



**DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE**  
**SANTÉ**  
**SOCIÉTÉ**  
**MIGRATION**

**Précarité des migrants face au système de soins en France :  
connaissance préalable et parcours de santé**

**Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »**  
Rédigé sous la direction du Professeur Catherine MASSOUBRE

DUSSURGEY Isabelle

Année 2023-2024

**LE VINATIER**  
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE  
LYON MÉTROPOLE

  
**ORSPERE SAMDARRA**  
Observatoire Santé Migration, Santé des Réfugiés et de l'Asile

  
**UNIVERSITÉ  
JEAN MONNET**  
SAINT-ÉTIENNE

Université Claude Bernard



## **REMERCIEMENTS**

Je tiens tout d'abord à remercier ma responsable, Patricia, pour m'avoir encouragé à réaliser cette formation et soutenir ma candidature pour obtenir son financement par mon employeur la Métropole de Lyon. Je mesure ma chance d'avoir pu être libérée sur mon temps de travail pour participer à cet enseignement de qualité.

Je remercie l'équipe de l'ORSPERE SAMDARRA pour l'organisation de cette année et les intervenants du DIU qui m'ont transmis leurs connaissances avec passion. Ils ont enrichi par leurs enseignements ma pratique professionnelle.

Je remercie l'ensemble de la promotion, car nos temps de pause étaient riches de partages d'expériences professionnelles.

Je remercie Perrine de m'avoir mis en lien avec Milana, Souleye et Sabah. Ils m'ont fait confiance et ont accepté de partager leur histoire de vie. Ce fut trois belles rencontres qui ont contribué à me motiver pour la rédaction de ce mémoire.

Je remercie ma sœur, Corinne, pour le temps qu'elle m'a accordé pour la relecture de ce travail.

Je remercie David et mes filles, Émeline et Solène, pour leurs encouragements et leurs soutiens inépuisables tout au long de cette année.

# **SOMMAIRE**

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	<b>1</b>
<b><u>I – PRÉSENTATION DE MON ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL</u></b> .....	<b>2</b>
La Métropole de Lyon et la Délégation Solidarités Habitat et Éducation.....	2
La Direction Développement Social et Médico-Social.....	3
Ma mission au sein du Service Développement Social.....	3
Questionnements .....	5
Méthodologie .....	5
<b><u>II – INTERPRÉTATION</u></b> .....	<b>6</b>
Rappel historique de la Sécurité sociale et de l'évolution de l'Assurance Maladie au gré de la société .....	6
La loi pour contrôler l'immigration et améliorer l'intégration .....	11
Définition des publics et l'ouverture de droit.....	15
Les difficultés d'accès aux droits et aux soins .....	18
Les causes de l'exil des populations migrants.....	20
Mises en mots par la parole des personnes rencontrées.....	23
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	<b>29</b>
<b><u>ANNEXES</u></b> .....	<b>30</b>
Bibliographie : Ouvrages et Articles.....	30
Documentations.....	31
Définition complémentaire.....	33
Grille d'entretien.....	34

## **INTRODUCTION**

Lorsque j'ai commencé cette formation universitaire, je n'avais pas une vision claire des diverses thématiques qui seraient abordées. Même si je connaissais les sujets des modules, je n'avais pas anticipé la richesse des interventions des professionnels.

Dès novembre, après un cours sur l'approche psychosociale de la discrimination, j'ai été particulièrement interpellée. Ce sujet a ravivé en moi des souvenirs de mes études en sociologie, qui avaient déjà enrichi mon parcours avant de devenir travailleur social.

Le contexte politique en France à la fin de l'année 2023 débattait autour de la nouvelle loi pour contrôler l'immigration et améliorer l'intégration, et chacun des parties pouvait parler de son point de vue sur les migrants en France en apportant une définition bien différente des publics qu'ils évoquaient.

Le début de cette formation arrivait juste à temps. Elle parlait d'un sujet d'actualité et permettait une prise de recul et un apport objectif sur la situation que traversait notre pays.

J'avais fait le choix de cette formation en 2021, après avoir changé de poste de travail au sein de mon institution. Mieux définir et comprendre le public accompagné me semblait indispensable.

La rédaction de ce mémoire était pour moi l'occasion de réfléchir et de mettre en avant un sujet qui vient en contradiction avec des idées reçues et des discours que j'entends régulièrement autour de moi.

Mon mémoire traite donc des enjeux de Santé, de Société, et des Migrants en France en 2024.

Je me suis interrogée sur plusieurs points : Pourquoi restreindre l'accès aux soins pour les migrants ? Connaissent-ils leurs droits avant d'arriver en France ? Est-ce cela qui les pousse à quitter leur pays et à choisir la France ?

Ce sont ces points qui ont motivé mon écrit et alimenté ma réflexion.

Je commencerai par présenter mon environnement de travail. Ensuite, j'analyserai le système d'accès aux soins en France, son évolution et son lien avec le contexte socio-politique, ainsi que la loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration de 2024. Je définirai les publics concernés, leurs droits en matière de santé, et les raisons de leur exil. Enfin, je relierai ces éléments aux témoignages recueillis auprès des personnes concernées avant de conclure.

## **I. PRÉSENTATION DE MON ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL**

Je suis assistante sociale, diplômée depuis 1999, avec 20 ans d'expérience en polyvalence de secteur au Département du Rhône puis à la Métropole de Lyon.

Mon rôle consiste à accueillir et orienter toute personne en difficulté, qu'il s'agisse de problèmes familiaux, éducatifs, financiers, ou autres.

La mission de l'assistante sociale est d'évaluer la situation de la personne pour proposer une orientation ou un accompagnement social adapté et ainsi répondre au mieux aux besoins de la personne. Cela nécessite d'avoir une bonne connaissance de la législation et du droit et de se former régulièrement pour rester compétente dans tous les champs d'intervention.

Les compétences d'un Département dans le champ de l'action sociale sont très larges et définies dans le code d'action sociale et des familles. Elles s'inscrivent dans le cadre des lois de décentralisation de 1982-1983 et 2003-2004.

Aujourd'hui, les départements consacrent une grande partie de leur budget à :

- la lutte contre l'exclusion et la pauvreté,
- l'aide aux personnes âgées,
- l'aide sociale à l'enfance,
- l'aide aux personnes handicapées.

La loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM) de 2014, puis la loi portant sur la nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) de 2015 ont renforcé le rôle des départements en matière d'aide sociale et de solidarité.

C'est au bénéfice de ces deux lois que **la Métropole de Lyon** a pu voir le jour le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Elle résulte de la fusion de la Communauté Urbaine de Lyon (COURLY) et du Département du Rhône sur les 58 communes qui la compose aujourd'hui. C'est une collectivité territoriale unique à statut particulier.

Chaque année, les dépenses à caractère social représentent près de 30 % des dépenses de son fonctionnement.

La Métropole de Lyon est organisée en différentes délégations qui recouvrent tous ses champs de compétence de « l'urbain à l'humain ».

**La Délégation Solidarités Habitat et Éducation** (DSHE) est celle qui regroupe les différentes directions du domaine social :

- La Direction Santé, Protection Maternelle et Infantile,
- La Direction Prévention et Protection de l'Enfance,
- La Direction Habitat et Logement,
- La Direction Éducation,
- La Direction Développement Social et Médico-Social,
- Le Pôle Personnes Âgées, Personnes Handicapées,
- L'Institut Départemental de l'Enfance et de la Famille (IDEF).

C'est **la Direction Développement Social et Médico-Social** (DDSMS) qui est chargée de porter une démarche globale et transversale aux politiques de solidarité pilotées par la DSHE, dans le cadre de l'évolution des contextes et des pratiques professionnelles. Ses principales missions sont :

- le pilotage et participation au développement des projets transversaux et innovants. Accompagnement de la démarche d'évolution des territoires. Participation à l'Observatoire des Solidarités,
- l'expertise et conseil technique dans les domaines, social et médico-social auprès des professionnels et partenaires,
- le pilotage du Comité Éthique,
- la coordination et mise en œuvre de la politique métropolitaine de prévention et de protection des adultes vulnérables. Elle gère la Cellule d'Observation et de Protection des Adultes Vulnérables (COPAV).

Depuis janvier 2020, je suis assistante sociale référente des publics en grande précarité au sein du **Service Développement Social** de la DDSMS.

Mon poste a été créé dans le cadre de financement obtenu par la mise en place de la Stratégie National de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté, une convention cadre ayant été signée entre l'État et la Métropole de Lyon pour une durée de 3 ans, de 2019 à 2021, puis prolongé jusqu'au 31 décembre 2023.

Le constat de départ ayant décidé la Métropole à se positionner comme un territoire démonstrateur, était entre autres que l'augmentation des dépenses sociales n'avait pas permis de faire reculer la pauvreté sur son territoire, et que le système de solidarité était très complexe.

Malgré les dispositifs sociaux et médico-sociaux existants en 2018, il était relevé :

- Un taux de pauvreté dans la Métropole de Lyon de 15,7%,
- 10 644 mineurs pris en charge au moins une fois par l'ASE,
- 84 075 habitants dans un foyer allocataire du RSA.

Une fiche action cadre qui a été définie par l'État demandait l'expérimentation de poste de référent de parcours pour accompagner les publics en situation de grande précarité par la mise en place d'action innovante.

Une démarche d'aller-vers les publics n'ayant pas recours aux institutions a été privilégiée pour lutter contre le non-recours aux droits et aux services.

Mon expérience de polyvalence de secteur m'a conduit à travailler autrement avec les publics en situation d'exclusion, tout en étant une ressource pour les travailleurs sociaux de polyvalence confrontés à des situations sociales complexes relevant de la grande précarité.

Pour enrichir mon réseau, et faire connaître mon poste, j'ai établi des contacts avec les associations de la Métropole de Lyon travaillant auprès des publics en grande précarité. Ce public était largement représenté par des personnes migrantes. L'objectif de ces rencontres était pour moi de découvrir leurs fonctionnements, et rapidement, je me suis aperçue que le besoin était aussi de faire connaître les modalités d'organisation de la Métropole de Lyon et plus particulièrement celui du service social. Cette méconnaissance entraînait de mauvaises voir même une absence d'orientation vers le service social qui aurait eu un rôle important à jouer dans l'accompagnement de la personne.

De cette information générale transmise aux bénévoles ou aux salariés de ces structures, j'ai du rapidement essayé de répondre à une autre demande qui émanait de ces rencontres : Comment informer les publics en précarité, et principalement issus de la migration, sur leurs droits et sur l'accès aux soins en France ?

En effet, comment orienter des personnes vers le soin si on ne connaît pas les modalités d'ouverture de droit ?

J'ai donc commencé à organiser des séances d'information collective suivies parfois de permanence individuelle, au sein des structures pour informer les publics sur l'accès aux droits et aux soins en France.

La DDSMS a un véhicule nommé « HelloBus », outil pour aller à la rencontre des publics sur l'ensemble du territoire de la Métropole de Lyon. Il possède une cabine qui est aménagée comme un salon et peut accueillir une dizaine de personnes. Je l'utilise autant que possible pour que ce temps d'information soit bien identifié comme extérieur à la structure auxquelles le public est rattaché, et ainsi se sentir plus libre de s'exprimer.

J'interviens également régulièrement auprès des publics sur leur lieu de formation ou de travail pour les informer sur l'organisation des institutions en France, leurs liens, comment les interpeller, et plus concrètement, comment est organisé le système de soins en France. Cette dernière partie est essentielle, car beaucoup de participants sont confrontés à des problématiques de santé et ont peu recours aux soins.

**Cette méconnaissance du système de soins en France observé dans le cadre de mon travail est venue heurter une représentation souvent médiatisée qui laisse entendre que les migrants qui décident de s'installer en France le font car son système de soins est intéressant.**

J'ai donc décidé d'explorer cette question, mais j'avais plusieurs pistes possibles pour l'aborder. Je pouvais questionner les professionnels (qu'ils soient conseillers en insertion socio-professionnelle, ou formateur Français Langue Étrangère - FLE) qui encadraient le public migrant, et qui les côtoyaient régulièrement. Je n'ai pas retenu cette piste, ayant déjà observé qu'eux même étaient parfois en difficulté pour aborder la question d'accès aux droits et aux soins avec les publics.

J'aurais également pu me rapprocher de professionnels soignants, en Centre Médico-Psychologique, en Centre de Santé et d'Éducation Sexuelle (anciennement nommé Centre de Planification et d'Éducation Familiale) ou en Service de PMI, mais j'avais peur de m'éloigner de mon sujet en abordant les problèmes de santé plutôt que l'accès aux droits.

**J'ai donc décidé de mener quelques entretiens directement auprès du public concerné pour pouvoir développer mon observation et tenter de répondre à ma problématique.**

J'ai construit un questionnaire assez simple, tant au niveau du nombre de question abordé, que de la formulation de celles-ci. J'ai utilisé la technique de l'entretien semi-directif pour me permettre de recueillir des réponses très subjectives. J'ai souvent reformulé leur propos pour être sûr de les avoir compris.

J'ai été aidée par une formatrice en FLE qui à l'issue d'une séance collective sur l'accès aux droits et aux soins a expliqué aux participants ma recherche de personnes volontaires pour répondre à quelques questions.

Quatre personnes m'ont transmise leurs coordonnées téléphoniques pour que je puisse convenir avec elles d'un entretien.

Une personne s'est déclinée, ne se sentant plus disponible depuis sa récente prise d'emploi.

J'ai pu interviewer un homme âgé de 40 ans originaire du Sénégal, une femme âgée de 38 ans originaire de Tchétchénie, une femme âgée de 42 ans originaire d'Algérie.

Mes questions abordaient le motif les ayant conduits à quitter leur pays natal, leur condition d'arrivée en France, les difficultés rencontrées, leur connaissance sur le système de soin en France.

## **II. INTERPRÉTATION**

Pour interpréter au mieux les résultats de mes questionnaires et pour avancer avec les mêmes connaissances sur le système de soins en France, il me semble nécessaire de présenter le système de soins en France, les actualités de notre société puis poser quelques définitions pour qu'il n'y ait pas de différentes lectures de mon analyse.

### **Rappel historique de la Sécurité sociale et de l'évolution de l'Assurance Maladie au gré de la société**

Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 créent la Sécurité sociale, fusionnant les anciennes assurances (maladie, retraite, etc....) pour garantir à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes.

Une aide médicale, créé en 1893 pour les indigents, n'est pas intégrée à la Sécurité Sociale au moment de sa création.

En effet, la Sécurité sociale est centrée sur le travailleur qui cotise, sans critère de nationalité française.

Dans les années 1970, plusieurs éléments fragilisent le système : la montée du chômage engendre moins de cotisation. Il y a une montée de la pauvreté dans le monde rural et chez le public âgé. Une augmentation des dépenses notamment en médecine liée au développement des traitements et des technologies comme la chimiothérapie, les greffes ou les dialyses qui sont très coûteux.

Les modèles familiaux changent avec plus de divorce et des familles monoparentale.

En parallèle, c'est la fin de l'immigration de travailleurs. On tente de stopper les regroupements familiaux. Le Conseil d'État dit « ce n'est pas possible. Si les gens font venir leur famille, c'est pour utiliser des systèmes d'aide (allocations familiales...). Si on veut qu'ils ne viennent pas, il faut limiter l'accès à la protection sociale ».

La protection sociale est utilisée pour gérer les flux migratoires et il y a une tentative de limitation de l'accès à la protection sociale des étrangers. C'est le droit européen qui remet en question le critère de nationalité pour l'accès aux droits des personnes étrangères en situation régulière vivant en France, mais rien n'est dit sur les personnes en situation irrégulière.

On va donc utiliser la situation des personnes irrégulière pour limiter les droits sociaux, donc limiter le nombre de personnes régularisées.

Cette mutation des politiques sociales met fin à l'idéal redistributif sur lequel la sécurité sociale s'était construite, en raison du chômage. Les aides sont concentrées sur les plus pauvres.

Le problème qui fragilise le système de la sécurité sociale n'est plus la pauvreté, c'est devenu celui de l'immigration.

En 1985, les ONG tel que Médecins sans frontière ou Médecins du Monde, ouvrent des consultations de généraliste à Paris pour répondre aux demandes de leur donateurs qui souhaitent aider également les SDF en France. Elles étaient auparavant créées pour répondre aux crises humanitaires mais la montée du nationalisme en France entre 1976 et 1980

questionne « pourquoi aider les personnes à l'étranger alors qu'il y a aussi des personnes dans le besoin au bas de nos portes ? ».

Si les ONG pensaient qu'ils n'y avaient pas de problèmes d'accès aux soins en France, elles ont été surprises que les consultations gratuites soient saturées dès le premier mois d'ouverture. Elles constatent qu'il y a du tri à l'entrée des patients à l'hôpital pour qu'ils n'accèdent pas aux soins. Beaucoup de personnes malgré des droits ouverts à la Sécurité sociale n'ont pas de mutuelle et donc ne réalisent pas les soins dont ils auraient besoin. D'autres part, un grand nombre de personnes étrangères n'ouvraient pas leur droit.

Un débat d'orientation sur la sécurité sociale est organisé à l'Assemblée nationale le 18 juin 1987. Une déclaration de Philippe Séguin, ministre des affaires sociales et de l'emploi, propose des solutions à la crise du système général de sécurité sociale. Il rappelle également aux hôpitaux leur devoir d'accueil sans condition, en précisant que la question d'ouverture de droits sera traitée ensuite.

Une nouvelle condition d'accès à la Sécurité sociale est exigée, celle de démontrer que l'on réside sur le territoire français.

À la suite de la victoire de la droite aux élections législatives en 1993, le ministre de l'Intérieur Charles Pasqua met en place une nouvelle réglementation de l'immigration. Le code de la nationalité est ainsi réformé en juin 1993, introduisant la démarche volontaire de demande de la nationalité entre 16 et 21 ans pour les enfants nés en France de parents étrangers. Il accroît par ailleurs le délai de un à deux ans pour les naturalisations acquises à la suite d'un mariage entre un Français et un étranger.

En outre, toujours à l'initiative de Charles Pasqua, qui déclare vouloir "tendre vers une immigration zéro", un projet de loi relatif à la "maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjours des étrangers en France" est présenté en Conseil des ministres le 2 juin 1993. Il répond à ce que le gouvernement considère comme une demande de son électorat, à savoir maîtriser l'immigration sur le sol français. Il comporte plusieurs dispositions répressives contre les étrangers en situation irrégulière. Des restrictions sont ainsi apportées au regroupement familial. D'autre part, le projet souhaite réserver les prestations sociales aux immigrés en situation régulière, sauf pour celles d'aide médicale, sociale et à l'enfance. La lutte contre les mariages de complaisance est accrue, la possibilité étant donnée à l'officier d'état civil de saisir le ministère public en cas de doute sur l'union. Enfin, les contrôles d'identités sont facilités, de même que les procédures de reconduite à la frontière.

Ces dispositions sont vivement critiquées par la gauche qui, après le vote de la loi en juillet 1993, saisit le Conseil constitutionnel. Celui-ci censure le 13 août 1993 huit dispositions du texte jugées en contradiction avec l'engagement de la Constitution de garantir le droit d'asile à quiconque se présente à la frontière comme réfugié politique. Aussi la nouvelle version de la loi Pasqua du 24 août 1993 doit-elle prendre en compte ces observations. Cette politique de limitation des entrées en France et de lutte contre l'immigration irrégulière menée par le gouvernement Balladur n'empêche pourtant pas la progression électorale du Front national, qui se fonde précisément en grande partie sur le rejet des immigrés.

En juillet 1999, la création de la Couverture Maladie Universelle - CMU - et la Couverture Maladie Universelle Complémentaire – CMUC – sont votées et créées en 2000. Elles concernent l'accès aux soins pour les personnes en situation régulières sur le territoire français.

La même année est créée l'Aide Médicale de l'État - AME qui assure une protection médicale aux étrangers, qui ne peuvent pas être affiliés à un régime de sécurité sociale, en raison de leur situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France.

Pour y prétendre, il faut être depuis au moins trois mois sur le territoire français en situation irrégulière, avoir sa résidence en France de façon ininterrompue, et vivre avec moins d'un plafond de ressource révisé chaque année (aujourd'hui : 847€/mois pour une personne seule).

Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas considérés comme des assurés sociaux. Ils bénéficient d'une prestation d'aide sociale dont l'État a délégué la gestion à la CPAM.

Elle autorise la prise en charge à 100%, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, de certains soins médicaux et hospitaliers sans avance de frais et doit être renouvelée tous les ans.

Depuis janvier 2021, certains soins et traitements non urgents ne sont pris en charge qu'au bout d'un délai de 9 mois après l'admission à l'AME pour tout nouveau bénéficiaire ou pour celui qui n'a pas bénéficié de l'AME depuis plus d'un an.

Le financement de l'AME est voté chaque année dans la loi de finance. Donc tous les ans, une réforme peut être appliquée.

Pour demander l'AME il faut remplir un formulaire CERFA en indiquant le montant et la nature de ses ressources, et le déposer en main propre à la CPAM du département de résidence avec les justificatifs demandés.

En 2016, la Protection Universel MALadie (PUMA) remplace la CMU. Elle garantit à toute personne travaillant ; ou résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de 3 mois, un droit à la prise en charge de ses frais de santé, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Les salariés, et assimilés, n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Quant aux personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France.

Chaque adulte possède son propre numéro de Sécurité sociale pour bénéficier d'une couverture maladie ; il n'y a donc plus d'ayant droit majeur avec ce dispositif.

La PUMa permet la prise en charge des frais de santé sans rupture de droits. Cette prise en charge est assurée même en cas de changement de situation professionnelle (par exemple, perte d'emploi) ou familiale (par exemple, séparation) ou de résidence.

Elle s'adresse donc notamment aux personnes suivantes :

- Étrangers vivant en France, à condition, pour les ressortissants hors UE, d'être titulaire d'un titre de séjour régulier,
- Personnes sans activité professionnelle,
- Salariés et assimilés, sans avoir besoin de justifier d'une activité minimale,
- Travailleurs indépendants : artisans, commerçants, professions libérales, micro entrepreneurs, etc.

Les mineurs restent rattachés en tant qu'ayants droit à leurs parents. Toutefois, il est possible de demander une affiliation à titre personnel à la PUMa dès 16 ans.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la Complémentaire Santé Solidaire C2S, vient remplacer la CMUC et l'Aide à la Complémentaire Santé. Cette aide de l'État est destinée aux foyers aux ressources modestes, bénéficiaires de l'Assurance maladie afin de réduire aux maximum leur frais de santé. Le dossier devient unique mais ses critères d'éligibilité ne changent pas à savoir : Ressources inférieure à un premier plafond qui dépend de la composition de votre foyer (10 166€ / an pour une personne seule) pour bénéficier du remboursement des frais de santé non pris en charge par l'assurance maladie gratuitement et avec le tiers payant. Les frais de santé sont donc pris en charge y compris à l'hôpital, dans la limite des tarifs fixés par la sécurité sociale. Les droits ouverts sont valables pour une année. La demande doit donc être renouvelée tous les ans.

Si les ressources du demandeur sont supérieures au premier plafond, mais inférieure au deuxième (13 724€/ an pour une personne seule), possibilité d'ouvrir droit à la C2S avec une participation financière fixée en fonction de l'âge du ou des bénéficiaires : entre 8 € et 30 € par mois.

Dans les deux situations, les professionnels de santé n'ont pas le droit de facturer des dépassements d'honoraires.

L'accès aux soins pour les personnes bénéficiant de l'AME reste très réduit et certaines personnes sont en difficulté pour faire ouvrir leurs droits.

En effet, l'accès est restreint à certains types de soins car bien que l'AME couvre de nombreux soins, certains traitements spécialisés peuvent ne pas être couverts ou nécessiter des démarches supplémentaires. Par exemple, l'accès à certains spécialistes ou à des soins programmés peut être plus difficile.

D'autre part, obtenir ou renouveler l'AME peut être compliqué en raison des preuves de résidence requises et des délais administratifs. Cette complexité peut décourager certains bénéficiaires potentiels à demander l'AME ou retarder leur accès aux soins. Cela est accentué quand les bénéficiaires de l'AME rencontrent des difficultés linguistiques.

En 2022, le coût de l'AME représentait 904 millions d'euros. La branche maladie de la Sécurité sociale est de 193,5 milliards d'euros à titre de comparaison. L'AME ne représente que 0,47% du budget de l'assurance maladie.

Si on supprime l'AME, on peut se questionner sur les économies réalisées, et pourtant, cela est souvent questionné. Cela a fait partie des projets de réforme sur la dernière loi sur l'immigration en 2023.

### **La loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration**

Le projet de loi portant sur la réforme du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) a été présenté en Conseil des ministres le 1er février 2023 par Gérald Darmanin, ministre de l'Intérieur et des Outre-mer, Éric Dupond-Moretti, ministre de la Justice, et Olivier Dussopt, ministre du Travail.

Le Sénat a adopté ce projet en première lecture avec modifications le 14 novembre 2023. Cependant, l'Assemblée nationale l'a rejeté en première lecture le 11 décembre 2023, après qu'une motion de rejet préalable ait été adoptée par le groupe écologiste.

Le texte a finalement été adopté par le Sénat et l'Assemblée nationale le 19 décembre 2023, après qu'un accord ait été trouvé en commission mixte paritaire le même jour.

Le 25 janvier 2024, le Conseil constitutionnel a censuré 35 articles de la loi, suite aux saisines du président de la République, de la présidente de l'Assemblée nationale, ainsi que de plus de 60 députés et sénateurs.

La loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration, a été promulguée le 26 janvier 2024 et a été publiée au Journal officiel le lendemain.

Le texte initial présenté par le gouvernement comptait 27 articles, tandis que celui voté par le Parlement en comptait 86. Le Conseil constitutionnel a censuré plus du tiers de ces articles, dont celui prévoyant la suppression de l'Aide Médicale de l'État, introduits lors de l'examen du Sénat.

Un article issu de la Lettre de l'asile et de l'intégration propose un éclairage sur des problématiques liées à l'asile et l'intégration en France :

*« Dans son rapport 2023, l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde affirmait que 57% des patients en situation administrative irrégulière présentent au moins une maladie chronique. Particulièrement touchées par des problèmes de santé liés à des traumatismes physiques ou psychologiques vécus dans les pays d'origine ou au cours de leur parcours migratoire, l'état de santé des personnes migrantes est souvent aggravé par leurs conditions de vie très précaires sur le territoire. La Fondation Jean Jaurès souligne en effet une tendance à la dégradation de la santé pour les personnes dans une situation socio-économique précaire. L'AME répond ainsi aux besoins importants d'un public particulièrement vulnérabilisé.*

*Cette prise en charge ne bénéficie pas seulement à l'individu, mais aussi à la société dans son ensemble : la dégradation de la santé individuelle rend la collectivité plus vulnérable à la propagation de maladies et d'épidémies.*

*Ainsi, en Espagne, la restriction de l'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière en 2012 a donné lieu non seulement à une augmentation de 15% de la mortalité pour les personnes en situation irrégulière, mais également à une incidence plus élevée de maladies infectieuses, qui a finalement conduit à l'abrogation de la réforme en 2018.*

*L'AME permet également de prévenir la dégradation de l'état de santé de personnes qui entraîneraient des interventions plus complexes et des hospitalisations prolongées plus coûteuses dans un système public de santé déjà très fragilisé. Ainsi, dans une tribune publiée en novembre 2023, 3000 soignants dénonçaient les retards de diagnostic et le report sur des services de PASS et d'urgences surchargés que de telles réformes entraîneraient.*

*Ciblée depuis des années par les tenants d'une politique migratoire très restrictive, l'AME a de nouveau fait l'objet de débats lors de l'examen du projet de loi asile immigration. Les détracteurs du dispositif lui reprochent son coût et sa responsabilité dans un prétendu « appel d'air » qui encouragerait l'immigration irrégulière en France.*

*Au cours de l'examen du projet de loi au Sénat, le groupe des Républicains proposait de remplacer l'AME par une Aide Médicale d'Urgence (AMU) qui n'aurait couvert un nombre de soins très inférieur. Cette mesure a finalement été retirée du texte en commission mixte paritaire, après qu'Elisabeth Borne se soit engagée à réformer le dispositif par la suite.*

*En mars 2024, le groupe des Républicains a déposé une proposition de loi visant à organiser un référendum d'initiative partagé sur les dispositifs sociaux jugés « attrayants » pour les personnes migrantes, qui comprenait notamment la suppression et le remplacement de l'AME. Cette proposition a finalement été jugée contraire à la Constitution par le Conseil constitutionnel.*

*Si les réformes proposées par les Républicains n'ont pas été approuvées, le Premier Ministre, Gabriel Attal, a pris l'engagement de modifier l'AME par voie réglementaire avant l'été, l'associant à la « lutte contre l'immigration illégale (qui) doit continuer à s'intensifier ». Les pistes de réforme du gouvernement tendent nettement vers une restriction de l'accès à l'AME pour les personnes étrangères.*

*Début avril, le ministre délégué chargé de la santé et de la prévention, Frédéric Valletoux, annonçait la « conjugalisation » de l'AME : ce serait à présent la somme des revenus du bénéficiaire et de son éventuel conjoint qui devrait être inférieurs au plafond de ressources. Ce plafond dépassé, la personne ne disposerait plus de couverture maladie, et serait dépendante de son conjoint pour son assurance médicale et la prise en charge ses frais médicaux.*

*Les associations s'inquiètent de la perte d'autonomie que cette mesure occasionnerait, tout particulièrement pour les femmes en situation irrégulière dont l'autonomie financière est particulièrement difficile à acquérir, ainsi que de la dégradation de l'accès aux soins qui pourraient en découler, notamment pour les femmes victimes de violences.*

*D'autres pistes de réformes pourraient conduire à l'obligation de présenter des documents d'état civil pour l'ouverture et le renouvellement des droits AME, à l'obligation de demander leur renouvellement annuel au guichet de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), à la réintroduction du droit de timbre ou encore la restriction du panier de soins couverts par le dispositif.*

*Les détracteurs de l'AME soutiennent qu'il s'agirait d'un dispositif trop généreux, attrayant, facile d'accès qui encouragerait l'immigration vers la France.*

*Pourtant, les conclusions du rapport Evin-Stefanini de 2023 mandaté par le gouvernement confirment bien que l'AME ne contribue pas à l'augmentation des flux migratoires, soulignent l'utilité sanitaire de ce dispositif et attirent l'attention sur le nombre important de personnes éligibles n'y ayant pas accès. En effet, d'après une étude de 2019 de l'Irdes (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé), seulement 51% des personnes éligibles bénéficient de l'AME, et après cinq années ou plus de résidence en France, 35% des personnes sans titre de séjour n'y ont toujours pas accès.*

*La méconnaissance du dispositif et la complexité administrative constituent des entraves majeures pour y accéder, tandis que la validité d'un an implique des démarches administratives très fréquentes, entraînant un risque de rupture de droits et de soins pour un public déjà très vulnérable.*

*Enfin, comme le souligne l'IRDES<sup>1</sup> dans son enquête sur l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME, l'accès au système de santé n'est pas seulement une question éthique et humanitaire. Il est aussi conforme au droit universel aux soins, établi par la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen et le préambule de la Constitution française.*

*L'AME demeure donc un filet de sécurité crucial pour les personnes migrantes en situation irrégulière en France même si des obstacles persistants entravent leur accès à des soins de*

---

<sup>1</sup> Institut de recherche et documentation en économie de la santé

*santé essentiels. Alors que la remise en question constante des droits des personnes migrantes perdure, il est crucial de garantir la dignité de leurs conditions de vie, et de veiller à ce que leurs droits ne soient pas sacrifiés. »*

Les propos tenus dans cet article résument bien l'intérêt de préserver le fonctionnement de l'AME tel que nous le connaissons actuellement, et la situation que pourrait rencontrer la France si ce dispositif devait être réformé prochainement.

### **Définition des publics et l'ouverture de droit**

Je peux poursuivre mon interprétation en proposant différentes définitions <sup>2</sup> :

- Migrant : Selon le département de la population des Nations unies, le migrant international est quelqu'un qui est né dans un pays et qui vit dans un autre pays que le sien pour une durée égale ou supérieure à un an (pour ne pas le confondre avec le touriste, le stagiaire, l'étudiant de courte durée, le travailleur saisonnier). Le migrant est donc celui qui a fait un déplacement géographique, même s'il est un national du pays qu'il rejoint (personnes nées à l'étranger).
- Réfugié : Un réfugié est un migrant forcé, contraint de fuir en raison de crises. La convention de Genève de 1951 le définit comme « toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors de son pays dont il a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays », soit quelqu'un qui a été persécuté individuellement ou qui craint, de façon fondée, la persécution dans son pays.
- Demandeur d'asile : C'est une personne qui demande la protection de la France en tant que réfugié.
- Débouté : C'est une personne n'a pas obtenu le statut de réfugié.
- Étranger : C'est une personne qui n'a pas la nationalité française.
- Sans papier : C'est une personne étrangère qui a perdu le droit de séjourner en France.
- Clandestin : C'est une personne entrée illégalement sur le territoire français.

---

<sup>2</sup> Définitions de WITHOL DE WENDEN Catherine, Géopolitique des migrations

L'ouverture de droits pour l'accès aux soins est différente en fonction de la situation administrative du demandeur :

- Les étrangers, ressortissants hors de l'Union Européenne, non soumis à Visa sont autorisés à séjourner 3 mois sur le territoire Français. Ils doivent avoir souscrit une assurance privée. Au-delà de 3 mois de présence, ils ne sont plus considérés comme « touriste ». Ils ne peuvent pas bénéficier de soins urgents. Ils pourront bénéficier de l'AME après le délai de 3 mois en situation irrégulière en France.
  
- Les étrangers, ressortissants hors de l'union européen, soumis à Visa, sont autorisés à résider en France la durée de leur Visa. Ils sont considérés comme touriste et doivent avoir souscrit une assurance privée. S'ils se maintiennent sur le territoire, l'AME pourra être instruite au bout de 3 mois de situation irrégulière.
  
- Pour les étrangers citoyens de l'union européenne, le droit au séjour au-delà de 3 mois reste soumis à certaines conditions, malgré les principes d'égalité de traitement et de liberté de circulation.

En effet, le traité instituant l'Union européenne établit une distinction entre les personnes en mesure de pourvoir à leur subsistance (travailleurs salariés ou indépendants) et les inactifs qui doivent disposer de moyens financiers suffisants pour ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale et d'une assurance maladie complète.

Si le citoyen européen est toujours couvert par l'assurance maladie de son état d'origine, il ne pourra pas bénéficier de l'assurance maladie française.

Si les inactifs sont dispensés d'un titre de séjour, ils n'ont pas pour autant un droit de résider automatique. S'ils n'ouvrent pas droit à l'assurance maladie légale de leur pays d'origine, l'accès à la Protection Universelle MALadie (PUMa) et à la Complémentaire santé solidaire n'est pas automatiquement accordé. Les personnes entrées en France pour chercher un emploi doivent disposer de leur propre couverture maladie durant le séjour et ne peuvent se voir accorder le bénéfice de la PUMA (article L 160-1 du code de la sécurité sociale).

Un droit au séjour permanent s'acquiert au terme de cinq années de résidence ininterrompue et régulière en France. C'est ce que précise l'article L 122-1 et R. 121-9 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers. Ce droit au séjour permanent qui relève de la compétence des préfetures sera apprécié, si nécessaire sur la base des circonstances ayant conduit les intéressés à bénéficier

d'un maintien au séjour. Dans les faits, ce droit au séjour ne s'acquière pas systématiquement, mais il peut être demandé auprès de la préfecture.

C'est donc cette décision qui permettra de déduire si l'accès à la PUMa est, ou non, acquis, au terme de cinq années de résidence. C'est à la CPAM du lieu de résidence de l'intéressé qu'il appartiendra d'examiner si les conditions sont remplies pour bénéficier de la PUMa.

Pour les personnes ne disposant pas d'un droit au séjour permanent, l'accès à la protection universelle maladie sera examiné au cas par cas en fonction de la situation de chacun. L'intéressé devra démontrer que des événements imprévisibles et des difficultés indépendantes de sa volonté l'ont conduit à perdre la couverture maladie dont il disposait jusqu'alors.

Il pourra s'agir des situations rencontrées par des ressortissants confrontés à des difficultés graves et imprévisibles, indépendantes de leur volonté.

Pour exemple que je peux observer régulièrement, des ressortissants européens dits « inactifs » qui établissent leur résidence en France sont particulièrement concernés par les renvois abusifs aux mécanismes de coordination européens (renvois illégaux à la carte européenne d'assurance maladie ou aux mécanismes de « portabilité » des droits), alors même que le principe prévu par les règles de coordination est la prise en charge par l'État de résidence (article 11.3.e du règlement de base n° 883/2004).

Dans ce contexte, la centralisation du traitement des demandes présentées par les ressortissants européens au sein d'un pôle national unique : le Centre des Ressortissants Européens Inactifs (CREIC), devait permettre de limiter les erreurs de droit, notamment dans l'appréciation du droit au séjour des ressortissants UE. Toutefois, cette procédure est elle-même source de difficultés, non seulement car des erreurs sur l'interprétation du droit au séjour surviennent parfois dans ce cadre, mais également car la procédure est longue et opaque pour les ressortissants qui en relèvent.

Durant tout le temps de l'examen du dossier par le CREIC, ces derniers demeurent sans droits ouverts et retardent le dépôt de leur demande d'AME lorsqu'il est finalement constaté qu'ils sont dépourvus de droit au séjour.

Il arrive même qu'au terme de la procédure, les CPAM exigent qu'ils forment une nouvelle demande ce qui est incompréhensible car les personnes perdent, de ce fait, le bénéfice de l'antériorité leurs droits et peuvent ainsi se retrouver au final avec des dettes hospitalières importantes.

➤ Les demandeurs d'asile durant l'examen de leur demande et sur production d'un justificatif de résidence en France depuis plus de 3 mois, peuvent prétendre à la PUMa.

➤ Si le demandeur est débouté de l'asile et qu'il a bénéficié durant sa période de demande d'asile de la C2S, ses droits seront prolongés de 6 mois après la date d'expiration de son attestation de demande d'asile, s'il renouvelle sa demande auprès de la CPAM deux mois avant la fin de sa validité.

Le demandeur d'asile débouté peut, en tant que personne en situation irrégulière, bénéficier de l'AME, sous condition de résidence en France depuis plus de trois mois consécutifs et de faibles ressources.

### **Les difficultés d'accès aux droits et aux soins**

J'ai essayé de démontrer par le descriptif du dispositif de prise en charge existant, que c'est l'instabilité des droits au séjour qui rends la prise en charge difficile.

D'autant plus que ce qui pose problème est le point évoqué plus haut, à savoir les problématiques de santé importante de certains migrants à leur arrivée en France lié à leur raison de quitter leur pays, et les traumatismes vécus durant leur parcours d'Asile.

D'autre part, **le refus de soins de certains praticiens** existent et met en échec l'accès aux soins pour certains bénéficiaire de la C2S ou de l'AME. Le refus de soins peut se manifester par :

- Un rendez-vous refusé du fait d'être bénéficiaire de la C2S ou de l'AME, ou sous un prétexte clairement en lien avec celle-ci,
- Un rendez-vous fixé dans un délai anormalement long par rapport aux patients qui ne sont pas bénéficiaires de la C2S ou de l'AME,
- Le fait d'exiger une avance de frais, alors que le patient a présenté sa carte vitale à jour, ou une attestation de droit à la C2S ou carte d'admission à l'AME ;
- Le fait que le professionnel de santé pratique un dépassement d'honoraires non justifié.

De manière générale, constitue un refus de soin discriminatoire toute pratique tendant à empêcher ou dissuader une personne d'accéder à des mesures de prévention ou de soins, quel que soit le procédé utilisé.

Ces refus de soins illégaux, manifestes ou déguisés, contreviennent de manière évidente aux dispositions législatives garantissant un accès universel aux soins à des publics fragilisés ou précaires, de même qu'à l'intérêt général en matière de santé publique, puisqu'ils nuisent aux mesures de prévention et de détection précoce des pathologies ainsi qu'à leur traitement.

Cette réticence à l'égard de la prise en charge des bénéficiaires de l'AME est susceptible de s'expliquer à la fois par des préjugés selon lesquels la prise en charge de ces patients serait plus complexe (patients en moins bonne santé, ne maîtrisant pas ou peu le français, consultations plus longues...) et par l'anticipation de démarches administratives plus lourdes pour les professionnels de santé (et les caisses d'assurance maladie) dans la mesure où ces patients ne bénéficient pas de la carte Vitale.

### **Le non recours au droit à la C2S et à l'AME**

Ce ne sont pas les fraudes ni les abus qui caractérisent l'AME, mais le manque d'information qui entraîne du non-recours et de la difficulté pour les personnes concernées à faire valoir leurs droits.

L'étude de l'Irdes « Premiers Pas » en date de novembre 2019 avance, elle, le chiffre de 49 % de non recours à l'AME par les personnes éligibles. Le taux de non recours est ainsi de 76 % pour les personnes vivant en France depuis plus de trois mois mais moins d'un an, à 35 % parmi celles résidant en France depuis plus de cinq ans.

Parmi les 49 % de personnes ne disposant pas de l'AME au moment de l'enquête, 33 % déclarent ne jamais avoir entendu parler de l'AME. Parmi les 67 % ayant entendu parler de l'AME mais n'en disposant pas, 24 % l'ont eue par le passé.

La plupart d'entre elles ne l'ont pas redemandé le plus souvent en raison de la complexité des démarches, ou de l'incapacité à fournir un justificatif de résidence ou de revenu. La majorité des personnes n'ayant pas recouru à l'AME ne l'ont donc jamais eue, bien qu'elles en aient entendu parler.

Parmi elles, 47 % sont en attente de réponse, 1 % ont essuyé un refus, 8 % ont abandonné les démarches et 41 % ne les ont jamais entreprises.

L'absence et l'abandon des démarches sont alors le plus souvent expliqués par l'absence de connaissance sur le dispositif, le lieu où se rendre pour l'obtenir, l'absence de justificatifs de revenus, de résidence ou d'identité.

Le fait d'être en bonne santé, d'avoir d'autres préoccupations ou la peur d'être dénoncé ne sont que des justifications marginales.

L'Assurance Maladie a lancé en novembre 2023 une campagne d'information et s'adresse aux plus de 3 millions de Français qui ignorent être éligibles à la C2S pour favoriser le recours à ce droit et accompagner les bénéficiaires et ainsi lutter contre le renoncement aux soins.

La DREES<sup>3</sup> estime qu'en 2020, environ un tiers des personnes éligibles ne bénéficie pas de cette complémentaire santé à laquelle ils ont droit.

Dans le détail, seulement un peu plus d'une personne sur deux éligible à titre gratuit a effectivement recours à cette prestation (53% en 2020), et plus d'une personne sur quatre pour le volet avec participation financière (28% en 2020).

**Il faut savoir que les personnes qui ne bénéficient pas de couverture sociale peuvent accéder aux soins de différentes façons :**

- Les Permanence d'Accès aux Soins de Santé -PASS- sont créés, issus du volet Santé de la Loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Elles ont pour mission de permettre l'accès aux soins des personnes sans droit, en attente de droit, et ou en difficulté pour se faire soigner dans les dispositifs de droits commun. Ils sont alors pris en charge par des médecins et des médicaments peuvent être délivrés gratuitement.
- Certaines associations proposent des permanences d'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques, ou psychologiques sans qu'il soit nécessaire d'être assuré social.
- Le dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) bénéficie aux étrangers en situation irrégulière qui sont sur le territoire français depuis moins de trois mois, ou qui ne sont pas admis à l'Aide médicale d'État (AME). Il leur permet de recevoir des soins urgents. Ces soins urgents sont ceux dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital de la personne, ou pourrait conduire à une altération grave et durable de son état de santé. Ce dispositif vaut aussi pour l'enfant à naître. L'Assurance Maladie prend alors en charge l'intégralité des soins urgents pratiqués dans un établissement de santé, y compris les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale.

---

<sup>3</sup> Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des Statistiques

## **Les causes de l'exil des populations migrantes**

Ce point est important pour répondre à mes questionnements. J'ai pu trouver les différentes causes de l'exil à l'aide des cours de module du DIU et par mes lectures. Je peux vous les présenter sous forme de raison ayant conduit au départ, ce qui me semble le plus claire en retranscription.

### **Les migrations pour des raisons de voyage ou de vie privée et familiale**

Les raisons des migrations peuvent être liées à des besoins et envies de voyage de court ou long terme, pour éventuellement rejoindre de la famille vivant à l'étranger, pour des vacances, etc. Ces déplacements peuvent être limités par la politique de visas des pays d'arrivée. Les ressortissants de la plupart des pays européens peuvent ainsi avoir accès à de multiples destinations sans visa en ce qui concerne le tourisme ou la visite de proches à l'étranger, alors que beaucoup de ressortissants de pays d'Asie ou d'Afrique doivent obtenir des visas pour la grande majorité des destinations. Ces différences liées aux nationalités et aux politiques de visas des États entraînent des conséquences sur le parcours des personnes, notamment pour celles qui doivent en faire la demande pour se déplacer pour n'importe quelle raison que ce soit.

### **Les migrations pour des raisons économiques ou d'éducation**

Les personnes peuvent partir à la recherche de meilleures perspectives socio-économiques et tenter de travailler à l'étranger, tant dans le cadre d'un projet personnel que par besoin vital de subvenir à ses besoins. Certaines personnes vont pouvoir se rendre légalement dans le pays de destination pour travailler, dans des conditions facilitées par des espaces politiques régionaux de circulation dont elles sont ressortissantes (espace Schengen dans l'Union européenne par exemple) ou par des politiques de visas ouvertes des États. D'autres rencontrent des difficultés pour accéder à un permis de travail, or un tel permis conditionne l'obtention d'un visa et, selon la législation du pays d'arrivée, également le séjour longue durée. Néanmoins, beaucoup de personnes font le choix de se déplacer malgré l'absence d'autorisation des pays concernés, et sont employées dans des conditions informelles et contraires au droit du travail.

Partir pour des raisons économiques ne signifie pas seulement travailler pour soi-même. Les personnes travaillant à l'étranger peuvent envoyer des transferts de fonds vers leur pays d'origine, lesquels perçoivent des ressources qui jouent un rôle clé dans leur économie.

De nombreuses personnes se déplacent également à l'étranger pour des raisons scolaires ou universitaires. Que cela soit pour suivre un cursus complet, pour bénéficier d'échanges courts ou s'installer plus durablement, la même logique s'applique pour les étudiants internationaux.

### **Les migrations pour des raisons de persécutions, de guerre et de violence**

Certaines personnes sont déplacées car elles fuient les guerres civiles ou internationales, et les violations des droits humains. Elles peuvent alors se déplacer au sein de leur pays d'origine (déplacées internes) ou dans un pays voisin limitrophe ou non, qui devient pour un temps, un pays d'accueil. Elles peuvent, si l'État d'accueil est signataire de la convention de Genève ou par la présence du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), y demander une protection internationale, comme le statut de réfugié ou une protection subsidiaire ou temporaire. Néanmoins, l'accès au territoire pour le dépôt d'une demande d'asile et les critères de détermination dépendent de la politique de chaque État sous réserve du principe de non-refoulement. En dépit de ce cadre international de protection, nombre de personnes fuyant des conflits ou de régimes de terreur qui, pour certains, perdurent depuis plusieurs décennies, se retrouvent dans des situations précaires et ne parviennent pas à obtenir de protection et une situation administrative stable et régulière qui leur permet de reprendre une vie normale.

### **Les migrations pour raisons environnementales**

Le réchauffement climatique en cours, les catastrophes écologiques résultat des activités humaines, et d'autres facteurs peuvent rendre invivables certaines parties du territoire et rendre impossibles les conditions de vie des personnes qui y résident et sont alors amenées, à quitter leur lieu de vie temporairement ou définitivement.

La communauté internationale ne s'est pas dotée d'un cadre légal spécifique à ces situations. Toutefois, parce que de tels bouleversements conduisent à des conflits, à des persécutions, des atteintes graves et des déplacements forcés, certaines personnes pourraient se voir reconnaître une des protections internationales existantes.

La Convention de Genève et les autres instruments (comme la protection subsidiaire ou temporaire) peuvent être interprétés plus largement pour donner un statut aux personnes concernées.

On entend souvent le terme de réfugié climatique ou migrant climatique. Ces termes n'englobent pas nécessairement l'ensemble des réalités. Les « migrations pour des causes environnementales » permettent de mieux rendre compte de la réalité car ils prennent également en considération les changements directement imputables à l'activité humaine.

### **Mise en mots par la parole des personnes rencontrées**

Cette première partie d'interprétation m'a semblé nécessaire. J'avais la retranscription de mes entretiens faites avant de commencer la rédaction de ce mémoire et je ne voulais pas guider l'écriture en fonction des réponses que j'avais recueillies.

J'ai souhaité rester le plus objectif possible et ne pas me laisser entrainer dans mes propres représentations d'où cette première partie tirée de lecture.

Les personnes que j'ai interviewées étaient toutes étrangères c'est-à-dire qu'elles ne possédaient pas la nationalité française.

Une seule personne avait le statut de réfugié. Les deux autres étaient venus pour raison familiale.

**Milana** a 25 ans lorsqu'elle arrive en France. Elle est née en Russie et est d'origine Tchétchène. Elle dit avoir fui son pays car ils avaient des problèmes avec son ex-mari. Ensemble, ils sont partis « *avec juste une valise* ». Elle dit être arrivée en France par hasard après une semaine de voyage où ils ont leur a volé leur passeport et leurs affaires. Elle développe les menaces qui pesaient sur leur couple en disant : « *En fait en Russie il n'y a pas de, comment dire, de loi, il n'y en a pas (...) tout avec l'argent. D'accord. Et même, je ne sais pas comment dire, il y en a beaucoup de mafias là-bas. Et eux ensemble avec police. Voilà, ça ne marche pas, avec l'argent ça marche.* »

Milana dit ne pas connaître la France avant de venir déposer sa demande d'asile à Dijon, sauf quelques mots qu'elle a appris lors de ses études de droit en Russie : « *il y a plusieurs mots. Merci, bonjour, comment ça va ?* ».

Elle a été aidée par le milieu associatif car ni elle, ni son ex-mari ne connaissaient les démarches à réaliser : « *Rien du tout. En fait, quand nous arrivés en France, nous arrivés à la ville Dijon. Après, il y en a un petit peu de l'argent. On a pris un hôtel pour dormir parce qu'on n'osait pas*

*faire ça, voilà. Et après on faisait quoi ? On a oublié d'acheter de manger. Voilà, c'est vite fini l'argent. Oui, l'argent, la vie qui disparut, exactement. Oui. Après, on vit par hasard dans la rue, quelqu'un parle russe. Oui. Après, eux montraient Secours Catholique, une association qui s'appelle le Secours Catholique. C'est trop gentil là-bas. Le monde s'est beaucoup aidé pour nous. » ... « Ils sont bénévoles en plus, ils font ça sans être payés. C'est vraiment de l'aide pour les personnes en difficulté. »*

*C'est également le milieu associatif qui l'a accompagné pour se mettre à l'abri dans l'attente que les conditions matérielles d'accueil soient proposées par l'OFII : « Elle trouvait chaque week-end pour nous hôtels, nous musulmans, elle-même achetait pour nous le halal, le kebab. Oui, merci pour elle. Et après, elle trouvait pour nous un foyer pour étrangers. Le CADA. Et elle trouvait pour nous, un solution pour nous comme ça, le social. Un petit peu dehors, après hôtel, voilà. Et on est partis à Châtillon. À Châtillon, d'accord. Et après, là-bas, il y a beaucoup d'assistance sociale. Il y a un responsable, un directeur. Et après, il y a tout. C'est très gentil. Ça fait beaucoup d'aide. Et eux trouvaient pour nous un avocat. Oui. Pour traduire, pour tout. Pour déposer le dossier à l'OFPRA. »*

*Lorsque je lui demande quelles démarches administratives ils ont pu réaliser pour elle, elle précise : « L'assistance sociale, c'est eux qui ont fait tout. Ils ont tout fait. Mais je ne connais pas beaucoup de choses. Parce que c'est normal, je ne comprenais pas avant. Même, je ne connais pas beaucoup de choses dans... Le système de soins, il est bien différent de celui en Russie, ? En Russie, c'est tout payant. Même, quelqu'un retraite, il n'y en a pas rien du tout. D'accord. Normalement, eux, ont des droits, mais c'est tout... Avec la mafia, avec tout plein de choses, personne n'a rien. »*

*Je la questionne sur les problèmes de santé qu'elle a pu avoir depuis son arrivée en France pour savoir si elle a pu rencontrer des problèmes d'accès aux soins : « Non, je... Franchement, moi, je ne suis jamais... même quand je suis en Russie, je n'ai jamais eu d'hôpital, ni maladie, ni rien. Oui, juste un petit peu de grippe. Je ne m'allonge pas, je marche, je sors. Moi, je n'ai aucun problème de santé. »*

*Je lui demande si elle comprend l'organisation du système de soins : « De comprendre la sécurité sociale, c'est compliqué. Oui. »*

*Quand je lui demande si ce système de protection l'a fait venir ou donner envie de rester en France, elle dit : « Non, non, non, non, non. Moi, je suis venue avec mon mari, voilà, et je suis*

*restée ici. Parce qu'ici, beaucoup de... Comme je vous disais tout à l'heure, c'est tout, pas que ça. La loi, elle est juste pour tout le monde. »*

Milana explique avec des mots simples et avec beaucoup d'émotions que si elle n'avait pas connaissance du système de soins en France avant son arrivée sur le territoire, mais c'est sa protection et celle de sa famille qu'elle a obtenu en s'installant ici. La justice et les respects des droits de l'homme semble présents dans son témoignage. La question de la santé n'a pas été une priorité contrairement à celle d'obtenir un hébergement et d'être régularisé.

Elle compare notre système de soin avec celui qu'elle connaissait dans son pays qui n'était pas ouvert à tous, mais précise la complexité pour comprendre le fonctionnement et les démarches administratives à réaliser.

**Souleye** est né à M'bour, une ville du Sénégal, à 1h30 de Dakar. Il connaît la France depuis 2017 pour y avoir voyagé pour des vacances. Il était alors âgé de 33 ans. Il dit qu'il souhaitait découvrir l'Europe et plus particulièrement la France : *« Parce que dans ma famille, j'ai des tontons qui habitent ici, qui vivent ici en France. J'ai même des cousins métis qui sont nés ici. Donc chaque année ils venaient tous au Sénégal en vacances. Voilà, mon tonton me disait tout le temps, on va t'inviter, tu vas venir en France pour nous voir. »*

Souleye était maraicher et aidait son oncle dans la gestion d'une auberge touristique en plus de son activité durant 7 années : *« Mais comme ça ne marchait pas bien. Et puis c'était le moment aussi, parce que ma femme n'arrêtait pas aussi demander. On avait une envie tous les deux en fait de venir ici. Je l'ai dit, avant de venir vraiment m'installer en France, il faut que je vienne voir. C'est pour ça que je faisais des allers-retours. Pour être sûr de mon choix en fait. »*

Il précise les délais liés aux démarches pour réaliser ce projet : *« j'ai fait les démarches avant. Parce qu'il nous dit que c'est pas facile de faire les démarches, mais c'est très compliqué, voilà. Surtout là-bas, si on est en Afrique. Pour partir. Parce qu'ils demandent tout, tout, tout. Ils bloquent un peu les départs. Parce que moi, au début, j'ai demandé un visa deux fois, ils m'ont rejeté. Ils m'ont rejeté parce que... Voilà, c'est comme ça. Ils ne facilitent pas les départs. Par... obligatoire. Obligatoire ou obligation, je sais pas. Ils imposent des choses. Voilà, ils imposent des choses. »*

Sa situation matrimoniale a facilité ses démarches au Sénégal puis son arrivée en France : *« C'est là que je me suis marié avec ma femme, au Sénégal. On a resté six mois. Là-bas, il m'a donné*

*un livret de famille. Donc c'est là que j'ai déposé le visa. Et là, ça a eu toute sa facilité, du coup, l'arrivée. Ils m'ont donné le visa un an. Non, première fois, trois mois. Trois mois parce que mon passeport, il restait pas beaucoup. C'était la date d'expiration. Donc, ils m'ont posé encore des questions. Des questions, des questions. C'est pour habiter là-bas ou c'est... J'ai dit non, moi, je vais juste aller un mois pour voir ma famille. C'est pas pour habiter là-bas, c'est juste aller voir. Donc, voilà. Je suis arrivé le 13 juillet 2018, c'était le Coupe du Monde. Oui, c'est exactement ça. Donc, on a fait la fête ici. Le lendemain, c'était le 14 juillet, la fête nationale ici. Voilà. »*

En expliquant son arrivé en France, il précise ce qu'il a abandonné au pays : *« Tout lâché là-bas. Les terres. Voilà, les terres. Mais comme il y a mon petit frère aussi. On le faisait ensemble. Donc, il a gardé l'exploitation là-bas. »*

Je le questionne si les allers-retours effectués en France avant son installation définitive lui ont permis de découvrir le système de protection sociale : *« Oui, parce que ma femme n'arrêtait pas de me parler ça. Et mon oncle aussi, et mes cousins aussi. Oui. Voilà, niveau de santé et tout, ils m'ont toujours dit que, voilà, on peut se soigner gratuitement. Et voilà, tout ça, parce que moi, chez moi, c'est pas comme ça. Non, les soins sont très chers au Sénégal. Là-bas, si t'as pas les moyens. et bien, on se soigne pas. Non, non, on se soigne pas. »*

Je lui demande si l'ouverture de ses droits ont été complexes : *« Non, non, tout ça, c'est ma femme qui fait, voilà. Voilà, c'est ma femme. Qui s'est occupée de tous. C'est ma femme aussi qui m'a expliqué tout. Et puis, voilà, j'ai regardé la télé, les journaux, les débats, comme ça. »*

Souleye explique facilement qu'il a acquis une bonne connaissance du système de protection sociale en France à l'aide de son entourage familiale, et par le bouche à oreille. Il peut comparer le système d'assurance maladie avec celui de son pays d'origine en mettant en avant la bonne prise en charge médicale en France et surtout les remboursements permettant la gratuité de certains soins.

Ce système est perçu comme très positif au Sénégal, mais ce sont des raisons familiales qui l'ont conduit à venir s'installer en France.

**Sabah** est née en Algérie. Elle est âgée de 34 ans et vit en France depuis 8 ans.

Elle est venue pour des raisons familiales et sans en avoir réellement le choix : *« Je suis mariée avec un français, qui est né en France, c'est pour ça que je suis venue ici. On parle tous les*

*jours avec ma famille. Nos parents à tous les deux sont encore là-bas. Oui, mais les frères et les sœurs, elles sont là. Ok, d'accord. Mes belles-sœurs et tout, elles sont là. ».*

Elle dit qu'elle ne connaissait rien de la France avant d'y venir pour la première fois pour s'y installer suite à son mariage : *« Non, non, c'est la première fois, oui, avec mon mari (...) ils ont dit que la vie est belle ici et c'est tout ça, c'est pour ça. »*

Elle évoque rapidement ses difficultés d'intégration : *« Oui, c'est difficile pour laisser mes parents et tout ça, la vie, c'est difficile. Au début, c'est un mois, ça va et après, je commence à me stresser et tout ça. À avoir un peu comme le mal du pays. À poser des questions, pourquoi je suis ici. Oui, surtout avec la langue et tout ça. C'est un peu difficile. Je connais un peu le français, je comprends, mais ce n'est pas comme quelqu'un qui parle bien. Ce n'est pas comme maintenant. »*

Son arrivée lui a fait perdre une autonomie qu'elle avait en Algérie : *« Je ne sors pas toute seule, je ne sors qu'avec mon mari. Chez le docteur, chez les magasins, au début, c'est lui qui sert. Il est toujours avec moi. Je ne peux pas faire les choses toute seule. »*

Pour mieux comprendre son parcours, je la questionne si elle avait projeté de quitter son pays un jour : *« Non, non. Je ne m'imaginai pas ça. Même pas partir de mon pays. D'accord. C'est ce mariage qui a provoqué ce départ. C'est ça. Il m'a dit que c'est juste faire des formations françaises avant de venir ici. Oui, c'est juste pour parler le français et faire le permis. Mais j'ai déjà fait le permis de conduire sans que je connaisse mon mari. Valider., c'est juste ça. »*

Je lui demande si elle avait déjà entendu parler du système de soin proposé en France avant ou après son mariage : *« Non, non. Non, mais par exemple, maintenant, quand je retourne dans mon pays, ils ont dit que la France donnait de l'argent pour les femmes âgées. Mais ça, ce n'est pas vrai. » « Maintenant, ils n'ont pas dit. Mais pour les personnes, par exemple, mon mari travaille, il n'est pas intéressé par tout ça. C'est ça. Il n'en a pas besoin parce qu'il travaille. (...) Moi, je préfère travailler, c'est mieux. Même mon mari, il dit ça. C'est quelqu'un qui travaille, c'est mieux qu'il attend les aides. »*

Elle précise que maintenant qu'elle connaît mieux l'administration française, elle sait que certaines personnes font circuler des fausses informations : *« Par contre, j'entends au pays et pas forcément des choses vraies. Moi, je préfère travailler par rapport à les aides. »*

Je lui demande si elle a rencontré des difficultés pour l'ouverture de ses droits : *« C'est lui (mon mari) qui a fait tout ça. C'est lui qui l'a fait parce qu'il connaissait mieux comment ça marchait.*

*Oui. Aussi des démarches après au niveau de la préfecture, tout de suite. J'ai resté un an pour donner le titre de séjour. Juste, j'ai le récépissé, mais trois mois. Voilà, trois mois et après il fallait retourner, tous les trois mois. D'accord. C'est difficile pour moi au début. Oui, parce que c'était que tous trois mois. Oui, mais j'aimerais bien faire au début, j'aimerais bien faire la formation. Après, avec les démarches des papiers, je n'arrive pas à faire cette formation. Après, j'ai tombé enceinte et après... ça a tardé tous les projets, c'est ça. » « J'ai tombé enceinte, mais je n'ai pas la carte vitale, elle n'est pas encore... Mais le docteur, elle demande des analyses. Moi, j'ai fait, je crois, 180 euros. Après, tout de suite, elle arrive la carte séjour, c'est tout gratuit. C'est très bien même pour l'accouchement, juste les premiers soins parce que la carte vitale n'était pas encore là et les droits pas ouverts. »*

Je lui demande si elle comprend aujourd'hui le fonctionnement du système de soins et l'accès aux droits : *« Oui, un peu, oui. Oui, c'est avec mon mari. Et il y a des assistantes sociales par rapport à ça. Il y a des gens qui ne comprennent pas et qui sont déjà des assistantes sociales et il y a quelqu'un de vous qui conseille de faire les choses. C'est vrai. Pour donner des informations. Moi, je dis à mes copines comme ça. Mais moi, je n'ai pas de problème parce que c'est mon mari qui fait tout. Je cherche du travail. J'aime bien parler le français parce que ça bloque quand même des fois. Surtout quand je reste à la maison, je ne communique pas en français. J'ai oublié tout de suite. »*

Sabah n'avait pas d'information avant son arrivée sur le fonctionnement du système de soins en France. Elle a dû venir pour des raisons familiales, mais explique avec ses mots que ce n'était pas son choix. Elle n'a donc pas choisi la France comme pays de lieu de vie.

Elle reconnaît que la protection sociale est bien organisée même si elle en a une connaissance très limitée. Aujourd'hui, elle sait qu'il y a des informations erronées qui sont dites en Algérie sur l'administration française et les aides délivrées pour les étrangers.

## **CONCLUSION**

Cet écrit a été alimenté par les cours des différents modules du DIU, mes lectures et mes recherches sur internet. Les entretiens réalisés sont venus humaniser mes propos.

À travers ma problématique qui reposait sur la connaissance que le public migrant peut avoir du système de soins en France avant son arrivée, je voulais mettre en avant une observation que j'avais faite à travers mon travail. Ce public n'avait qu'une connaissance partielle de notre organisation du système de soins, et parfois même une connaissance acquise une fois arrivée en France.

Est-ce que c'est la protection sociale proposée par la France qui fait l'attraction ? Non, mes lectures, mes recherches et les témoignages disent que ce n'est pas ce qui les fait venir ou rester en France.

La future réforme de l'Aide Médicale de l'État est toujours d'actualité avec la question : La réduction de la protection sociale peut-elle réellement réduire la migration ?

L'idée de réduire la protection sociale pour diminuer la migration est simpliste et ne tient pas pleinement compte des politiques de protection sociale qui sont le résultat de décisions historiques et de trajectoires spécifiques qui influencent fortement les choix actuels.

De plus, les motivations des migrants sont multiples et rendant difficile d'isoler l'impact d'un seul facteur comme la protection sociale.

Réduire la protection sociale pourrait avoir des effets contre-productifs sur le bien-être de la population locale et ne garantirait pas nécessairement une réduction significative de la migration.

Comprendre comment la dépendance aux sentiers influence les décisions politiques en matière de protection sociale reste une question très intéressante pour analyser l'évolution de notre société. C'est-à-dire, comment les systèmes actuels sont façonnés par des choix passés, pourquoi certaines politiques persistent malgré les évolutions des besoins sociaux et économiques.

## **ANNEXES**

### **BIBLIOGRAPHIE**

#### **Ouvrages :**

**COLLECTIFS ENTRELACS. *Migrations. Une chance pour le système de santé.* Dloin, WIHTOL DE WENDEN, Catherine. *La question migratoire au XXIe siècle,* SciencesPo Les presses, 2017**

**BALIBAR, Etienne et WALLERSTIEN, Immanuel. *Race, nation, classe. Les identités ambiguës.* La Découverte, Poche, 2012**

**REA, Andréa. *Sociologie de l'immigration.* La Découverte, 2021**

**WITHOL DE WENDEN, Catherine. *Géopolitique des migrations.* Eyrolles Editions, 2019**

**BRUGERE, Fabienne et LE BLANC, Guillaume. *La fin de l'hospitalité. L'Europe, terre d'asile ?* Champs Essais, 2018**

**ANDRE, Jean-Marie. *La santé des migrants en question(s).* Presses de l'EHESP. 2019**

#### **Articles :**

**Vie Publique, loi immigration intégration asile du 26/01/2024**

**Loi Pasqua, Conditions d'entrée et de séjour des immigrés**

**Enquête de l'IRDES « Premier Pas », Questions d'économie de la Santé. Le recours à l'aide médicale de l'état des personnes en situation irrégulière en France**

**Fondation JEAN JAURES, L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France. Analyse critique des projets de réforme de l'aide médicale de l'état**

**SIDACTION, Aide médicale de l'état. Une future réforme aux contours inquiétants**

**FRANCE TERRE D'ASILE, L'aide médicale de l'État : Un dispositif de santé fondamental pour les personnes exilées**

**POPULATION ET SOCIÉTÉS, Cinq idées reçues sur l'immigration**

**FRANCE TERRE D'ASILE, 7 idées reçues sur les migrants**

**Documentation :**

**La loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite Dans Les Tribunes de la santé 2011/2 (n°31), pages 109 à 109 Éditions Presses de Sciences Po**

# LA LOI DE 1893 SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

La loi du 15 juillet 1893 a posé le principe de la gratuité des soins, à l'hôpital comme à domicile, pour les malades privés de ressources. Elle reste le symbole de la législation d'assistance sociale de la III<sup>e</sup> République, inspirée par la doctrine solidariste.

Vingt-cinquième année. — N° 192. Le numéro: 15 centimes. Mardi 18 Juillet 1893.

## JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris et Départements: Un an, 40 fr.— 6 mois, 20 fr.— 3 mois, 10 fr. On s'abonne: 1° à l'administration du journal par lettres affranchées; 2° aux bureaux de poste. — Le prix doit parvenir net à la caisse.

UNIQUE LE DERNIÈRE PARTIE DES TRANSCRIPTIONS ET RÉVISIONS | DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION | POUR LES CHANGEMENTS D'ADRESSE

A PARIS, QUAI VOLTAIRE, N° 21 | A PARIS, QUAI VOLTAIRE, N° 21 | ANNOTER SOUS CRISTAL

Le JOURNAL OFFICIEL (Loi du 28 décembre 1880) comprend cinq parties formant des fascicules séparés, chacun avec pagination spéciale. — 1° Journal officiel proprement dit: Actes officiels, Communications ministérielles, Résumés des séances du Parlement, Comptes rendus des Académies et Corps savants, Avis d'adjudication des Administrations publiques, Cours authentiques de la Doune, etc. — 2° Comptes rendus in extenso des séances du Sénat. — 3° Annexes du Sénat: Projets de loi et Rapports des Commissions. — 4° Comptes rendus in extenso des séances de la Chambre. — 5° Annexes de la Chambre: Projets de loi et Rapports des Commissions.

### SOMMAIRE DU 18 JUILLET

**PARTIE OFFICIELLE**

Loi sur l'assistance médicale gratuite (page 3081).

- ouvrant au ministre de l'intérieur, sur l'exercice 1893, un crédit de 25,000 fr. pour venir en aide aux victimes de la catastrophe de Saint-Gervais, du 12 juillet 1893 (page 3081).
- autorisant le département de l'Ain à s'imposer extraordinairement pour les travaux des chemins vicinaux (page 3084).
- autorisant le département d'Illa-et-Vilaine à contracter un emprunt pour des travaux de chemins de fer d'intérêt général (page 3081).
- autorisant la ville d'Alais (Gard) à emprunter une somme de 3,577,181 fr. et à s'imposer extraordinairement pour diverses dépenses d'intérêt communal (page 3084).
- autorisant la ville d'Arrens (Pyrénées-Orientales) à emprunter une somme de 1 million de francs et à s'imposer extraordinairement pour l'exécution de travaux de voirie (page 3084).
- autorisant le commune de Pantin (Seine) à changer l'affectation de fonds d'emprunt pour la construction d'un pont de pierre et l'établissement d'égouts (page 3081).
- établissant et affectant une imposition extraordinaire sur la commune de Rabou (Pyrénées-Orientales) pour paiement de dépenses d'intérêt communal (page 3085).
- ayant pour objet la construction d'un nouveau bassin au port de Marseille (page 3085).

**Sénat** recevant les conseils d'arrondissement (page 3085).

- portant dissolution du conseil municipal de Beuvion (Aisne) (page 3081).
- établissant d'office le service de l'établissement de lignes de tramways sur le territoire des communes de Sabry et de Malécou (page 3085).
- portant nomination dans la Légion d'honneur (Médaille de commerce, de l'industrie et des colonies) (page 3085).
- nommant un directeur départemental des postes et des télégraphes (page 3085).

**Arrêté** ouvrant des concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à la faculté de médecine de Nancy et l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'école de plein exercice et de pharmacie de Nantes (page 3091).

- désignant vacantes les chaires de physique et de pharmacie de l'école supérieure de pharmacie de Montpellier (page 3090).

**—** décrétant la déchéance de Mérite agricole (page 3090).

**—** autorisant la création d'un bureau télégraphique (page 3090).

**Récompenses** pour actes de courage et de dévouement en Algérie (page 3090).

**Documents** du ministère de la guerre:

- Décret portant nominations d'officiers de réserve dans le corps de santé (page 3091).
- Arrêtés relatifs à l'exercice du droit de réquisition dans plusieurs communes des départements du Nord et du Pas-de-Calais (page 3091).
- Décision portant mutation dans le personnel des écoles (page 3091).

**PARTIE NON OFFICIELLE**

**Élections** de conseillers généraux (page 3091).

**Nouvelles** et correspondances étrangères (page 3091).

**Avis** et communications. — Opérations de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse du 1<sup>er</sup> au 15 juillet (page 3099).

**Sénat**. — Bulletin de la séance du lundi 17 juillet. — Ordre du jour. — Convocation de commissions (page 3091).

**Chambre des députés**. — Ordre du jour. — Convocation de commissions (page 3091).

**Informations** (page 3091).

**Bourses** et marchés (page 3095).

**CHAMBRES**

**Sénat**. — Compte rendu in extenso des débats (pages 1185 à 1187).

**Chambre des députés**. — Annexes: projets de loi et rapports (pages 791 à 793).

### PARTIE OFFICIELLE

Paris, 17 Juillet 1893.

**LOI** sur l'assistance médicale gratuite.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté, Le Président de la République promulgué la loi dont la teneur suit:

**TITRE 1<sup>er</sup>**

**ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE**

Art. 1<sup>er</sup>. — Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a la possibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.

Les femmes en couches sont assimilées à des malades.

Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine.

Art. 2. — La commune, le département ou l'Etat peuvent toujours exercer leur recours, s'il y a lieu, soit l'un contre l'autre, soit contre toutes personnes, sociétés ou corporations tenues à l'assistance médicale envers l'indigent malade, notamment contre les membres de la famille de l'assisté désignés par les articles 205, 206, 207 et 213 du code civil.

Art. 3. — Toute commune est rattachée pour le traitement de ses malades à un ou plusieurs des hôpitaux les plus voisins.

Dans le cas où il y a impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital. Ce certificat doit être contre-signé par le président du bureau d'assistance ou son délégué.

L'hôpital ne pourra réclamer à qui de droit le remboursement des frais de journée qu'autant qu'il représentera le certificat ci-dessus.

Art. 4. — Il est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources.

Le conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871:

1<sup>o</sup> Sur l'organisation du service de l'assistance médicale, la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattaché chaque commune ou syndicat de communes;

# Complémentaire Santé Solidaire



L'Assurance Maladie poursuit sa mobilisation pour permettre aux personnes éligibles d'en bénéficier et lutter contre le renoncement aux soins, au travers d'une nouvelle campagne d'information et d'un accompagnement personnalisé

La Complémentaire santé solidaire est une couverture complémentaire santé, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, permettant aux personnes aux ressources modestes de bénéficier d'une prise en charge de leurs dépenses de santé. Dans un contexte où le pouvoir d'achat est l'une des principales préoccupations des Français, la Complémentaire santé solidaire garantit une protection santé de qualité, pour un coût nul ou limité, à tous ses bénéficiaires.

L'Assurance Maladie a lancé en novembre 2023 une campagne d'information et s'adresse aux plus de 3 millions de Français qui ignorent être éligibles pour favoriser le recours à ce droit<sup>(1)</sup>, accompagner les bénéficiaires et ainsi lutter contre le renoncement aux soins.

### LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AUJOURD'HUI, EN CHIFFRES

**7,31 millions** de bénéficiaires à fin septembre 2023, dont :

- **5,68 millions** de bénéficiaires de la CSS sans participation
- **1,64 million** de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation

### **Définition complémentaire :**

#### Définition Du Travail Social, CASF 06/05/2017 (issue des Travaux du HCTS) :

"Le travail social vise à permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté. Dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes, le travail social contribue à promouvoir, par des approches individuelles et collectives, le changement social, le développement social et la cohésion de la société. Il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement.

À cette fin, le travail social regroupe un ensemble de pratiques professionnelles qui s'inscrit dans un champ pluridisciplinaire et interdisciplinaire. Il s'appuie sur des principes éthiques et déontologiques, sur des savoirs universitaires en sciences sociales et humaines, sur les savoirs pratiques et théoriques des professionnels du travail social et les savoirs issus de l'expérience des personnes bénéficiant d'un accompagnement social, celles-ci étant associées à la construction des réponses à leurs besoins. Il se fonde sur la relation entre le professionnel du travail social et la personne accompagnée, dans le respect de la dignité de cette dernière.

Le travail social s'exerce dans le cadre des principes de solidarité, de justice sociale et prend en considération la diversité des personnes bénéficiant d'un accompagnement social."

## **Grille d'entretien**

1. Pouvez-vous me dire de quel pays vous êtes originaire ?
2. Quand avez-vous quitté votre pays ? Vous aviez quel âge ?
3. Pour quelles raisons avez-vous décidé de partir ?
4. Saviez-vous que vous alliez venir vous installer en France ?
5. Qu'est-ce qui vous a amené à vous installer en France ?
6. Auriez-vous préféré vivre dans un autre pays et si oui, lequel et pourquoi ?
7. Qu'est-ce que vous connaissiez de la France avant d'arriver ici ?
8. Aviez-vous entendu parler du système de protection sociale en France (Sécu, retraite...) ?
9. Quelles démarches ont dû être engagées pour votre régularisation en France (Ofrpa, Préfecture...) ?
10. Lorsque vous êtes arrivé en France, quels droits avez-vous ouverts ?
11. Avez-vous rencontré des difficultés pour l'ouverture de vos droits ?
12. Avez-vous eu besoin de soin à votre arrivée en France ?
13. Est-ce qu'aujourd'hui, vous comprenez bien le système de soin en France ?

## **Précarité des migrants face au système de soins en France : connaissance préalable et parcours de santé**

Mots clés : Accès aux droits et aux soins, Politique sociale, Public migrant.

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche de réflexion entamée dès le début de ma formation, où les divers apports professionnels ont suscité un intérêt particulier pour les enjeux de discrimination et d'accès aux soins des migrants en France.

Le contexte politique actuel, marqué par les débats sur la loi pour contrôler l'immigration et améliorer l'intégration de 2024, a renforcé ma volonté d'explorer cette thématique.

À travers ce travail, je souhaite interroger les idées reçues sur l'accès aux soins pour les migrants, comprendre les droits qui leur sont reconnus, et analyser les raisons qui les poussent à choisir la France comme pays d'accueil.

Mon mémoire se divise en plusieurs parties : présentation de mon environnement professionnel, présentation du système d'accès aux soins en France, étude de la loi pour contrôler l'immigration et améliorer l'intégration, et enfin, témoignages recueillis auprès des personnes concernées.

**Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »**

Rédigé sous la direction du Professeur Catherine MASSOUBRE

Année 2023-2024