qu'illustré ci-dessous. A noter que les étrangers ne représentent environ que 6,3 % puis 5,5 % de la population totale en 1990 et 1999[24].

FIGURE 114

Évolution de la part des sujets de nationalité étrangère parmi les nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque semestre depuis janvier 1989 (données au 30 juin 1998)



SOURCE 2: Alexia SAVIGNONI et al., « Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France », Institut de Veille Sanitaire, 1999, 4.

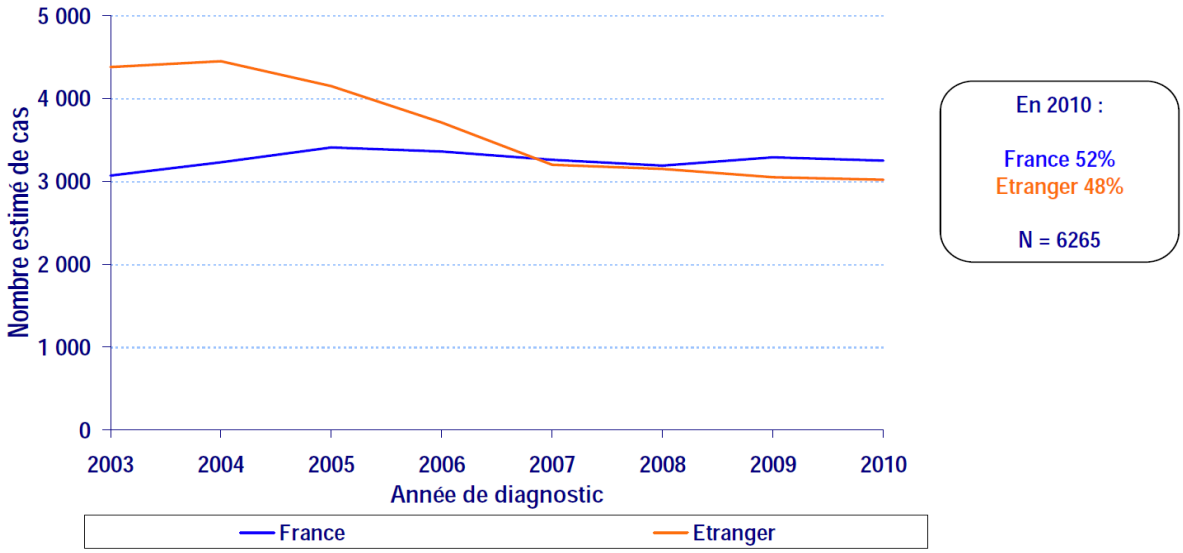
Sur la période récente, l'incidence du VIH est également plus importante chez les personnes nées à l'étranger au vu de leur part dans la population. Par exemple,

[21] Décret n°86-770 du 10 juin 1986 fixant la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire en application de l'article L. 11 du code de la santé publique.
[22] Arrêté du 19 avril 2002 relatif à la notification obligatoire de l'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B et de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, quel que soit le stade.
[23] Alexia SAVIGNONI et al., « Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France », *Institut de Veille Sanitaire (Saint-Maurice)*, 1999, 5.
[24] Proportion donnée pour la France entière. Cf. INSEE, Fiches thématiques, population immigrée (IMMFRA12) (2012): 99.

en 2010, les immigrés représentent 48 % des nouveaux cas de VIH alors qu'ils ne représentent, la même année, que 8,5 % de la population générale[25]. Ces données sont illustrées ci-après.

FIGURE 115

Découvertes de séropositivité VIH par pays de naissance, France, 2003-2010



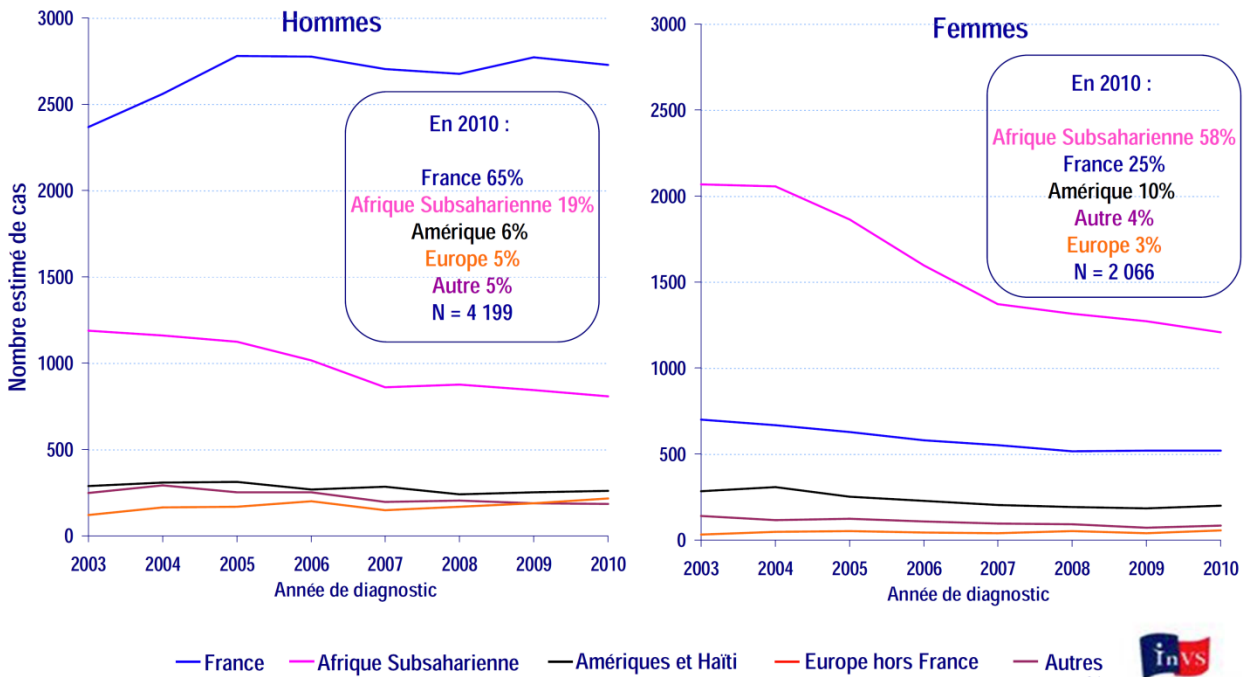
SOURCE : Institut de veille sanitaire, Surveillance du VIH-sida en France — Données du 30 juin 2011, 20.

Plus précisément, le VIH touche essentiellement les personnes nées en Afrique subsaharienne et notamment les femmes comme l'indique la figure ci-dessous.

[25] INSEE, « Structure par âge et sexe de la population étrangère ou immigrée en 2010 (T14F039T8) » (2014). URL : www.insee.fr

FIGURE 116

Découvertes de séropositivité VIH par sexe et pays de naissance, France, 2003-2010



SOURCE 3: Institut de veille sanitaire, Surveillance du VIH-sida en France — Données du 30 juin 2011, 21.

L'incidence du sida (1982-1998) montre ainsi que le virus touche principalement les personnes de nationalité étrangère. Quant au VIH (2003-2010), son incidence affecte davantage les personnes nées à l'étranger au vu de leur part dans la population générale.

2. Aux États-Unis

Si le sida n'est plus à déclaration obligatoire depuis 2009, l'infection à VIH, quant à elle, l'est depuis 1999 pour les adultes.[26]

Un faible écart entre natifs et non-natifs a été montré pour le taux de mortalité par VIH/sida des immigrés entre 1986 à 1994[27]. De même, entre 2007 et 2010, si les personnes nées à l'étranger représentent 16,2 % des individus contaminés par le VIH entre 2007 et 2010, elles ne constituent, sur la même période, qu'environ 13 % de la population générale. Ces personnes contaminées nées à l'étranger

[26] Centers for Disease Control and Prevention, "List of Notifiable Conditions, Historically by year (1992 - 2017)" (tableur Excel). URL : https://wwwn.cdc.gov/nndss/downloads.html (dernière visite : 17 novembre 2017).

[27] Gopal K. SINGH et Barry A. MILLER, « Health, life expectancy, and mortality patterns among immigrant populations in the United States », *Canadian journal of public health/Revue canadienne de santé publique* 95, n° 3 (2004): 14–21.

sont principalement des hommes (73,5 %) d'Amérique centrale (41 %) et des Caraïbes (21,5 %)[28]. Enfin, entre 2010 et 2014, les personnes nées à l'étranger représentent 17,2 % des individus contaminés par le VIH alors qu'elles continuent à ne représenter que 13 % de la population générale. A nouveau, ces personnes sont essentiellement des hommes (73,1 %) d'Amérique centrale (35,9 %) et des Caraïbes (21,1 %)[29].

Le VIH (2007-2014) indique, à nouveau, que les sujets nés à l'étranger sont davantage contaminés au vu de leur représentation dans la population générale.

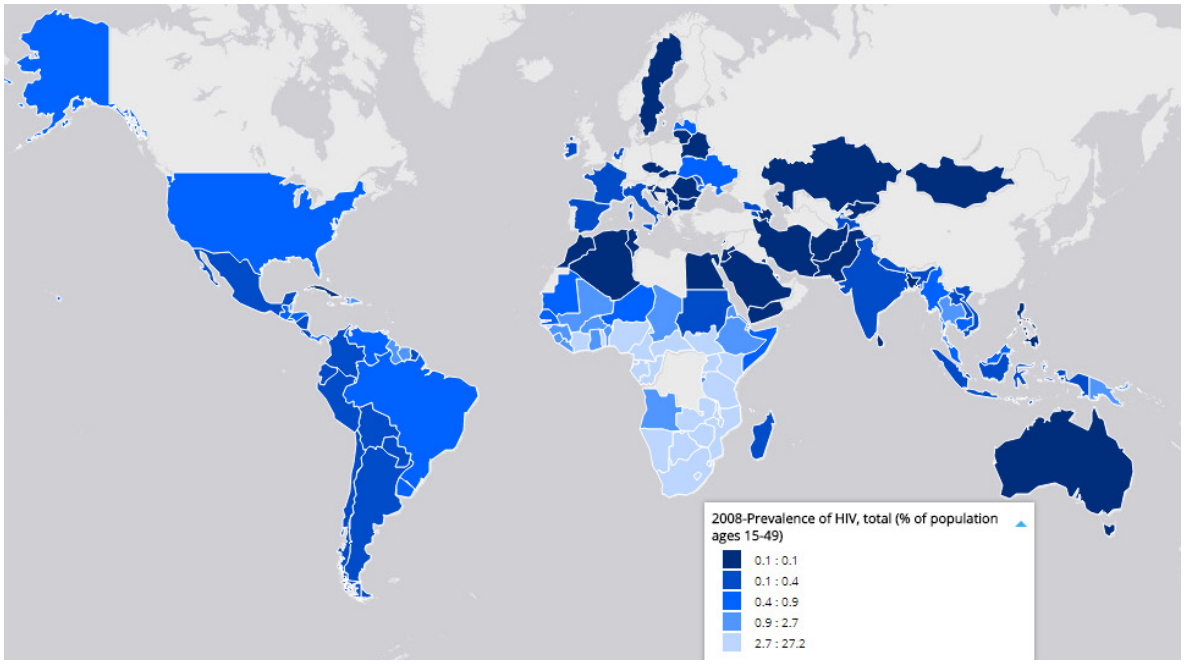
3. Conclusion

Les données étant exprimées par incidence en France et en taux aux États-Unis, celles-ci sont donc difficilement comparables. En revanche, les pays d'origine représentés (Afrique subsaharienne en France, Amérique centrale et Caraïbes aux États-Unis) recoupent la dispersion géographique de l'épidémie dans le monde. Cette dispersion est indiquée sur la carte ci-dessous pour 2008.

[28] Adria Tassy PROSSER, Tian TANG, et H. Irene HALL, « HIV in persons born outside the United States, 2007-2010 », *Journal of the American Medical Association* 308, n° 6 (2012): 2007-10.

[29] R.P. KERANI et al., « The Epidemiology of HIV in People Born Outside the United States, 2010-2014 », (s. d.).

FIGURE 117
Prévalence du VIH dans la population des 15-49 ans, 2008



SOURCE : World Health Organization,2008 prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49). URL : http://databank.banquemondiale.org

NOTE : les pays à forte prévalence sont en bleu clair.

Si l'écart entre natifs et non-natifs est important pour la tuberculose maladie, la tuberculose MDR, l'hépatite B et le VIH/sida, tel n'est pas le cas pour l'hépatite C.

SECTION 6. L'HÉPATITE C

Les données sur l'hépatite C révèlent un bien moindre écart entre natifs et non-natifs dans chacun des pays.

1. En France

Une étude de 2003-2004 révèle une prévalence des anti-VHC[30] de 10,2 % chez les adultes nés au Moyen-Orient, de 7,2 % chez ceux nés en Amérique du Nord et de 3,1 % chez ceux nés en Afrique subsaharienne[31]. Sur la même période, les personnes nées à l'étranger représentent 8,1 % de la population totale[32].

[30] Les anti-VHC sont des anticorps permettant de savoir si un sujet a contracté, ou non, le virus dans sa vie. Un second test, dit « ARN VHC », permet de savoir si le virus est actuellement présent dans le sang précisant ainsi si l'infection est active ou non.
[31] MEFFRE et al., *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*, 27.
[32] Corinne REGNARD, *Immigration et présence étrangère en France en 2005* (La documentation française, 2006), 47.

En 2011, les personnes nées à l'étranger représentent environ un quart des adultes atteints d'hépatite C tel que l'indique le tableau ci-dessous. Pourtant, cette même année, les immigrés constituent environ 8,6 % de la population générale[33].

TABLEAU 87

Estimation des nombres de personnes avec anticorps anti-VHC positives et ARN VHC positives chez les 18-80 ans, France métropolitaine, 2011

	Anticorps anti-VHC		ARN VHC	
	Estimation (médiane)	ICr95%	Estimation (médiane)	ICr95%
Personnes nées à l'étranger	90 035	[75 151-108 902]	51 166	[36 169-69 834]
Personnes sans les principaux facteurs de risque vis-à-vis du VHC	58 718	[39 587-83 579]	33 210	[20 443-51 455]
Usagers de drogues injecteurs	94 450	[87 732-100 900]	43 860	[37 513-50 532]
Usagers de drogues non injecteurs	6 325	[3 573-10 155]	2 935	[1 632-4 797]
Personnes transfusées avant 1992	93 219	[44 652-167 123]	59 859	[29 485-105 356]
Ensemble de la population	344 503*	[287 373-423 549]	192 737*	[150 935-246 055]

ICr : intervalles de crédibilité à 95 %.

* La médiane de la somme n'est pas nécessairement égale à la somme des médianes.

SOURCE : C. PIOCHE et al., « Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France Métropolitaine, 2011 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 13-14 (2016) : 228.

La prévalence de l'infection indique donc une légère surreprésentation des étrangers.

2. Aux États-Unis

[33] Moyenne établie entre deux documents pour les années 2010 et 2012. Cf. INSEE, « Structure par âge et sexe de la population étrangère ou immigrée en 2010 (T14F039T8) » (2014) et « Population étrangère et immigrée par sexe et âge en 2012 (T16F037) » (2016). URL : www.insee.fr

Si la déclaration obligatoire de l'hépatite C aiguë est de 1982[34], sa forme chronique ne doit être déclarée que depuis 2003[35].

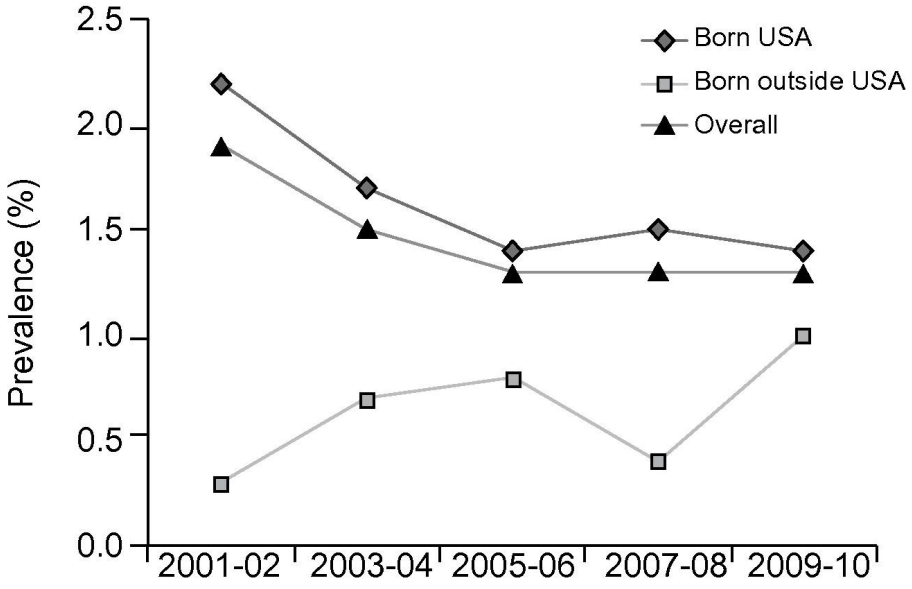
Aux États-Unis, cet écart est encore moindre. Les natifs sont légèrement plus touchés que les non-natifs. Ainsi, de 1988 à 1994, la présence d'anticorps anti-VHC concerne 1,9 % des sujets nés aux États-Unis (contre 1,8 % des sujets nés à l'étranger)[36]. De même, de 1999 à 2002, cette même mesure est de 1,8 % chez les natifs (contre 0,54 % chez les non-natifs)[37]. Pourtant, entre 1990 et 2000, les personnes nées à l'étranger ne représentent, en moyenne, qu'entre 7,9 et 11,1 % de la population résidant aux États-Unis[38].

En revanche, depuis une dizaine d'années, l'infection diminue chez les natifs alors qu'elle augmente chez les personnes nées à l'étranger tel que l'indique le graphique suivant. A noter qu'entre 2000 et 2010, les non-natifs constituent entre 11,1 et 12,9 % de la population générale[39].

[34] L'hépatite C est déclarée à l'époque comme « hépatite non A, non B ». Cf. Centers for Disease Control (CDC), « Notifiable disease surveillance and notifiable disease statistics–United States, June 1946 and June 1996. »
[35] Centers for Disease Control and Prevention, "List of Notifiable Conditions, Historically by year (1992-2017)". URL : https://wwwn.cdc.gov/nndss/downloads.html (dernière visite : 27 novembre 2017).
[36] Miriam J. ALTER et al., « The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994 », *New England Journal of Medicine* 341, n° 8 (1999): 556-62.
[37] Gregory L. ARMSTRONG et al., « The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002 », *Annals of internal medicine* 144, n° 10 (2006): 705-14.
[38] Migration Policy Institute (MPI), "Number of Immigrants and Their Share of the Total U.S. Population, 1850-2015", Tabulation of data from U.S. Census Bureau, 2010-2015 American Community Surveys (ACS), and 1970, 1990, and 2000 Decennial Census. URL : www.migrationpolicy.org.
[39] Ibid.

FIGURE 118

Évolution de la prévalence d'anticorps anti-VHC selon le lieu de naissance, États-Unis, 2001-2010



	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10
Born USA	2.2	1.7	1.4	1.5	1.4
Outside USA	0.3	0.7	0.8	0.4	1.0
Overall	1.9	1.5	1.3	1.3	1.3

SOURCE : Ivo DITAH et al., « The changing epidemiology of hepatitis C virus infection in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey 2001 through 2010 », Journal of Hepatology 60, no 4 (2014) : 691-98.

Ainsi, contrairement à la tuberculose, à l'hépatite B et au VIH/sida, l'hépatite C est à peine plus représentée parmi les personnes nées à l'étranger en proportion de leur part dans la population générale. En effet, si le ratio entre non-natifs et natifs oscille entre 0,079 (1990) et 0,129 (2010), celui entre non-natifs infectés et natifs infectés va de 0,14 (2001-2002) à 0,95 (1988-1994).

3. Conclusion sur les étrangers et la santé

Les données épidémiologiques présentent donc une asymétrie forte (tuberculose, hépatite B et VIH/sida) et relative (hépatite C) entre les personnes originaires, ou non, du pays étudié.