

La Presse Médicale

Fondée en 1893

LETTRES**Syndrome sudorien
ou muscarinien**Expérience du Centre Antipoison
de Marseille*L. De Haro, N. Prost, J.M. David,
J. Arditti, M. Valli* 1069**Une cause rare de mydriase
unilatérale***C. Bein, C. Granier, T. Elcadi,
J.L. Delacour, G. Wagschal* 1070**Hypocalcémie chez un patient
traité par estramustine***R. Vatan, P. Le Bougeant,
J. Constans, C. Conri* 1070**LU POUR VOUS** 1095**ANNONCES** 1096**TRAVAUX ORIGINAUX****ARTICLES ORIGINAUX**1053 **Intérêt de l'oxygénothérapie hyperbare dans la pathologie
digestive post-radique**

36 observations

*J.P. Gouëlle, G. Bouachour, B. Person, J. Ronceray, P. Cellier, Ph. Alquier*1059 **Sous-estimation de l'activité de soins mesurée par les scores
d'activité en pratique quotidienne***E. Pautas, B. Herman, M. Wolff, M. Wysocki***FAIT CLINIQUE**1066 **Métastase mandibulaire hémorragique d'origine rénale :
intérêt de l'embolisation thérapeutique***L. Guyot, J. Sauvart, F. Menasse, S. Garcia, F. Portier, R. Gola***ÉCHANGES****ÉTUDE COMMENTÉE**1072 **Insuffisance cardiaque : une place pour les bêta-bloquants***I. Mahé***EDITORIAL**1073 **Robots et infos**

Les grandes peurs de l'an 2000

*G. Vallancien***REFLEXION**1075 **Accès au système de santé : difficultés rencontrées
par les exilés en Ile-de-France**

Charité et continuité des soins : des logiques divergentes ?

*G. Delbecchi, C. Jollet, F. Fleury, A. Fontaine, A. Veisse***SYNTHÈSES****MISES AU POINT**1080 **La maladie de Behçet**Facteurs génétiques, aspects immunologiques
et nouveautés thérapeutiques*A. Tohme, I. El-Khoury, E. Ghayad*1085 **Relations entre l'axe corticotrope et l'arginine vasopressine
en pathologie endocrinienne***M.C. Vantighem, C. Douillard, A. Evrard, J. Lefebvre*1091 **Risque de transmission du virus de l'hépatite C
lors d'une endoscopie digestive***D. Ouzan*

Accès au système de santé : difficultés rencontrées par les exilés en Ile-de-France

Charité et continuité des soins : des logiques divergentes ?

G. Delbecchi, C. Jollet, F. Fleury, A. Fontaine, A. Veisse

SUMMARY

Access to health care: difficulties encountered by refugees residing in the Paris region
Charity and full-coverage health care, two diverging concepts?

Theoretically, since 1992, 100% of socially underprivileged persons residing in France have unlimited access to health care. However, before they become fully integrated into the society, many refugees in various legal situations do not have access to health care. The mechanisms behind this exclusion unmask the difficulties the health care system has in managing the underprivileged population. This work was conducted at the Comede health care facility specially designed to care for refugees.

According to the current French legislation, health care protection and medical insurance coverage is a right of all persons living in France. Although the establishment of a large number of centers specifically designated for the underprivileged population has improved access to health care, repeat visits and uninterrupted care cannot be assured unless the patient has been awarded 100% free health care status. There are several obstacles to acquiring this status: complexity of the legal procedures, recipients unaware of their rights and the procedures of the health care system, information limited to specialized journals, restrictive or illegal action by the health protection services. All of these obstacles can be overcome if the patients are given precise information, notably by their physician.

Instead of effectively applying the procedures concerning patients rights to health care, the system has developed free health care facilities which do not necessarily provide uninterrupted care. To provide the universal health care coverage promised by the legislators, the only criteria for access to care must be residence in France. Acquiring this status should be considerably simplified and requires the active participation of the entire health care community.

Presse Med 1999 ; 28:1075-9
© 1999, Masson, Paris

« La nation garantit à tous la protection de la santé », proclame la constitution de notre République. Chaque année, pourtant, une population de plus en plus nombreuse se trouve exclue du système de santé de droit commun. Qu'il s'agisse de la délivrance des premiers soins, de leur continuité ou encore de la prévention, l'exclusion des soins est l'une des manifestations les plus visibles de la précarité en France [1]. Les exilés - étrangers demandeurs d'asile et réfugiés - représentent une partie de ces exclus. Dans un contexte législatif et réglementaire de plus en plus restrictif sur le droit d'asile [2], ils vivent dans une très grande précarité psychologique, sociale et administrative. Ces patients s'inscrivent pourtant dans une démarche d'insertion, comme en témoigne notamment l'énergie avec laquelle ils tentent d'être reconnus dans leurs droits (droit d'asile, au séjour, à la santé) [3]. Depuis 1992, la réforme de l'aide médicale a théoriquement permis à toute personne démunie et résidant en France d'accéder à l'ensemble du système de santé. Les problèmes d'accès aux soins encore rencontrés par les exilés sont ainsi révélatrices des difficultés du système de santé à prendre en charge les exclus.

Cet article présente tout d'abord un état du droit de la protection maladie et de l'accès aux soins tel qu'il ressort des textes réglementaires (lois, décrets et circulaires ministérielles). Nous décrivons ensuite les difficultés d'accès aux soins observées au cours des 3 dernières années pour des patients exilés consultants au Comité Médical pour les Exilés (Comede).

Sources d'information

Le centre de santé du Comede assure depuis 20 ans une prise en charge médicale, psychologique et sociale pour plus de 5.000 patients de près de 100 nationalités par an. Comme lieu de passage dans le parcours d'insertion des demandeurs d'asile, le Comede s'efforce de favoriser l'accès aux dispositifs de santé de proximité. Structure associative financée par les pouvoirs publics, la vocation régionale du Comede et sa localisation au sein d'un hôpital de l'Assistance Publique en font un observatoire privilégié de la santé et de l'accès aux soins des patients exilés.

La synthèse des textes réglementaires régissant la protection maladie a été réalisée à partir des informations suivies de façon régulière par le Comede et ses partenaires institutionnels et associatifs. Pour décrire les difficultés d'accès aux soins, nous avons choisi une série d'études de cas parmi les situations les plus fréquentes et/ou les plus diverses observées au cours des 3 dernières années. Ces études de cas ont été documentées à partir des sources suivantes : ●●●

Le Comede, Comité Médical pour les Exilés (GD, CI, FF, AV), Hôpital de Bicêtre, le Kremlin-Bicêtre, Unité d'Évaluation, Hôpital Louis Mourier, Département de Santé Publique, Faculté Bichat (AF), 178, rue des Renouillers, F 92700 Colombes.

Correspondance : A. Veisse, le Comede, Hôpital de Bicêtre, 78, rue du Général Leclerc, F 94270 Le Kremlin-Bicêtre.
Tél. : 01 45 21 38 40 - Fax : 01 45 21 38 41.

E-mail : amoveisse@post.club-internet.fr

Ce travail a été présenté au Congrès de la Société Française de Santé Publique (29 juin - 3 juillet 1998, Grenoble).

– itinéraires de patients reçus en consultation, ou par la permanence d'accès aux soins ;

- correspondance échangée avec les partenaires professionnels ou avec l'administration des services de protection maladie ;
- presse professionnelle et associative ;
- rapports d'activité du Comede.

Nous avons choisi de présenter ces difficultés dans l'ordre des contacts des patients avec le système de santé : accès aux premiers soins ; continuité des soins ; acquisition d'une protection maladie.

Etat du droit

Toute personne démunie et résidant en France a droit à une protection maladie permettant l'accès intégral aux dispositifs de santé de droit commun [4].

L'aide médicale intervient en complément de la sécurité sociale, ou à la place de celle-ci pour les patients « non-assurables ». Sans condition d'ancienneté de résidence [5, 6], toute personne résidant en France a droit au minimum à l'aide médicale en établissement de santé (AMH). L'AMH permet la prise en charge de tous les soins nécessaires puisqu'elle couvre également les frais et prescriptions des consultations externes de l'hôpital. L'aide médicale peut être obtenue de manière préventive et pour une durée d'1 an [7]. Il existe une procédure d'urgence : c'est « l'admission immédiate ». Dans tous

les cas, l'admission est prononcée de plein droit en application d'un barème de ressources, et étendue aux personnes à la charge du demandeur. Le régime de l'aide médicale est déclaratif : le demandeur peut fournir le cas échéant une déclaration sur l'honneur de son identité ou de l'insuffisance de ses ressources.

Les droits des exilés en matière de protection maladie dépendent de leur situation vis-à-vis de leurs démarches de demande d'asile (Tableau 1). Les demandeurs d'asile en début de procédure et les déboutés du droit d'asile résidant en France depuis moins de 3 ans ont droit à l'AMH. Les demandeurs d'asile en cours de procédure détenteurs du récépissé et les déboutés du droit d'asile résidant en France depuis plus de 3 ans ont droit à l'intégralité de l'aide médicale. L'accès à l'assurance maladie est actuellement ouvert aux demandeurs d'asile en cours de procédure, détenteurs du récépissé et allocataires de l'ASSEDIC, et aux détenteurs d'une carte de résident.

De nombreux patients en situation de précarité ont recours à l'hôpital public. Tout patient doit pouvoir y être soigné, quelle que soit sa situation financière ou administrative [8, 9]. Selon la charte du patient hospitalisé, « l'accès au service public hospitalier est garanti à tous, et, en particulier, aux personnes les plus démunies quand bien même elles ne pourraient justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale » [10]. Au-delà du soin, les hôpi-

taux doivent enfin « contribuer à aider les patients, quels qu'ils soient, à faire valoir leurs droits ».

Les étrangers démunis résidant en France peuvent ainsi être pris en charge par l'ensemble du système de santé... à condition que leurs droits y soient connus et reconnus.

Accès aux premiers soins

La multiplication des « dispositifs précarité » a permis d'améliorer l'accès aux premiers soins.

Récemment arrivés en France, les exilés sont persuadés que, sans argent, ils ne pourront être soignés en dehors des réseaux de solidarité. Le système de santé de droit commun les accueille le plus souvent, comme d'autres patients démunis, par la question rituelle « Avez-vous la sécurité sociale ? ». Dans la négative, ils sont encore souvent invités, au delà des soins d'urgence, à « régulariser leur situation » pour pouvoir bénéficier des « soins nécessaires ». Sans argent ni protection maladie, la délivrance des soins « non-urgents » reste inaccessible dans la plupart des services.

Certains patients sont toutefois orientés vers l'un des « dispositifs précarité » dont la multiplication récente a permis d'améliorer, dans certains secteurs géographiques, l'accès aux premiers soins. Ces patients peuvent bénéficier d'une consultation de médecine générale, assortie de la prescription de trai-

Tableau 1
Droit des exilés en matière de protection maladie.

Etat des démarches	Situation administrative	Droits
Demande en préfecture	– Convocation ou Notice délivrée par les préfectures pour la demande d'asile – APS 1 mois « en vue de démarches auprès de l'OFPPRA », Récépissé 1 mois	AMH
Demande à l'Ofpra/CRR	– Récépissé 3 mois « constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié » – Récépissé 3 mois + inscription ANPE + notification et versement ASSEDIC	AM Sécu + AM
Réfugié	– Récépissé 3/6 mois « reconnu réfugié » et/ou 3 mois « autorise à travailler » – Carte de résident 10 ans	Sécu + AM
« Débouté »	« Débouté du droit d'asile » résidant en France depuis moins de 3 ans « Débouté du droit d'asile » résidant en France depuis plus de 3 ans	AMH AM
Statut « pour soins »	– APS « pour soins » 3 mois ou Assignation à Résidence « pour soins » 1 an – Récépissé 3 mois de demande ou Carte de séjour temporaire 1 an	AM Sécu + AM

OFPPRA = Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides ; CRR = Commission des Recours des Réfugiés ; AM (Aide Médicale) = AMD (aide médicale à domicile) + AMH (aide médicale en établissement de soins) ± FJ (forfait journalier) ; APS = Autorisation Provisoire de Séjour ; Sécu = Assurance maladie.

tements ou d'explorations complémentaires, à la « consultation précarité » de certains hôpitaux publics ou de certains départements, au centre « humanitaire » de soins gratuits, ou encore auprès d'un médecin de ville connu pour pratiquer au besoin des actes gratuits. Certains « dispositifs précarité », notamment au sein de l'Assistance Publique, délivrent également les premiers traitements nécessaires ou permettent l'accès gratuit à une consultation spécialisée.

Continuité des soins

Seule la possession d'un titre de protection maladie à 100% garantit la continuité des soins et le libre choix du médecin.

Si les « dispositifs précarité » assurent la délivrance des premiers soins, la répétition ou la continuité des soins impose d'autres dépenses : hospitalisation non urgente, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les affections chroniques. La continuité des soins dépend alors du niveau de protection maladie. Les patients qui bénéficient d'une dispense intégrale d'avance des frais (100% sécurité sociale et/ou aide médicale) restent dans le circuit « normal » de prise en charge. Pour ceux qui en sont dépourvus, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés. Considérés comme « perdus de vue » par les dispositifs de droit commun, une partie de ces patients se rend (souvent à l'occasion d'une aggravation de leur état) vers les centres de soins gratuits. Mais, souvent, les « dispositifs précarité » eux-mêmes se renvoient les patients de l'un à l'autre (des urgences au centre de soins gratuits, de l'association caritative à la consultation précarité...). Au passage, chacun travaille au mieux, avec les médicaments disponibles et les correspondants compréhensifs, et les factures continuent de s'accumuler.

C'est ainsi qu'en l'absence d'une protection maladie, le système est utilisé « à l'envers ». Les dispositifs précarité, dont la mission consiste à favoriser l'accès intégral au système de santé, développent des « réseaux de soins gratuits » à sa périphérie.

Acquisition d'une protection maladie

1^{er} obstacle : la complexité du droit et des procédures

La complexité créée par la multiplicité des guichets et des procédures rend difficile aux patients isolés le succès des démarches nécessaires pour faire valoir leurs droits. La distinction entre l'aide médicale départementale et l'aide médicale Etat pour les personnes sans domicile fixe (SDF) a conduit à la rédaction de règlements et de barèmes de ressources propres à chaque administration. Localement, la liste des documents exigés des patients diffère selon le service de protection maladie de chaque commune et selon le statut administratif. Les patients SDF doivent disposer préalablement d'une adresse postale (domiciliation) délivrée par un organisme agréé par la préfecture et par la DASS Etat. Chaque changement d'adresse (fréquent chez ces patients dont l'hébergement repose sur la solidarité provisoire née de rencontres fortuites) impose de reprendre les démarches dans le nouveau département. Enfin, les supports de l'aide médicale (titre et/ou notification d'admission, étiquettes ou bulletins de soins) dépendent de chaque administration et certains de ces supports sont refusés par une partie des professionnels de santé (par méconnaissance ou délais de remboursement trop longs). Le succès de l'expérience de guichet unique menée à Paris depuis 1996 (demande simultanée de sécurité sociale et d'aide médicale pour les personnes SDF domiciliées dans le département) confirme l'intérêt d'une simplification des procédures.

2^e obstacle : l'ignorance du droit et des procédures par le système de santé

A l'exception du cas de quelques « dispositifs précarité » hospitaliers, les soins sont délivrés sans que la question de la protection maladie, notamment de l'aide médicale, soit abordée. Lorsque le sujet est évoqué, la méconnaissance des procédures par les soignants induit le syndrome « on m'a compliqué ». Le patient revient du service de pro-

tection maladie en évoquant un refus, ou l'exigence de documents impossibles à se procurer. Le soignant entérine en se désespérant de l'administration et le patient est définitivement convaincu qu'il n'y a rien à faire. Il arrive que les plus motivés des médecins se voient confirmer « que c'est l'administration qui bloque » ou « que le patient n'a pas de droit » par l'assistante sociale ou l'agent administratif de l'hôpital, eux-mêmes souvent insuffisamment informés des droits des exilés et des procédures appropriées : c'est le syndrome « ça ne marche pas » de l'hôpital et du système de santé, pendant du syndrome « on m'a compliqué ».

3^e obstacle : la qualité de l'information diffusée par la presse spécialisée

L'ignorance des soignants sur la protection maladie est largement entretenue par la presse professionnelle et associative. La confusion reste fréquente entre la résidence en France, qui détermine le droit à l'aide médicale en établissement de soins sans condition de durée de résidence [6], et la régularité du séjour, dont dépend l'immatriculation à la sécurité sociale. Par méconnaissance de la loi ou du statut des étrangers, de nombreux médecins, travailleurs sociaux ou autres « spécialistes » de la précarité diffusent des informations erronées sur les conditions d'accès à la protection maladie. En présentant les pratiques restrictives d'accès aux soins comme le droit, en multipliant les articles sur le rôle irremplaçable joué par les dispositifs précarité et les médecins « humanitaires », ils contribuent à maintenir la plupart des soignants dans l'ignorance des possibilités d'accès aux dispositifs de droit commun.

4^e obstacle : des pratiques restrictives ou illégales des services de protection maladie

Il existe dans toute l'Ile-de-France des pratiques restrictives et d'exclusion du droit. Pour la sécurité sociale, on exige des documents impossibles à fournir, comme l'extrait de naissance pour un demandeur d'asile. Pour l'aide médicale, c'est le refus par certains départements de délivrer une ●●●

aide médicale en établissement de soins (AMH) de manière préventive (« il faut la demander à l'occasion de l'hospitalisation »), le refus d'instruire la demande d'admission immédiate (« voici la liste des consultations précarité »), et les demandes abusives de documents tels que « le titre de séjour en cours de validité », ou encore « les ressources des hébergeants ». L'admission à l'aide médicale Etat se heurte de plus en plus souvent à l'exigence d'une « domiciliation dans un organisme agréé » quand les préfetures suppriment cet agrément aux rares associations qui acceptent encore de domicilier certains étrangers pourtant résidant en France.

Conditions d'efficacité des démarches d'accès à une protection maladie

L'information délivrée par les soignants sur les droits et les procédures détermine le succès des démarches. Dans l'expérience du Comede, la plupart des patients qui ont bénéficié d'une information appropriée, au besoin à l'aide d'un interprète, obtiennent une protection maladie en quelques semaines. Une telle information occupe en moyenne 10 minutes de la consultation au Comede. L'intérêt des démarches doit être clairement compris par le patient, notamment en matière de prévention, de continuité des soins (pourquoi demander la sécurité sociale, alors que mon dispensaire me donne gratuitement les médicaments ?), de ticket modérateur (pourquoi demander l'aide médicale, alors que j'ai déjà la sécurité sociale ?). Le patient doit connaître la logique des démarches (il faut justifier ses droits, ce n'est pas automatique) et pouvoir apprécier la validité du résultat obtenu (seul un titre d'admission avec date d'ouverture et de fin de droits garantit ce droit sur la durée). Il doit être prévenu des diverses demandes de l'administration sur les preuves de son identité, de sa résidence, de l'insuffisance de ses ressources. Le médecin doit parfois téléphoner au service de protection maladie en cours de consultation pour lever les incompréhensions fréquentes entre l'agent de l'aide médicale et le patient.

Il reste des cas où l'information ne suffit pas. Les obstacles liés aux pratiques illégales de certaines administrations ne peuvent être levés qu'au prix d'interventions auprès des directions des services concernés.

Discussion

Cette description qualitative des obstacles à l'accès aux soins des exilés ne vise pas à quantifier précisément la fréquence des phénomènes rapportés. Elle reflète toutefois la situation de la population des patients exilés résidents en Ile-de-France, dont un grand nombre est reçu au Comede. Si certaines caractéristiques spécifiques des exilés (langue, statut) limitent les possibilités d'extrapolation de ces observations, certaines préoccupations sont communes à la problématique d'accès aux soins d'autres groupes de personnes en situation précaire.

Les progrès de l'accès aux premiers soins interviennent alors que la mise en place de la réforme de l'aide médicale n'est pas achevée. Ils sont contemporains d'une pause voire d'un recul des procédures d'accès aux droits. Dans ce contexte, le rôle du médecin est décisif. Parce que c'est à lui que le patient s'adresse et fait confiance, le temps du soin représente une occasion unique d'informer positivement sur les droits et les avantages en matière de santé. Nécessaire à la continuité des soins, la délivrance de cette information est un acte médical. Le médecin tient alors le rôle de pivot d'un dispositif d'accès aux droits dans lequel les autres intervenants délivrent les informations complémentaires ou supplémentaires. Mais, le plus souvent, l'ignorance ou le désintérêt des soignants pour la « chose sociale », entretenus par le discours dominant sur la gratuité pour les plus pauvres, accèdent l'idée que ces patients relèvent de dispositifs spécifiques.

C'est ainsi que la charité se développe aux dépens du droit. On croit contourner les difficultés d'accès aux droits en s'adressant aux dispositifs d'accès aux premiers soins, dont le nombre et la visi-

bilité augmentent régulièrement. Incapables d'assurer la continuité des soins en l'absence d'une protection maladie, ces dispositifs peuvent rendre l'exclusion plus douce par leur capacité d'écoute et par leur pratique experte des solutions personnalisées et autres bricolages de soin. Ces dispositifs restent indispensables pour pallier les problèmes liés aux délais administratifs d'ouverture des droits. C'est la mission attribuée par la loi contre les exclusions aux « Permanences d'Accès aux Soins de Santé » (PASS) que chaque hôpital du service public devra assurer dans l'avenir [11]. Pour garantir la continuité des soins, ces PASS doivent éviter les écueils de leurs devanciers (« consultations précarité », « cellules d'accueil médico-social », ou autres « cellules étrangers ») en refusant de devenir l'un de ces dispositifs qui, « s'ils induisent une amélioration de la prise en charge des démunis, ne peuvent être considérés comme des réponses durables, en particulier parce qu'ils dédouanent l'ensemble du système de soins d'une réponse globale et font courir le risque à terme de créer un phénomène de ghetto » [12].

Pas plus que la réforme de l'aide médicale, l'inscription législative d'une couverture maladie universelle ne permettra à elle seule de résoudre une équation de l'exclusion des soins aux variables multiples. Les pratiques en réseau social et sanitaire entre l'hôpital et la ville doivent être développées, ainsi que plus généralement l'information de la population et la formation des professionnels. La vigilance des associations humanitaires et des dispositifs précarité, qui resteront les observateurs privilégiés des mécanismes de l'exclusion et de la diversité des situations, doit pouvoir compter sur le nouveau comité départemental de coordination des politiques de prévention et de lutte contre les exclusions [13].

Les procédures d'accès aux droits doivent être considérablement simplifiées, notamment par la généralisation des guichets uniques délivrant des titres uniques permettant la dispense d'avance des frais dans l'ensemble du système de santé. Les pratiques restrictives et illégales de cer-

tains services doivent être supprimées. De manière générale, le système de santé doit encourager les patients à faire valoir leurs droits. Quelles que soient les améliorations apportées, la gestion des régimes de protection maladie générera toujours des procédures administratives contraignantes : il est légitime de demander la preuve d'une résidence ou la déclaration des ressources, et le bénéficiaire reste l'acteur principal de cette véritable démarche de santé.

Enfin, la couverture maladie promise par le législateur ne sera véritablement universelle que lorsqu'elle se sera fondée sur le seul critère de résidence en France, selon la jurisprudence du conseil d'Etat [6], et

qu'elle permettra un égal accès à l'hôpital et à la médecine de ville.

Conclusion

Le système de santé de droit commun permet plus souvent qu'auparavant, notamment grâce aux dispositifs précarité dont il s'est doté, de délivrer les premiers soins pour les patients en situation précaire. Mais, seule la possession d'une protection maladie intégrale, toujours possible depuis la réforme de l'aide médicale, permet de garantir la continuité des soins. Or, les patients en situation précaire, encore souvent dépourvus de protection maladie, se retrouvent régulièrement

à la porte du système de santé. La responsabilité en incombe à l'administration des services de protection maladie, mais aussi à l'ensemble des professionnels de la santé et du social qui utilisent abusivement les dispositifs caritatifs comme des structures relais. Ces dispositifs restent globalement inefficaces pour l'acquisition d'une protection maladie et pour la continuité des soins. La mise en place de la réforme de l'aide médicale reste inachevée dans l'ensemble de la région Ile-de-France. Indispensable pour garantir un accès intégral aux soins, au même titre que la très attendue couverture maladie universelle, elle requiert une participation active et compétente de l'ensemble des acteurs du système de santé. □

[Références]

1. Haut Comité de la Santé Publique, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, 1998, 1-3.
2. Legoux L. La crise de l'Asie politique en France. Centre Français sur la Population et le Développement 1995, 201-62.
3. Lamour P. L'accès aux soins des réfugiés et des « sans-papiers », Prescrire n° 143, septembre 1994, 496-501.
4. Loi n°92-722 du 29 juillet 1992, titres II et III.
5. Code de la Famille et de l'Aide Sociale, Art 124 et 186.
6. Conseil d'Etat, séance du 8 janvier 1981.
7. Circulaire DIRMI/DAS/DSS n°93-07 du 9 mars 1993.
8. Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n°95-08 du 21 mars 1995.
9. Circulaire DH/AF1/DAS/RV3 n°33 du 17 septembre 1993.
10. Circulaire DGS/DH/95 N°22 du 6 mai 1995.
11. Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 N°98-736 du 17 décembre 1998.
12. Haut Comité de la Santé Publique, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, 1998, 118.
13. Loi du 29 juillet 1998, art. 155.