



**HAL**  
open science

# La pratique du soupçon de fraude dans l’instruction des dossiers d’aide médicale d’Etat

Céline Gabarro

► **To cite this version:**

Céline Gabarro. La pratique du soupçon de fraude dans l’instruction des dossiers d’aide médicale d’Etat. Sacha Leduc et Jorge Munoz (Dir.), *Le travail à l’Assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2015. hal-03263423

**HAL Id: hal-03263423**

**<https://hal.science/hal-03263423v1>**

Submitted on 17 Jun 2021

**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.

# La pratique du soupçon de fraude dans l’instruction des dossiers d’aide médicale d’Etat

Céline Gabarro, Doctorante en sociologie, Urmis, Université Paris Diderot, Allocataire de la Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

[Version auteure]

Référence : Gabarro Céline (2015). La pratique du soupçon de fraude dans les dossiers d’aide médicale de l’Etat (AME), in Sacha Leduc et Jorge Munoz (Dir.), *Le travail à l’Assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, pp. 137-153.

Résumé : Ce chapitre s’intéresse au rôle de la logique du soupçon dans l’instruction des demandes d’aide médicale d’Etat (AME). En revenant sur la genèse de l’AME, il montre dans un premier temps que sa création répond à un mouvement associatif en faveur de la lutte contre l’exclusion qui a permis la mise en place de règles de simplification administrative. Ces règles sont toutefois en partie réformées suite au développement d’une vision gestionnaire de la Sécurité sociale en France, ce qui entraîne l’émergence d’un mouvement de lutte contre la fraude. Dans un deuxième temps, le chapitre analyse comment le soupçon de fraude s’immisce dans les pratiques des agents à travers les réformes du droit à l’aide médicale d’Etat puis, dans un dernier point, comment ces agents se saisissent de ces questions et interprètent ces réformes en fonction du sens qu’ils donnent à leur travail.

Depuis sa mise en place en 2000, l’aide médicale d’Etat (AME), couverture maladie gratuite réservée aux sans-papiers, cristallise les débats politiques. Cette prestation, qui ne représente pourtant que 0,34% des dépenses de santé en 2009, est fréquemment utilisée comme exemple pour illustrer les « dépenses excessives », et la « mauvaises gestion » de l’Etat social : *"Les dépenses de l’AME ont augmenté quatre fois plus vite que les dépenses du régime général ou de la CMU, ce n’est pas normal. Les Français ou les étrangers en situation régulière se voient appliquer un forfait hospitalier, pas les clandestins! Les fraudes à l’AME sont nombreuses car il n’y a pas de contrôles. Comme il n’y a pas de fichier centralisé, un étranger peut déposer simultanément quatre demandes. Je pense qu’il faut que le Parlement se saisisse de cette question rapidement"*<sup>1</sup>. Cette vision de l’aide médicale de l’Etat se répand également au sein des caisses d’assurance maladie - notamment du fait des mesures mises en place pour limiter les dérives et nombreuses réformes de l’AME – et formate les pratiques des agents chargés d’instruire ces dossiers.

Nous nous intéresserons ici au rôle du soupçon de fraude dans l’instruction des dossiers. Au-delà des discours politiques et médiatiques à l’égard des sans-papiers et des bénéficiaires des prestations sociales, nous chercherons à voir quelles formes et places prend

---

<sup>1</sup> Intervention de Thierry Mariani citée par Marie-Christine Tabet, « Sécurité : la surenchère continue », **Le Journal du Dimanche**, 29 août 2010.

le soupçon de fraude dans les pratiques des agents : remplit-il une fonction particulière ? Pour quelles raisons rencontre-t-il un si grand intérêt ?

Les hypothèses avancées ici sont tirées d'un travail de thèse en cours qui repose sur une observation participante de neuf mois dans trois services distincts d'une même caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) : le service de la réglementation, le service d'instruction des demandes d'AME et trois centres d'accueil.

En nous intéressant à la genèse de l'aide médicale d'Etat, nous verrons dans un premier temps que sa création répond à un mouvement associatif en faveur de la lutte contre l'exclusion qui a permis la mise en place de règles de simplification administrative. Ces règles sont en partie réformées suite au développement d'une vision gestionnaire de la Sécurité sociale en France qui entraîne l'émergence d'un mouvement de lutte contre la fraude, ce développement fera l'objet d'un deuxième point. Nous verrons ensuite comment le soupçon de fraude s'immisce dans les pratiques des agents à travers les réformes du droit à l'aide médicale d'Etat puis, dans un dernier point, comment ces agents se saisissent de ces questions et interprètent ces réformes en fonction du sens qu'ils donnent à leur travail.

## **I. La mise en place de couvertures maladie censées faciliter l'accès aux soins**

### **1.1. La création de la CMU et de l'AME dans une dynamique de lutte contre l'exclusion**

Dès sa création en 1945, la Sécurité sociale a pour objectif de couvrir l'ensemble de la population contre le risque maladie. Partant sur une politique du plein emploi, les législateurs choisissent pour cela de subordonner le bénéfice de l'Assurance maladie au travail. Du fait de la montée du chômage et de la multiplication de formes précaires d'emploi, ce mode d'affiliation sur critère socioprofessionnel ne permet cependant pas de couvrir l'ensemble de la population. Le gouvernement est alors obligé de recourir à d'autres formes d'affiliation à partir des années 1970, notamment par le bénéfice de prestations sociales, telles que le chômage, le revenu minimum d'insertion (RMI) ou l'allocation de parent isolé (API). Certaines personnes, comme les sans domicile fixe, restent cependant en dehors de l'Assurance maladie. Ne travaillant pas, ne pouvant être rattachées par leur famille ou le bénéfice de prestations sociales, elles sont exclues de l'Assurance maladie et dépendent alors de l'Aide sociale via l'aide médicale départementale (AMD). Cette aide étant octroyée par les départements, sa gestion, ses conditions d'obtention et le montant des soins pris en charge divergent en fonction des territoires, provoquant des inégalités (Frotiée, 2004). De plus, contrairement à l'Assurance maladie, son bénéfice n'est pas automatique mais soumis à des conditions et au dépôt d'une demande. Les procédures administratives pour l'obtenir sont extrêmement complexes et dénoncées par les associations à partir de la fin des années 1970.

A partir des années 1980, alors que le chômage augmente, le traitement médiatique et politique de la question de la pauvreté change. Alors qu'auparavant, la pauvreté était perçue comme un phénomène de la reproduction sociale, elle est désormais appréhendée comme le résultat d'une rupture professionnelle ou familiale. De nombreuses études sont menées par les

associations et le gouvernement. Elles montrent que cette « nouvelle pauvreté » guette particulièrement les franges les moins protégées de la population, menacées d'« exclusion » (Warin, 2006 ; Borgetto, 2004). En 1986, Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières ouvrent leurs premiers centres de santé gratuits en France. Ils lancent avec ATD-Quart Monde le débat sur l'accès aux soins pour les personnes démunies. Des rapports associatifs et gouvernementaux mettent en avant la question des renoncements aux soins pour raison financière et les difficultés administratives rencontrées pour obtenir des prestations sociales (Froitiée, 2004). La question de l'accès aux soins est alors inscrite comme priorité politique au titre de la lutte contre l'exclusion dans les années 1990 (Froitiée, 2006). C'est dans ce contexte que sont créées la CMU de base, la CMU complémentaire (CMU-C) et l'aide médicale d'Etat (AME) le 27 juillet 1999<sup>2</sup>. Pour faciliter l'accès aux soins des personnes précaires, certaines procédures administratives vont être simplifiées en matière de CMU et d'AME, engendrant une véritable « révolution » des conditions de travail des agents de l'Assurance maladie.

## **1.2. Quand la mise en place de la CMU et de l'AME modifie les missions des agents des CPAM**

Avec la mise en place de la CMU et de l'AME, et leur gestion par les caisses primaires, le travail des agents change. Il est à la fois modifié par la nature de ces nouvelles prestations, systèmes hybrides entre l'assurance et l'assistance, et par les règles de simplification administratives mises en place.

Alors qu'auparavant les agents exécutaient des droits en calculant des indemnités, ils ont désormais un « pouvoir d'attribution ». Ils ne sont plus de simples exécutants mais décident, au vu de critères légaux, de délivrer ou non la prestation. L'agent devient alors contrôleur et instructeur. Il doit désormais veiller au respect de conditions (ressources, résidence, régularité) qu'il doit lui-même vérifier et interpréter. Le droit n'est plus lié à une contributivité (les cotisations salariales) mais à la simple résidence en France et au niveau de ressources que l'agent doit contrôler. Ces pratiques font entrer des logiques de l'Aide sociale dans l'Assurance maladie, ce qui constitue un « véritable virage culturel » pour les agents selon Brigitte Froitiée (Froitiée, 2004 : 122). Ces derniers se retrouvent face à un nouveau public, plus pauvre et plus précaire, public dont certains agents attendent des signes visibles de « pauvreté », en accusant certains de mentir sur leurs ressources, d'être de « faux » ou de « mauvais » pauvres. La création de prestations sous conditions engendre ainsi des soupçons vis-à-vis des demandeurs, d'autant plus que c'est désormais au nom de la condition de résidence que la personne peut accéder à une couverture maladie. Ces soupçons vont s'intensifier avec la mise en place de procédures administratives simplifiées, pouvant être perçues comme facilitant la fraude.

---

<sup>2</sup> La CMU de base et la CMU-C étant subordonnées à une condition de régularité, les sans-papiers ne peuvent disposer que de l'AME. La CMU de base est un régime de base, elle prend en charge les dépenses de la part « sécurité sociale ». La CMU-C est une mutuelle gratuite. Elle est soumise à des conditions de ressources (avoir moins de 661 euros au 1<sup>er</sup> juillet 2012), de régularité et de stabilité (être en France depuis plus de trois mois). L'AME comprend à la fois la couverture de base et la couverture complémentaire. Elle est également soumise à une condition de stabilité et une condition de ressources (même plafond que la CMU-C).

En matière de CMU, la charge de la preuve est inversée : la caisse ouvre le droit immédiatement (à condition que la personne justifie des conditions de régularité et de stabilité) et recherche ensuite si elle peut être affiliée à un autre titre (par le travail, en tant qu'ayant-droit ou allocataire). La personne n'a donc pas à justifier de son droit. Les contrôles sont dorénavant effectués a posteriori. Cela permet aux usagers d'avoir une couverture maladie dans des délais extrêmement courts. C'est une véritable révolution pour les agents qui peuvent percevoir cela comme un « privilège », les contrôles étant toujours effectués a priori dans les autres cas. D'autres mesures de simplification administrative sont mises en place telles que le traitement en urgence des demandes de CMU-C et d'AME pour des personnes hospitalisées. Cela leur permet d'avoir une couverture complémentaire dans les plus brefs délais au lieu d'attendre les deux mois de traitement légaux. Enfin, les déclarations sur l'honneur sont désormais acceptées lorsque les personnes n'ont pas de justificatifs de ressources, ce qui peut être interprété comme « une porte ouverte à tous les abus ».

## **II. Le durcissement des conditions d'accès aux soins du fait de l'émergence des notions de « fraude sociale » et de « tourisme médical »**

A partir des années 1970, une vision gestionnaire de l'Etat et du social se développe en France. Ce « tournant néolibéral » (Jobert, 1994) s'exprime à différents niveaux : dans le type de management qui s'impose de plus en plus dans les entreprises privées comme publiques et les administrations – pratiques héritées du New Public Management, qui visent à augmenter la productivité tout en réduisant les coûts de production – mais aussi dans le type de mesures sociales mises en place et l'idéologie véhiculée. Les administrations tout comme les prestations doivent être bien gérées et justement distribuées pour éviter les « coûts » inutiles. Cette vision modifie la manière dont le système de sécurité sociale est appréhendé politiquement et médiatiquement, influençant le vote de nouvelles lois. Au-delà des politiques, cette vision gestionnaire a également des conséquences sur les conditions de travail puisqu'elle promeut le productivisme et la baisse des coûts de gestion, augmentant la pression et le stress des salariés. Dorénavant tout doit être quantifiable et quantifié : le personnel est évalué tous les ans par des indicateurs chiffrés, des objectifs toujours plus difficiles à atteindre. Le domaine du sanitaire et du social est touché de plein fouet par le discours gestionnaire, la mise en place d'indicateurs n'épargnant pas le service public. Les agents des caisses d'Assurance maladie sont évalués en fonction de temps d'accueil chronométrés et de leur productivité (Gabarro, 2012 ; Martin, 2011) tout comme ceux des hôpitaux (Belorgey, 2010). Caisses et hôpitaux sont soumis à la concurrence, classés selon leurs résultats. Les départs à la retraite ne sont pas remplacés et les agents se retrouvent en sous-effectif pour traiter une demande pourtant croissante.

### **2.1. La Sécurité sociale vue comme un « coût » à limiter et à contrôler**

Alors qu'à la création de la Sécurité sociale en 1945, politiques sociales et politiques économiques sont vues comme liées, ne fonctionnant pas l'une sans l'autre, elles sont

aujourd'hui opposées dans les discours politiques et médiatiques. Ce changement n'est pas dû seulement à l'augmentation des dépenses sociales et de la « dette ». La question du déficit a toujours existé mais n'était pas appréhendée de la même manière. C'est en présentant la Sécurité sociale comme un « coût » plutôt qu'un élément de la croissance que les politiques sociales et de santé vont prendre un nouveau tournant à partir des années 1970 (Palier, 2002).

En 1945, les politiques sociales sont perçues comme le moteur de l'économie. En augmentant le revenu des familles et en leur permettant de consommer, elles stimulent la croissance et relancent l'économie en période de récession. La consommation permet la création d'emplois et d'entreprises, notamment dans le secteur tertiaire. On parle de cercle vertueux. Cette vision des politiques sociales va perdurer jusqu'à la fin des années 1960. A l'époque elle est relativement partagée. Des patrons protestent contre le poids des cotisations mais ils ne sont pas entendus et les politiques sociales ne sont pas contestées.

A partir des années 1970, les prestations sociales sont de plus en plus présentées par les politiques et les médias comme un « coût » et une « charge » pour les employeurs (Duval, 2007). De moteur, elles deviennent un « frein » pour l'économie. Les cotisations pesant sur les entreprises, elles empêchent la création d'emplois, ce qui motive les délocalisations à l'étranger. Cette vision en termes de « coût » s'accélère autour des années 1980 avec la dramatisation de l'état des dépenses sociales. Ce changement de vision s'explique par la diffusion des idées gestionnaires dans l'ensemble de la société française et notamment au niveau de l'Etat (Palier, 2002). L'impératif gestionnaire imprègne d'autant plus les politiques sociales qu'autour des années 1980 les hauts fonctionnaires chargés de les élaborer sont de plus en plus issus d'instances où la vision gestionnaire est plus développée telles que la Cour des comptes (Hassenteufel, 1999 ; Lenoir, 1992). La Sécurité sociale est dorénavant présentée comme coûtant trop cher à l'Etat qui n'a plus les moyens de « supporter » ces dépenses. D'autant plus que de plus en plus de personnes requièrent des aides mais de moins en moins cotisent : les dépenses « explosent » tandis que les recettes diminuent. Le budget est donc en déséquilibre, ce qui n'est pas viable. On parle alors de « trou de la Sécu » et de « crise » de l'Etat social (Rosanvallon, 1981). Toute une littérature autour de la crise et de la perte du modèle social français se développe lors des années 1980. Selon ces analyses, l'Etat social doit être réformé pour être sauvé. Une réforme gestionnaire des politiques sociales et de santé devient alors nécessaire, légitime et urgente. Les coûts de gestion et de fonctionnement de ces politiques doivent être diminués tout comme le montant des aides distribuées. L'ensemble des lois réformant les politiques sociales et de santé à partir des années 1980 va dans ce sens. Elles visent à diminuer le montant des remboursements en matière de santé : le forfait journalier hospitalier est mis en place en 1983. A partir des années 1980, le ticket modérateur ne cesse d'augmenter et le niveau des remboursements pris en charge par la Sécurité sociale de diminuer, entraînant un recours de plus en plus nécessaire aux mutuelles. Les dépenses sociales de santé donnent lieu à de plus en plus de rapports et évaluations. Le comportement des usagers, qualifié d'abusif, est également en ligne de mire. De nombreuses mesures de « responsabilisation » sont instaurées comme, en 2004, le dispositif du médecin traitant qui permet de limiter le nombre de consultations remboursées. Un forfait de un euro est également mis en place à chaque visite. L'idée sous-jacente est que les usagers qui ne

payent pas ont tendance à abuser du système et à ne pas se rendre compte du coût que représentent ces consultations, soins et hospitalisations. En participant financièrement au système, ils en prendront plus conscience et en abuseront moins. Les personnes prises en charge à 100%, telles que les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME et les personnes ayant une maladie chronique reconnue, sont alors présentées comme favorisées, n'ayant absolument pas conscience du coût qu'elles représentent et abusant du système.

## **2.2. La mise en place de prestations sous condition de ressources et la vérification du bien fondé des dépenses**

Pour limiter les coûts, les différents gouvernements, de droite comme de gauche, vont privilégier le développement de prestations conditionnées. Elles permettent de prendre en charge les personnes qui en ont le plus besoin tout en étant moins coûteuses que des prestations universelles. A partir de la fin des années 1970, les « minima sociaux » vont ainsi se développer pour les personnes en situation d'exclusion (l'allocation parent isolé en 1976), de handicap (l'allocation adulte handicapé en 1975) et ayant de faibles ressources (le revenu minimum d'insertion en 1988). En soumettant ces prestations à des conditions, le gouvernement crée une possibilité de fraude : on ne peut pas frauder pour obtenir une prestation universelle puisque tout le monde y a droit. Les réformes de santé sont alors prises dans un double mouvement : d'un côté l'Assurance maladie s'universalise couvrant de plus en plus de personnes, la création de la CMU-C permet notamment aux plus pauvres d'accéder aux soins ; de l'autre, de nombreuses mesures de déremboursement sont votées rendant l'accès aux soins de plus en plus coûteux pour les autres. Des discours opposant les bénéficiaires des prestations sociales à la classe moyenne se font alors entendre. D'autant plus que pour financer le système de protection sociale, les cotisations salariales n'étant plus suffisantes et les cotisations patronales étant allégées, on fait dorénavant appel à l'impôt qui ne cesse d'augmenter. Les gouvernements, critiqués, prennent alors des mesures permettant de mieux faire accepter les hausses d'impôts. La lutte contre la fraude en est une : les augmentations passeront mieux si les personnes estiment que l'argent des impôts n'est pas gaspillé et que seules les personnes réellement dans le besoin en bénéficient (Dubois, 2012). Ainsi, dès les années 1980, le Ministère des Finances et la Cour des Comptes mettent en avant la nécessité de vérifier le bien fondé des dépenses et notamment la vérification des situations et des besoins réels des bénéficiaires d'aides sociales. Le rapport annuel de la Cour des Comptes de 1985 estime nécessaire de « contrôler davantage pour aider mieux ceux qui en ont « vraiment besoin » » (Dubois, 2012 : 29). Cet argument permet alors de justifier le bien fondé de la lutte contre la fraude.

La manière d'appréhender le problème de la fraude sociale évolue au milieu des années 1990. Auparavant, les cas de fraude étaient traités comme des cas particuliers et non comme les différents éléments d'un ensemble qui font système. A partir du milieu des années 1990, on ne parle plus de cas de fraude ponctuels mais de « fraude sociale ». La fraude, en tant que phénomène social, fait désormais l'objet d'une dénonciation politique et d'un

traitement institutionnel. Des rapports sont commandés et des instances de contrôle créées<sup>3</sup>. Les discours sur la fraude font alors l'objet de dénonciations politiques, notamment à l'égard du RMI. De plus, les critiques de l'Etat social sont alors associées aux thématiques de l'immigration et de l'insécurité, ce qui « [a] pu redonner aux débats sur la fraude aux prestations sociales une nouvelle vigueur, et leur [a] conféré un sens politique ». De nombreux élus de la droite de gouvernement vont alors « [associer] le « problème » de l'immigration à la « crise » des finances sociales » (Dubois, 2012 : 31). C'est ainsi que les fantasmes d'« immigration d'allocataires » et de « tourisme médical » vont se développer au milieu des années 1990 et devenir des arguments politiques justifiant la réforme des systèmes de protection sociale.

### **2.3. Le soupçon de tourisme médical entraîne le durcissement de l'AME**

L'AME est un bon exemple de l'association des critiques de l'Etat social et des thématiques de l'immigration et de l'insécurité, ainsi que du rôle politique de la lutte contre la fraude sociale. L'AME, bien que concernant un nombre restreint de bénéficiaires<sup>4</sup> et un coût minime par rapport à l'ensemble des dépenses de santé, fait l'objet de nombreux rapports et d'une dénonciation politique forte dès sa création. Dès le départ, sa gestion est décrite comme « incontrôlable » du fait d'un budget exponentiel. La prise en charge gratuite à 100% est jugée « fraudogène ». Les conditions d'admission et son utilisation seraient mal contrôlées ce qui expliquerait l'augmentation des dépenses d'AME. De nombreuses études sont commandées dans le but de mieux « gérer » cette prestation. En dix ans, elle fait l'objet de trois rapports conjoints de l'Inspection générale des Finances (IGF) et de l'Inspection générale des Affaires Sociales (IGAS) : 2003, 2007, 2010. Elle est également l'objet de débats politiques relayés dans les médias.

La principale critique qui est faite à l'AME est de constituer un appel d'air. Proposer une couverture maladie aux étrangers résidant en France, même en situation irrégulière, dès leur arrivée sur le territoire, les inciterait à migrer. L'AME entraînerait ainsi un « tourisme médical » : les personnes viendraient en France uniquement pour se faire soigner, pour consommer gratuitement des soins. L'exemple des soins de confort, tels que les cures thermales et les soins esthétiques, est régulièrement repris dans les débats. Celui du trafic de médicaments engendré par leur gratuité en France également. Les différentes réformes vont alors chercher à limiter ces « risques » en durcissant les conditions d'accès à l'AME et en « responsabilisant » les demandeurs. Dès décembre 2002, le paiement d'un ticket modérateur pour chaque dépense de soins et d'un forfait journalier en cas d'hospitalisation est instauré.

---

<sup>3</sup> Rapport de l'IGAS et l'IGF : « Rapport d'enquête sur les causes de la croissance du nombre d'allocataires du revenu minimum d'insertion », février 1995

<sup>4</sup> 215 764 bénéficiaires de l'AME en 2009 contre 4 203 711 bénéficiaires de la CMU-C.



L'AME ne prend plus en charge à 100%<sup>5</sup>. En décembre 2003, une condition de stabilité de résidence est instaurée : la personne doit désormais justifier d'une présence en France supérieure à trois mois pour bénéficier de l'AME. La loi de finances rectificative pour 2003 supprime également la procédure d'admission immédiate et la possibilité de pallier l'absence de justificatifs d'identité, de stabilité et de ressources par une déclaration sur l'honneur<sup>6</sup>. Ces procédures de simplification administrative mises en place dans le cadre de la lutte contre l'exclusion sont annulées au nom de la lutte contre la fraude. A partir de décembre 2010, enfin, chaque bénéficiaire majeur doit acquitter un droit d'entrée de 30 euros annuels. L'AME, prestation pourtant soumise à un plafond de ressources (tout comme la CMU-C), n'est plus gratuite. Ce droit d'entrée sera retiré en juillet 2011 suite à l'élection à la présidence de François Hollande.

### **III. Des procédures réglementaires et managériales qui orientent le regard et encouragent le soupçon**

Pour obtenir l'AME, le demandeur doit remplir trois conditions : justifier d'une identité, d'une résidence stable et avoir des ressources inférieures à un certain plafond. Le regard de l'agent s'oriente donc sur ces trois points. Les agents ne doivent toutefois pas seulement s'assurer que les conditions sont remplies, c'est-à-dire qu'un justificatif est fourni. Ils sont également incités à vérifier l'« authenticité » du justificatif : que les informations fournies ne sont pas fausses et mensongères. Le soupçon de fraude à l'égard des usagers est d'autant plus présent dans les caisses d'assurance maladie qu'il est sans cesse rappelé et évoqué à travers les procédures, au sein des notes d'instruction, et lors de formations.

La Caisse nationale d'Assurance maladie est chargée de faire appliquer les lois. Pour cela elle met en place des mesures et outils supplémentaires qui, dans le cas de l'AME, renforcent particulièrement les dispositifs de lutte contre la fraude et par là-même, les soupçons à l'égard des usagers. Ainsi, depuis 2007, les attestations d'AME sont imprimées sur du papier « sécurisé » : un papier spécial sur lequel est inscrit en filigrane le mot « photocopie » qui apparaît lorsque l'attestation est copiée. Les bénéficiaires de l'AME ne peuvent plus demander plus de deux duplicatas par an (alors qu'il n'y a aucune limitation pour les assurés sociaux et bénéficiaires de la CMU-C). Dès la deuxième demande, les agents doivent vérifier s'il n'y a pas une consommation excessive de soins, soit plus de 3000 euros. Dans ce cas le dossier est transmis au service de lutte contre la fraude. En 2011, un titre d'AME sécurisé avec photographie est mis en place. L'objectif est d'éviter les trafics d'attestations et de titres d'admission dont sont soupçonnés les sans-papiers. De nombreuses procédures ont également été mises en place par la Caisse nationale pour mieux encadrer le contrôle des ressources. Les étrangers en situation irrégulière n'étant pas autorisés à vivre en France et à y travailler, les caisses ne peuvent exiger d'eux qu'ils fournissent des fiches de paie pour justifier leurs revenus. La plupart ne vivent d'ailleurs pas forcément d'un revenu

---

<sup>5</sup> Cette réforme reste à ce jour inappliquée, les décrets d'application n'ayant encore jamais été publiés du fait d'une importante mobilisation associative.

<sup>6</sup> Les décrets d'application ne sont parus qu'au 28 juillet 2005.

mais plutôt d'aides de leurs proches. Jusqu'en 2007, les caisses se contentaient de « déclarations sur l'honneur ». Le demandeur déclarait simplement une somme et elle était prise en compte. Depuis 2007, la Caisse nationale a mis en place certains outils pour mieux « surveiller » ces déclarations. Désormais, les agents d'accueil sont incités à refuser les « déclarations de ressources à zéro ». Lorsqu'une personne déclare n'avoir aucune ressource, elle se voit répondre que cela n'est pas possible, qu'elle a bien de l'argent pour vivre, ne serait-ce que des aides de la famille ou d'amis. Les agents lui demandent alors comment elle fait pour vivre, manger, s'habiller et se loger. Lorsque le demandeur répond qu'il est pris en charge à 100% par sa famille ou des amis, les agents lui demande d'évaluer cette aide et c'est le montant de cette aide qui est alors déclaré comme ressources. Lorsqu'un dossier est envoyé directement au service AME et qu'il ne comprend aucune ressource, les agents ont pour ordre de faire un « refus pour ressources à zéro » dans un premier temps, puis d'accepter le dossier s'il leur est renvoyé à nouveau sans ressources. La Caisse nationale a également conçu une fiche « entretien AME ». Désormais, lorsqu'ils se rendent dans les accueils, les demandeurs sont fortement encouragés à prendre un rendez-vous pour déposer leur dossier. Lors de cet entretien, les dépenses du demandeur sont évaluées : l'agent lui demande combien il dépense en électricité, eau, impôts, loyer, nourriture, habits, transport ou toute autre dépense courante. Le montant total des dépenses est ensuite comparé à celui des ressources. S'il lui est supérieur, l'agent qui instruit le dossier doit faire un refus pour « incohérences ressources ». Lorsque le dossier est envoyé directement par la poste, les agents instructeurs, ne pouvant vérifier eux-mêmes la cohérence des dépenses et des ressources, utilisent d'autres outils à leur disposition. Ainsi, lorsqu'une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou une quittance de loyer est supérieure aux ressources déclarées, l'agent effectue un refus pour « incohérences ressources ». Il en va de même s'il trouve un élément non concordant dans le dossier tel qu'un justificatif de versement à l'étranger d'une somme supérieure aux ressources déclarées.

Au-delà des procédures réglementaires, les agents du service AME sont également incités au soupçon par leurs responsables de service pour qui la suspicion est un levier de management. Les caisses étant désormais mises en concurrence, chacun des services est évalué selon des objectifs de qualité et de productivité. En matière d'AME, les dossiers doivent être traités dans un délai d'un mois (au moment de notre enquête, le service était à 90 jours de délai de traitement). Les responsables cherchent alors par tous les moyens à diminuer le « solde » de dossiers et augmenter la cadence. Pour cela, elles mettent en place, entre autres<sup>7</sup>, des instructions plus strictes et plus suspicieuses. Alors qu'auparavant, lorsqu'un dossier ne contenait pas de justificatifs de stabilité, il était retourné au demandeur pour qu'il le complète, il fait l'objet d'un refus immédiat à partir de septembre 2009. Il en va de même pour les dossiers où les déclarations de ressources et de dépenses sont incohérentes. En faisant l'objet d'un refus immédiat plutôt que d'un retour, ces dossiers ne seront désormais traités qu'une seule fois par les agents, ce qui fait baisser le stock de dossiers à court terme comme à

---

<sup>7</sup> Des mesures favorables aux demandeurs sont également prises, comme le fait de rechercher au sein de leurs logiciels des traces de remboursement qui servent ensuite de justificatifs de présence pour les demandeurs, permettant de limiter les retours et ainsi de diminuer le nombre de dossier à retraiter ensuite.

long terme. Le soupçon de fraude permet alors d'améliorer la productivité du service et de faire baisser ses stocks de manière drastique.

Les agents sont également encouragés à renvoyer les demandeurs vers les accueils pour que leurs ressources et dépenses soient comparées. Leur travail est alors de plus en plus comparé à une enquête qu'ils sont incités à mener à bien et de manière pointilleuse : « Si vous avez un doute, il ne faut pas hésiter à poursuivre l'investigation », « Là c'est détective privée ! ». Leur travail est de plus présenté comme une mission sociale à l'égard des demandeurs mais aussi de l'ensemble de la communauté - « Faut qu'on essaie d'avoir des dossiers bétons. Il ne faut pas léser la personne ni donner des droits à tout va. Ce sont nos impôts qui paient ! » - dont le but est de préserver le système social en luttant contre les abus : « Il ne faut pas leur donner de deuxième chance, on ne va pas leur retourner le dossier en disant : vous déclarez 200 euros de ressources mais avez une facture de 500 euros de loyer, attention, ce n'est pas possible... ».

#### **IV. Entre incompréhension, mission sociale, pragmatisme et défense du système : des réappropriations diverses des mesures de lutte contre la fraude**

En matière d'AME, du fait des nombreuses réformes, les règles ne cessent de changer. Elles ne sont pas toujours retranscrites immédiatement et sont seulement énoncées oralement aux agents. De plus, comme toute instruction, elles sont interprétables. Les agents sont ainsi très souvent perdus face à des règles dont ils ne savent laquelle appliquer et comment. Incités par leurs responsables à s'en remettre à leur logique en cas d'interprétation, les agents se retrouvent d'autant plus en difficulté qu'ils sont évalués sur leur rapidité à traiter les dossiers et la qualité de leur instruction. Ils n'ont donc pas le droit à l'erreur. Cette situation crée une tension dans leur travail, tension renforcée par le fait qu'ils jugent ces règles illogiques.

##### **4.1. Entre souplesse et restrictions : des règles illogiques et « fraudogènes »**

Incités à être suspicieux et à ne rien laisser passer, les agents interprètent les règles de simplification administrative comme de la souplesse voire de l'incitation à la fraude. L'exemple des retours puis accords pour les dossiers « ressources à zéro » est souvent repris : « Il y a plein de choses bizarres en AME. Par exemple, quand on reçoit un dossier avec des ressources à zéro, la première fois on le retourne et s'il revient et que les ressources sont toujours à zéro, on l'accepte. Alors que par contre, quand on fait un retour pour stabilité et que le dossier revient à nouveau sans preuve, là on le refuse. Va comprendre ! » explique Camille, récemment embauchée. Thomas, dans le service depuis 4 ans, juge cette procédure « fraudogène » et souhaite qu'elle soit arrêtée. Il estime qu'elle donne des « billes » aux demandeurs, leur expliquant les « failles » du système et leur donnant les « clés » pour obtenir l'AME. Ces règles issues de la simplification administrative paraissent d'autant plus paradoxales aux agents qu'elles se heurtent à des règles managériales extrêmement strictes qui peuvent être jugées ridicules par les agents. Ainsi, pour diminuer le solde de dossiers, les responsables leur ont demandé de retourner dès l'ouverture du courrier tous les dossiers dont

l'ensemble des rubriques n'était pas complété. Y compris ceux dont certaines cases sont restées blanches : elles doivent être barrées pour que le dossier soit recevable. A cela, Carlos s'exclame : « Bientôt il faudra retourner un dossier parce qu'il est écrit en bleu alors qu'il fallait écrire en noir ! ». Perdus face au sens de leur mission, les agents du service AME tentent alors de se créer leur propre logique, faite de leur expérience personnelle, de leur compréhension des règles et surtout du sens qu'ils leur donnent. Se dessinent ainsi trois profils d'agents : ceux qui donnent un sens social à leur travail, ceux pour qui la défense du système social français est la priorité, et enfin ceux qui interprètent les règles selon une lecture managériale.

Les agents qui estiment exercer une mission sociale jugent les mesures managériales excessives et « bidouillent » pour les éviter. Laure m'explique ainsi barrer elles-mêmes les cases blanches sinon elle passerait sa journée à faire des retours. Elle est choquée par les propos de certains agents estimant qu'ils exercent avant tout une « mission sociale ». Nora, quant à elle, s'insurge contre le fait de renvoyer les dossiers dont la fiche entretien (réalisée par les agents d'accueil) est mal remplie car elle estime que ce n'est pas la faute des demandeurs. Certains agents sont également mal à l'aise lorsqu'ils font un refus. A plusieurs reprises, Cathy ou Sandra disent ne pas aimer faire des refus : « La journée commence bien, j'arrive et je fais un refus ! », « Aujourd'hui, c'est une mauvaise journée, j'ai fait trois refus ». Elles ont le moral d'autant plus en berne lorsque ce sont des refus pour des familles avec enfants ou des refus ressources pour quelques euros. Nora dit ne pas aimer « travailler comme cela, à tout scruter », ce à quoi Viviane répond : « Je suis pour l'AME mais pas pour que ce soit donné n'importe comment. Par exemple lorsqu'une personne déclare 800 euros par mois et a une maison ça passe, mais on fait des retours pour obligés alimentaires ». Cathy précise d'ailleurs qu'elle n'aime pas faire des refus, que cela lui fait de la peine sauf quand ce sont des fausses déclarations. Se dessinent ici en filigrane les limites de la compassion, à travers l'opposition entre bons et mauvais demandeurs. Les bons demandeurs sont ceux qui ne mentent pas sur leurs ressources ou leur résidence et n'obtiennent donc pas l'AME. Les mauvais sont ceux qui font des déclarations mensongères ou cherchent à abuser du système et obtiennent bien souvent la prestation comme l'illustre l'intervention de Camille : « Pour moi, 50% des dossiers qu'on traite ne devraient pas être acceptés car les demandeurs bidouillent et mentent sur leurs ressources (...) ce qui me dérange c'est qu'il y en a qui sont honnêtes et qui ont des refus pour deux euros ». Cette opposition structure la manière de penser et d'appréhender les dossiers de la plupart des agents. La gêne provoquée par les refus s'arrêtant au soupçon de fraude.

#### **4.2. Les garants du système social**

Parmi les agents, certains se posent en défenseurs du système social, appliquant à la lettre, voire au-delà, l'esprit des mesures de lutte contre la fraude et s'insurgeant lorsque les règles ne vont pas au bout de cette logique. Ils veillent à ce qu'aucun abus ou détournement de la loi ne soit fait pour éviter des coûts trop onéreux et sauvegarder ainsi le système social français. Patricia, par exemple, se renseigne à plusieurs reprises auprès de ses chefs à propos du dossier d'un Espagnol qui possède une carte européenne d'Assurance maladie. Alors qu'on

lui dit de l'accepter, Patricia « tique » : elle ne trouve pas normal de prendre en charge la personne alors qu'elle a déjà une couverture maladie dans son pays et peut à tout moment y retourner pour se faire soigner. Elle y voit une possibilité d'abus et ne comprend pas pourquoi la France devrait prendre en charge des personnes qui n'y résident pas habituellement. Elle n'accepte de donner l'accord qu'une fois qu'on lui a expliqué que la carte européenne est périmée et que le demandeur n'a plus de droits en Espagne, contente de « comprendre sinon je ne peux pas avancer ». Patricia dénonce à travers cet exemple le fait de prendre en charge des personnes qui viendraient sur le territoire français « de temps à autre », « uniquement pour se faire soigner ». Les documents administratifs des pays d'origine en sont la preuve comme dans un autre cas le versement d'une retraite à l'étranger sur un compte français fourni comme preuve de stabilité. Comme d'autres agents, elle applique la condition de « résidence stable et ininterrompue » plus à la lettre que sa hiérarchie, réclamant des justificatifs de stabilité qui prouvent que la personne est en France depuis plus de trois mois et sans avoir quitter le territoire depuis. Ainsi certains agents estiment qu'un visa d'entrée en France ne prouve pas que la personne soit restée sur le territoire, tout comme un passage à l'accueil d'une CPAM. Ils retournent alors les dossiers appliquant « jusqu'au bout » la logique de lutte contre la fraude, ce que la loi ne fait pas, acceptant comme justificatifs de stabilité la quittance de loyer au nom de l'hébergeant, comble de l'illogisme pour les agents. Certains tentent alors de modifier les règles, réclamant plus de logique et de justice lors des réunions de service. Patricia soulève ainsi la question des retours pour « ressources à zéro », estimant qu'il faudrait à nouveau insister lorsque le dossier revient tel quel plutôt que de l'accepter. De même, Thomas propose qu'en cas de déclarations de ressources incohérentes, on puisse réclamer au demandeur de transmettre sa quittance de loyer « parce que parfois, ils paient des factures EDF ou de téléphone, en ont pour plus de 100 euros et déclarent 400 euros de ressources alors qu'ils ne sont pas hébergés. Si ça se trouve, ils en ont pour plus de 300 euros de loyer et on ne le sait pas et donc ils obtiennent l'AME alors que si on avait la preuve on leur ferait un refus direct. Ce n'est pas normal de ne pas demander ces documents et de les laisser aussi facilement mentir ».

Les garants du système interprètent ainsi les règles de simplification administrative dues au statut particulier des sans-papiers comme des « failles » qui rendent le système « fraudogène » et entraînent un appel d'air. Ils voient dans chaque règle plus souple une manière d'en abuser. Ainsi Thomas s'exclame : « C'est un petit malin celui-là ! Je lui ai fait un retour pour ressources à zéro et là il me renvoie son dossier avec toujours les ressources à zéro et je suis obligé de le prendre. Il a compris le truc ! ». Cela donne un sens paradoxal à leur travail et les énerve d'autant plus que la législation les « oblige » à accepter ces dossiers alors même qu'ils estiment cela injuste, ce qui les incite finalement à redoubler les contrôles et faire une application très stricte des règles dès qu'ils le peuvent.

#### **4.3. La productivité et le soupçon au service de la déculpabilisation**

Les agents sont conscients des conséquences d'un refus : la personne ne peut accéder aux soins alors qu'elle est parfois très malade. Certains demandeurs accompagnent leurs dossiers ou recours de lettres avec photographies à l'appui. Des photos qui font parfois suite à

des accidents ou des maladies avancées et qui peuvent être insoutenables pour certains agents. Opposer bons et mauvais demandeurs peut alors permettre à l'agent de déculpabiliser, de se déresponsabiliser lorsqu'il effectue un refus. Ce n'est ainsi pas la loi ou sa position qui est injuste mais la personne qui est en tort car elle essaie de frauder, volant alors potentiellement quelqu'un d'autre. Ainsi pour Monique, en charge de la rédaction des instructions : « Les contrôles contre les fraudes sont légitimes. C'est normal. Il existe des droits et tu dois être honnête sur tes déclarations, si tu n'y as pas droit tant pis, même si c'est injuste. L'important c'est d'être honnête car c'est quand même « nous », la communauté, qui payons ça, et si ça se trouve si tu le prends toi, après il y aura peut-être quelqu'un qui y aurait eu plus droit que toi et à qui tu auras volé son droit ».

Le recours à l'argument managérial, plus pragmatique, permet également de légitimer les refus et de passer outre leurs conséquences. La procédure des refus pour incohérences ressources est ainsi appréciée par certains agents car elle permet de traiter très rapidement un dossier. A peine l'incohérence détectée, l'agent n'a pas besoin de pousser plus loin son investigation. Il n'a pas à enregistrer le dossier informatiquement (procédure un peu longue) et remplit simplement une lettre de refus. Le dossier est ainsi traité en quelques minutes contre une vingtaine pour un accord, ce qui permet à l'agent d'augmenter nettement sa productivité. Cette procédure est d'autant plus rapide que les agents ne s'interrogent pas sur la valeur du document fourni. En plus de gagner du temps, ils n'ont pas à aller se renseigner auprès de leurs responsables, ce qui peut parfois les faire passer pour des idiots ou des personnes qui ne savent pas prendre de décision. L'opposition entre bons et mauvais demandeurs permet alors aux agents de légitimer leur refus : « de toute façon, la personne a menti sur ces ressources, c'est normal qu'elle ne l'obtienne pas ». L'argument du manque de responsabilisation des demandeurs peut également être invoqué. Ainsi, Martine, dans un premier temps gênée de faire un refus implicite parce que la personne n'a pas renvoyé son dossier dans les temps, finit par justifier son geste en trouvant de nombreux défauts au dossier : « De toute façon il n'a pas rempli là, ni là, c'est bon hein ! C'est un refus justifié ! ». Elle ajoute même bien aimer les refus implicites quand elle comprend qu'il n'y a aucun courrier à adresser à la personne ni même à entrer le dossier informatiquement, ce qui représente un gain de temps considérable.

## **Conclusion**

A partir du milieu des années 1990, la critique de l'Etat social passe de plus en plus par la critique de l'immigration : les étrangers viendraient en France pour profiter de l'Etat social et se faire soigner. Le système doit être réformé pour pouvoir perdurer. Ce discours justifie alors le durcissement des conditions d'obtention de l'aide médicale d'Etat. La mise en place d'outils de vérifications des ressources, les renvois de dossiers estimés litigieux (comme les cas de « ressources à zéro ») et les enquêtes menées pour vérifier que la demande d'un duplicata ne fait pas suite à un trafic érigent le soupçon de tourisme médical en pratique. Ces pratiques de lutte contre la fraude renforcent le rôle de « contrôleur » et le « pouvoir d'attribution » des agents chargés d'accorder une prestation conditionnée. C'est ainsi par le travail que les agents apprennent à être suspicieux, d'autant plus que le soupçon de fraude est

également érigé au rang de pratique managériale permettant de réduire les stocks et d'augmenter la productivité. Bien que certains agents estiment exercer une mission avant tout sociale, il est difficile de passer à côté de cette pratique du soupçon et de l'opposition entre « bons » et « mauvais » demandeurs, méritants et non méritants. Cette opposition irrigue l'ensemble des discours politiques et médiatiques – à travers les thématiques de la « responsabilisation » et du déremboursement –, transparaît dans les réglementations internes et les interprétations qu'en font les agents, et structure leurs discours quotidiens. Cette opposition et ce soupçon sont d'autant plus utilisés par les agents qu'elle peut leur permettre de donner un sens social à leur travail, au sens où, en séparant le bon grain de l'ivraie, ils évitent des dépenses abusives au système social et permettent ainsi de le préserver. Ils se positionnent ainsi en garants du système. Cette opposition permet également de légitimer une application des lois qui peut être parfois perçue à première vue par les agents comme radicale et excessive. Elle leur permet alors de prendre plus facilement une posture pragmatique par laquelle ils appliquent des règles sans trop se poser de questions et avec moins d'états d'âme, notamment lorsqu'ils font des refus, action la plus rapide à effectuer et donc la plus productive. Le soupçon de fraude recouvre ainsi plusieurs usages qui expliquent sans doute sa présence si importante dans les discours et pratiques d'agents qui, au départ, ne sont pas forcément particulièrement enclins à y adhérer.

## **Bibliographie :**

BELORGEY N., *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010.

BORGETTO M., CHAUVIERE M., FROTIEE B. ET RENARD D., *Les débats sur l'accès aux droits sociaux entre lutte contre les exclusions et modernisation administrative*. CNAF, Dossier d'études n°60, 2004.

DUBOIS V., La fraude sociale : la construction politique d'un problème public, in BODIN R., *Les métamorphoses du contrôle social*, Paris, La Dispute, 2012, p.

DUVAL J., *Le mythe du « trou de la Sécu »*, Paris, Raisons d'Agir, 2007.

FROTIEE B., La réforme française de la Couverture maladie universelle, entre risques sociaux et assurance maladie, *Lien social et politique-RIAC*, 2006, p.33-44.

FROTIEE B., La fabrique du droit social : l'exemple de la CMU. Rapport au Fonds CMU sous la direction de J. COMMAILLE, novembre 2004.

GABARRO C., Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique, *Revue européenne des migrations internationales*, Vol. 2, n°28, 2012, p.35-56.

HASSENTEUFEL P. et al., *L'émergence d'une « élite du welfare » ? Sociologie des sommets de l'Etat en interaction. Le cas des politiques de protection maladie et matière de prestations familiales (1981-1997)*, Rennes, CRAPS, rapport pour la MIRE, 1999.

JOBERT B., *Le tournant néolibéral en Europe. Idées et recettes dans les pratiques gouvernementale*, Paris : L'Harmattan, 1994.

LENOIR R., « L'Etat et la construction de la famille », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 91-92, 1992, p. 20-37.

MARTIN P., « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires. Mensonge institutionnalisé dans une caisse d'assurance maladie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol.4, n° 189, 2011, p. 34-41.

PALIER B., *Gouverner la Sécurité sociale. Les réformes du système santé de protection sociale depuis 1945*, Paris, PUF, 2002.

PIERRU F., *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, Editions du Croquant, 2007.

ROSANVALLON P., *La crise de l'État-providence*, Paris, Seuil, 1981, 183 p.

WARIN P., *L'accès aux droits sociaux*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2006.