HAL
open science

# La question sociale en santé : L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XXe siècle

Jérémy Geeraert

## To cite this version:

Jérémy Geeraert. La question sociale en santé : L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XXe siècle. Sociologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2017. Français. NNT : 2017USPCD080 . tel-02372103

**HAL Id: tel-02372103**

**https://theses.hal.science/tel-02372103**

Submitted on 20 Nov 2019

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

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

UNIVERSITÉ PARIS 13, Sorbonne Paris Cité
U.F.R. Santé, Médecine, Biologie Humaine
École doctorale Erasme
Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux IRIS — EHESS, UP13, CNRS, Inserm
Centre Marc Bloch Centre franco-allemand de recherches en sciences sociales

N° attribué par la bibliothèque

— — — — — — — — — —

**Jérémy Geeraert**

# LA QUESTION SOCIALE EN SANTÉ

**L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XXIe siècle**

Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'université Paris 13, présentée et soutenue publiquement le 17/10/2017 par Jérémy Geeraert, Discipline : Sociologie, dirigée par Prof. Marie Jaisson

Membres du jury :
Isabelle Astier, Professeure de sociologie, université de Picardie Jules Verne, Rapporteure
Nicolas Belorgey, Chargé de recherche au CNRS - SAGE, Examinateur
Hélène Bretin, Maîtresse de conférence en sociologie à l'Université Paris 13, Examinatrice
Marie Jaisson, Professeure de sociologie, Université Paris 13, Directrice
Dominique Memmi, Directrice de recherche au CNRS - Cresppa-CSU - Rapporteure

Thèse préparée au sein de l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS) Unité mixte de recherche associant l'EHESS, l'UP13, le CNRS et l'Inserm
54 bd Raspail 75006 Paris, France
http://iris.ehess.fr/
et au Centre Marc Bloch, Centre franco-allemand de recherches en sciences sociales, unité mixte des instituts français de recherche à l'étranger (UMIFRE n° 14 CNRS – MAEE) et unité de service et de recherche du CNRS (USR 3130)
Friedrichstraße 191, D-10117 Berlin
https://cmb.hu-berlin.de/

Contact : geeraert.j@gmail.com

**Résumé :**
Ce travail porte sur l'étude du traitement de la question sociale dans le domaine de la santé à l'hôpital public au prisme des rapports de pouvoir et de l'organisation du système de santé. Ainsi, l'enquête sociologique a porté sur les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) présentes au sein d'hôpitaux publics en France et dont l'accès est réservé aux personnes éloignées du système de santé, dont le cas emblématique est celui de l'étranger sans papier.
La méthode a consisté à combiner des éléments sociohistoriques et une enquête empirique qui s'est déroulée sur trois années auprès de seize PASS implantées dans huit villes et au sein d'organismes en lien avec elles, telles des associations ou encore les tutelles institutionnelles. Des observations et des entretiens semi-directifs auprès de professionnels ont été réalisés (n=40).
D'abord, l'étude de la généalogie de la question sociale en santé en France montre comment s'est progressivement constitué à la fin du XXe siècle un espace du soin de la précarité visant à prendre spécifiquement en charge des groupes sociaux parmi les plus défavorisés. Cet espace de soin spécifique a connu une institutionnalisation dans le système hospitalier public français au cours des années 1990, s'inscrivant à la fois dans le champ de la santé publique et dans celui de la lutte contre l'exclusion. Il remplit des objectifs (bio-)politiques multiples : lutter contre l'exclusion sociale, garantir un droit à la santé, protéger la santé de la population générale. En second, l'étude des PASS dans l'organisation hospitalière conclut à leur mise en difficulté par les deux modèles dominants concurrents (spécialisation technique et néo-managérial). Face à cette situation, diverses stratégies (d'adaptation et d'autonomisation) sont déployées par différents acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. Enfin un troisième résultat relève de l'analyse des catégories de patients produites lors des interactions avec les professionnels des PASS. Elle met en lumière le rôle qu'elles jouent dans la stratification du système de santé à ses marges les plus basses. Les patients sont ainsi séparés en groupes plus ou moins légitimes selon des critères de citoyenneté et de solvabilité auxquels sont attribuées des valeurs de la vie différenciées. Cela se caractérise dans le quotidien des PASS, par une tension permanente entre inclusion et exclusion du patient et une distribution différenciée des soins. Un gouvernement individualisé et flexible permet de poursuivre dans un tel contexte la multiplicité des objectifs (bio-)politiques.

**Mots clés** : accès aux soins, organisation hospitalière, question sociale, précarité, biopolitique, étrangers irréguliers

**Summary:**
This thesis explores how the "social question" (*question sociale*) is managed as an issue of health at public hospitals through the lens of power relations and health care structures. To this end, the sociological study examines the "healthcare access unit" (*Permanence d'accès aux soins de santé, PASS*) of public hospitals in France, which are reserved for persons who are excluded from the healthcare system – most notably irregular migrants.
The employed methods combine a socio-historical analysis with ethnographic fieldwork — including participant observation and semi-structured interviews (n=40) — conducted over the course of three years in sixteen PASS units based at eight different hospitals, and in the broader structures within which they exist (i.e. associations and institutional guardianships).
In the first section, a genealogy of the "social question" in health in France demonstrates how space for the healthcare of poverty has emerged at the end of the 20th century, which specifically targets social groups among the most destitute. This space of a particular type of care was increasingly institutionalized in the public hospital system during the 1990's, embedding itself in both the field of public health and in the fight against social exclusion. This space fulfills several (bio)political objectives: fighting social exclusion, ensuring a right to health, and protecting the health of the population as a whole. Second, an analysis of PASS units in the organisation of public hospitals exposes how they are weakened through two dominant and competing models (technical specialization and new public management). Faced with this situation, varied strategies (ex. of adaptation and empowerment) are employed by different actors inside and outside of the hospital. Lastly, a third section lays out the categories of patients that are produced during interactions with professionals from PASS units. It exposes the role of these categories in the stratification of the health care system along its lowest margins. Patients are divided into more or less legitimate groups - based on criteria of citizenship and of solvency – each of which are afforded differentiated values of life. These dynamics are characterized by a permanent tension between inclusion and exclusion in the field, and by a differentiated distribution of health care. In such a context, an individualized and flexible government allows for the pursuit of these multiple (bio)political objectives.

**Keywords**: healthcare access; hospital organization; Social Question; poverty; biopolitic; irregular migrants

# REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent tout naturellement en premier à Marie Jaisson qui a accepté de diriger ce travail et qui m'a accompagné dans cette aventure qui dure déjà depuis plus de sept ans. Je lui suis très reconnaissant pour l'encadrement et les conseils qu'elle m'a régulièrement donnés et qui m'ont permis de construire peu à peu ce travail, et encore davantage, pour la confiance et le soutien constants dont elle a témoigné à mon égard et qui m'ont permis de traverser les moments difficiles de la thèse. Je remercie également sincèrement Fabien Jobard, mon tuteur scientifique au Centre Marc Bloch, pour les relectures toujours constructives et les conseils avisés, mais aussi pour les blagues et les tampons plus ou moins drôles.

Pour les soutiens financiers et matériels que ces institutions m'ont apportés, et en leur sein, aux personnes qui m'ont soutenu, j'exprime toute ma gratitude à l'université Paris 13 pour le contrat doctoral, à l'institut Virchow-Villermé pour la bourse de recherche, au Centre Marc Bloch pour la bourse de fin de thèse et enfin au Pôle emploi pour mes indemnisations de chômage.

Je souhaite remercier mes laboratoires de recherche et leurs membres. L'IRIS tout d'abord qui m'a accueilli et soutenu pendant ces six années. Grâce à lui, je me suis formé à la pratique de la recherche et à son animation, j'ai également pu présenter mes recherches à de nombreuses reprises et dans différents endroits du monde. Je remercie les membres de l'axe 4 « Biomédecine - Santé - Travail » pour les échanges et les séances de travail inspirants. Merci aussi aux collègues de l'UFR SMBH de Bobigny, et en particulier à Anne-Claire Baratault, Hélène Bretin, Corinne Lanzarini, Joëlle Vailly et Carine Vassy, pour m'avoir fourni un cadre de travail

si agréable et stimulant. Je ne remercierai jamais assez le Centre Marc Bloch pour son accueil, son cadre de travail et sa vie scientifique et sociale. Les nombreuses rencontres et amitiés qui s'y sont nouées m'ont apporté énormément. Je pense tout particulièrement à mes collègues et ami.e.s, Émeline Fourment, Sarah Kiani, Bénédicte Laumond, Kolja Lindner, Irina Mützelburg, Sarah Mazouz, Serge Reubi, Gesine Wallem, Ulrike Zeigermann, Yasmina Zian et tou.te.s les autres.

Pour nos échanges et réflexions qui m'ont accompagné une bonne partie de la thèse, mais aussi pour les amitiés qui en sont nées, je dois beaucoup au groupe Santé-Précarité. Céline Gabarro, Caroline Izambert et Marjorie Gerbier-Aublanc, merci pour tous les moments passés ensemble. Pour nos collaborations scientifiques et pour les opportunités de communications, de publication et d'enseignement qu'elle m'a données, je remercie Élise Pestre.

Je remercie infiniment tou.te.s les relecteurs et relectrices pour leurs remarques et leurs critiques. Ils ont largement contribué à la qualité scientifique de ce travail. En plus de ceux et celles déjà cité.e.s, je tiens à remercier Todd Sekuler, Mathilde Darley et Estelle Ferrarese. Merci à Jérémie Gauthier, Sarah Mazouz, Anna Danilina et Sébastien Chauvin pour nos échanges et vos conseils dans la rédaction d'articles.

Je tiens à remercier tous ceux dont le travail, trop peu visible et peu reconnu, a rendu possible le mien : tous les membres de l'administration du CMB et de l'IRIS, les agents d'entretien et de ménages, le personnel de la Mensa, etc.

À tou.te.s ceux et celles qui ont participé de près ou de loin à l'enquête empirique de ce travail, les médecins, infirmières et assistantes sociales des PASS, les militants associatifs, j'adresse une infinie reconnaissance et je salue le dévouement au travail. Je remercie tout particulièrement ceux et celles qui m'ont ouvert les portes de leurs consultations et ont partagé avec moi l'intimité de leur travail quotidien. Sans eux, ce travail n'aurait pas été possible et j'espère qu'il leur rend hommage. J'en profite pour adresser une pensée aux patients des PASS qui se battent dans l'adversité. Ce travail leur est dédié.

Je remercie bien sûr ma famille, Jean-Pierre, Claire, Thomas et Elsa, pour leur soutien, leurs corrections et puis pour être là près de moi. Et je remercie aussi ceux et celles qui rendent ma vie meilleure : mes ami.e.s de Berlin, Leipzig, Paris et Marseille — vous m'apportez tant —, mes colocataires et ami.e.s pour leur solidarité, la Brunnenstr. 6/7 pour être toujours là et combative. Enfin, Falk, merci de partager ta vie avec moi, d'avoir fait la mise en page de ce travail et de m'avoir supporter dans cette longue aventure.

Une pensée spéciale à Philipp qui nous a quitté trop tôt, du fehlst uns.

# TABLE DES MATIÈRES


**TABLE DES MATIÈRES** 11

**SIGLES ET ABRÉVIATIONS** 17

**INTRODUCTION GÉNÉRALE** 21

**1 CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE** 23
1 - 1 Les inégalités sociales de santé 23
1 - 2 Les inégalités sociales de santé à l'hôpital 26
1 - 3 L'assistance : traitement de la question sociale en santé et gouvernement des pauvres 28
1 - 4 De l'augmentation du magistère de la médecine au gouvernement des pauvres 34

**2 PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE ET DE LA MÉTHODE** 37
2 - 1 Du terrain vers la théorie 37
2 - 2 - 1 Règles d'anonymisation 41
2 - 2 Réflexivité et rapport au terrain 42
2 - 2 - 1 Réflexivité et biais idéologiques 42
2 - 2 - 2 Le rapport au terrain : une histoire de famille 43
2 - 2 - 3 L'insertion sur le terrain et relation aux enquêtés 45
2 - 2 - 4 L'observation : le respect de l'intimité 47

**3 LA CONSTRUCTION PROGRESSIVE DU MATÉRIEL EMPIRIQUE** 48
3 - 1 Un espace du soin de la précarité 49
3 - 2 Analyse de l'organisation 50
3 - 3 Du terrain à l'étude des biopolitiques de la question sociale en santé 52

**4 L'ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ, UNE FUSION DE DEUX CONCEPTS** 53
4 - 1 La PASS, les mondes sociaux et les segments 53
4 - 2 La PASS et les champs sociaux 54
4 - 3 Quel usage des concepts de « champ » et « segment » ? 56

**5 PLAN DE LA RECHERCHE** 57

**PARTIE I — GÉNÉALOGIE DE LA QUESTION SOCIALE EN SANTÉ ET CONSTITUTION D'UN ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ** 59

**CHAPITRE I — GÉNÉALOGIE DE LA QUESTION SOCIALE EN SANTÉ** 63

**INTRODUCTION** 63

**1 HISTOIRE DE LA QUESTION SOCIALE À L'HÔPITAL** 65
1 - 1 L'assistance et le soin aux plus démunis 65
1 - 2 Une fonction d'enfermement et de contrôle social 67
1 - 3 Prémices d'un droit à l'assistance et développement de la santé publique 69
1 - 3 - 1 Construction d'une nouvelle biopolitique 70
1 - 4 Construction de l'État social et modernisation de l'hôpital 72
1 - 4 - 1 Modernisation de l'hôpital 74

**2 LE SYSTÈME DE SANTÉ ET L'ÉTAT PROVIDENCE** 75
2 - 1 Le développement de la Sécurité sociale : l'introduction d'un droit à la santé 76
2 - 2 La santé publique et les inégalités sociales de santé 80
2 - 3 L'objectif de maîtrise de l'augmentation des dépenses de santé 82

**3 L'HÔPITAL MODERNE DANS UN « TOURBILLON DE VENTS CONTRAIRES »** 86
3 - 1 L'hôpital temple de la technique et de la recherche 87

3 - 2 La fonction sociale de l'hôpital 88
3 - 3 Nouveaux espaces hospitaliers et origines de l'espace du soin de la précarité à l'hôpital 90
3 - 3 - 1 La prise en charge du sida à l'origine de l'espace du soin de la précarité dans le champ hospitalier 91
3 - 4 Les réformes gestionnaires et néo-managériales de l'hôpital public moderne 98

**CONCLUSION 103**

**CHAPITRE II — DES NOUVEAUX PAUVRES AUX PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ : RETOUR DE LA QUESTION SOCIALE ET CONSTITUTION D'UN ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ 105**

**INTRODUCTION 105**

**1 LA QUESTION SOCIALE EN SANTÉ 107**
1 - 1 Le renouveau de la question sociale, du Quart monde aux nouveaux pauvres puis à la précarité 108
1 - 2 Le retour des politiques d'assistance dans l'action de l'État social 111
1 - 3 Conclusion partielle 115

**2 LA CONSTRUCTION DE BOUCS ÉMISSAIRES : LA MISE AU BAN DE L'ÉTAT SOCIAL DE CERTAINES CATÉGORIES D'ÉTRANGERS 115**
2 - 1 Les étrangers comme « problème social » et illégalisation 116
2 - 2 L'isolement des étrangers en situation irrégulière dans le système de couverture maladie 119
2 - 3 Les conséquences de l'isolement sur l'accès aux soins et aux droits 123
2 - 4 Un système de santé stratifié 126

**3 L'ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ, NAISSANCE ET INSTITUTIONNALISATION 128**
3 - 1 Le Comede : naissance d'un mouvement 129
3 - 2 Médecins du Monde : la stratégie de l'advocacy 130
3 - 2 - 1 Du provisoire au durable : développement d'une pratique du soin de la précarité 132
3 - 3 Médecins Sans Frontières et RE.ME.DE. : la stratégie du lobbying 137
3 - 4 Des « consultations précarité » aux Permanences d'accès aux soins de santé 140
3 - 4 - 1 Origine de la circulaire de 1993 et mise en place des « consultations précarité » 141
3 - 5 La formation d'un espace de défense de la santé des étrangers 145

**CONCLUSION 147**

**CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE —LES MÉTAMORPHOSES DE LA QUESTION SOCIALE EN SANTÉ 150**

**PARTIE II — L'ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ DANS LE CHAMP HOSPITALIER 153**

**INTRODUCTION DE LA DEUXIÈME PARTIE 155**

**CHAPITRE III — LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DANS LE SYSTÈME HOSPITALIER FRANÇAIS 161**

**INTRODUCTION 161**

**1 LE FINANCEMENT DES PASS 165**
1 - 1 Les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation 165
1 - 2 La MIG PASS au niveau national 169
1 - 3 La MIG PASS au niveau local 170
1 - 4 Conclusion partielle 175

**2 LES PATIENTS 176**
2 - 1 Résultats de l'analyse des données statistiques sur les PASS 176
2 - 2 Explication des disparités par l'organisation des PASS 180
2 - 3 Deux types de patients 181
2 - 4 La relégation des patients des PASS à l'hôpital 182

2 - 4 - 1 La ségrégation à la consultation René Barthe 182
2 - 4 - 2 La ségrégation dans les PASS des hôpitaux C et J 184
2 - 5 Conclusion partielle 186

**3 LES DIFFÉRENTES FORMES ORGANISATIONNELLES DES PASS 187**
3 - 1 Objectifs du ministère de la santé 188
3 - 2 Les différentes formes de PASS 192
3 - 2 - 1 Les PASS dédiées 193
3 - 2 - 2 Les PASS transversales et les PASS fantômes 195
3 - 3 Les modèles et le terrain 199
3- 4 La conception et la pratique du soin de la précarité dans les PASS 200
3 - 4 - 1 Le « service social hospitalier » 202
3 - 5 Conclusion partielle 205

**CONCLUSION 206**

## CHAPITRE IV — LES PASS ET LES DIFFÉRENTS MODÈLES D'ORGANISATION 208

**INTRODUCTION 208**

**1 LE MODÈLE DE LA PASS ENGAGÉE 211**
1 - 1 Morphologie de la PASS René Barthe 211
1 - 2 La création de la PASS René Barthe 214
1 - 2 - 1 A l'origine de la création du centre René Barthe 214
a) Les médecins 215
b) Les acteurs de terrains 216
c) La direction de l'hôpital 219
1 - 3 Conclusion partielle 220

**2 LOGIQUE PROFESSIONNELLE TRADITIONNELLE ET RÔLE PRÉDOMINANT DES MÉDECINS HOSPITALIERS 221**
2 - 1 Le contexte des années 1990 : des médecins influents 224
2 - 2 Les PASS « opportunistes » 225
2 - 3 Un médecin de PASS soumis aux logiques professionnelles traditionnelles 228
2 - 4 Conclusion partielle 232

**3 LES MÉDECINS NON-HOSPITALIERS DANS LES PASS : DEUX ÉTUDES DE CAS 232**
3 - 1 Les aléas d'une Permanence de banlieue : La PASS René Barthe 232
3 - 2 Les aléas d'une PASS d'une grande ville de région 234

**4 LE MODÈLE ORGANISATIONNEL ET LE POIDS DE LA NOUVELLE NORME GESTIONNAIRE ET COMPTABLE 237**
4 - 1 Les deux catégories d'acteurs du modèle organisationnel 238
4 - 1 - 1 Les directeurs d'hôpital 238
4 - 1 - 2 Les cadres encadrants 241
4 - 2 Une PASS aux prises avec le modèle organisationnel 242
4 - 2 - 1 Les acteurs de la « Nouvelle gouvernance » 243
4 - 2 - 2 Les partenariats extra-hospitaliers 248
4 - 2 - 3 Une PASS intégrée dans l'hôpital 250
4 - 3 Conclusion partielle 252

**CONCLUSION 254**

## CHAPITRE V — LES PASS DANS LA TOURMENTE DE L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE 257

**INTRODUCTION 257**

**1 UN CONTEXTE GÉNÉRAL PEU PROPICE AUX PASS 259**
1 - 1 La mesure de l'activité et la pénétration des logiques du New Public Management à l'hôpital 260
1 - 1 - 1 Des mesures de l'activité alternatives révélatrices de la pénétration des logiques du New Public Management à l'hôpital 262
1 - 1 - 2 Utilisation des outils du New public management pour défendre les PASS dédiées 265
1 - 2 Le blocage des factures et le principe de la gratuité 268
1 - 2 - 1 Un système de facturation à contre-courant 270
1 - 2 - 2 Un blocage des factures à durée variable 273

1 - 2 - 3 Des PASS où les factures arrivent systématiquement et la distinction entre les « sans droits potentiels » et les « droits potentiels » 274
1 - 3 L'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie 277
1 - 3 - 1 La norme de la couverture maladie 277
1 - 3 - 2 La primauté donnée à l'accès aux soins 279
1 - 4 Un dispositif mal vu et mal connu 281
1 - 4 - 1 Division du travail et conception du soin 283
1 - 5 Conclusion partielle 285

**2 NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE : LES PASS EN DIFFICULTÉ 285**
2 - 1 La PASS René Barthes 286
2 - 1 - 1 Le délitement du centre René Barthe 286
2 - 1 - 2 Des rapports conflictuels avec la direction 289
a) L'attentisme 289
b) L'attaque 290
2 - 2 La nouvelle gouvernance et le service social 294
2 - 2 - 1 La réduction du service social 294
2 - 2 - 2 Le service social, cheval de Troie de la nouvelle gouvernance 295
2 - 2 - 3 L'ambivalence du travail social à la PASS 299
2 - 3 Conclusion partielle 301

**3 LOGIQUES DE LA PROFESSION MÉDICALE ET DÉMANTÈLEMENT DES PASS 302**
3 - 1 La PASS Apollinaire 302
3 - 2 La « PASS gynéco » 306

**CONCLUSION 308**

**CHAPITRE VI — L'ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ ENTRE RÉSISTANCE ET ADAPTATION 311**

**INTRODUCTION 311**

**1 STRATÉGIES D'ACQUISITION D'UNE NOUVELLE LÉGITIMITÉ 312**
1 - 1 L'appropriation des logiques 314
1 - 1 - 1 Les Réunions de concertation pluri-disciplinaires médicosociales et éthiques 314
1 - 2 La remise en question de la primauté du médical 316
1 - 3 Les normes néo-managériales et financières à l'intérieur de l'espace du soin de la précarité 321
1 - 4 Conclusion partielle 322

**2 AUTONOMISATION DE L'ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ 325**
2 - 1 Légitimation scientifique et institutionnelle 325
2 - 1 - 1 La légitimation scientifique et institutionnelle de la PASS par la PASS 325
2 - 1 - 2 Légitimation scientifique et institutionnelle 327
2 - 2 Stratégies de décloisonnement et de fédération et dynamique de spécialisation professionnelle occupationnelle 331
2 - 2 - 1 Un exemple d'association de professionnels des PASS : l'APPASSRA 331
2 - 2 - 2 Naissance du Collectif PASS : entre logiques professionnelles dominantes et défenses des normes de l'espace du soin de la précarité 334
2 - 3 Des référents de PASS à la rescousse 337

**3 L'INSTITUTIONNALISATION : LE RÔLE DES TUTELLES 339**
3 - 1 Des tutelles qui protègent le soin de la précarité 339
3 - 2 Des agents favorables aux PASS isolés dans leur institution 341
3 - 2 - 1 Amandine Cornet, résistante dans la tourmente au siège de l'AP-HP 342
3 - 3 La prise en main du sujet des PASS par les tutelles 343
3 - 3 - 1 À l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris 344
3 - 3 - 2 À l'Agence Régionale de Santé A 346
3 - 3 - 3 À la Direction Générale de l'Offre de Soin 347
3 - 3 - 4 La bataille entre transversal et dédié 347

**4 LE RÔLE DE GARDE-FOU : LES ASSOCIATIONS 349**
4 - 1 Garde-fous au niveau national 350
4 - 2 Garde-fous au niveau local 352

**CONCLUSION 354**

**CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE — L'IMBROGLIO DES RAPPORTS DE FORCES DANS LES PASS 356**

**1 UNE STRUCTURE PROFESSIONNELLE COMPLEXE 357**
1 - 1 Vers un modèle professionnel organisationnel ? 357
1 - 2 Vers une autonomie du soin de la précarité à l'hôpital public ? 359
1 - 3 Une réalité de terrain polymorphe 360

**2 ASSOCIATIONS ET POUVOIRS PUBLICS AU SECOURS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PRÉCARITÉ À L'HÔPITAL 361**

**PARTIE III — UN GOUVERNEMENT BIOPOLITIQUE DE LA QUESTION SOCIALE EN SANTÉ 365**

**INTRODUCTION DE LA TROISIÈME PARTIE 367**

**CHAPITRE VII — LES CATÉGORIES DE LA SOLIDARITÉ : CITOYENNETÉ ET PRODUCTION D'EXCLUSION AUX MARGES DU SYSTÈME DE SANTÉ 370**

**INTRODUCTION 370**
1 État de l'art et spécificité du champ de la santé 371

**1 LES PATIENTS SOUS VISA ET LA MÉTAMORPHOSE DU CRITÈRE DE PROXIMITÉ 377**
1 - 1 L'assistance : entre « bons » et « mauvais » pauvres 378
1 - 2 L'exception de l'assistance : la raison humanitaire 382
1 - 3 Les dispositions morales face à l'assistance dans un contexte migratoire post-colonial 385
1 - 4 Les limites de l'exception : les soins coûteux 388
1 - 5 Conclusion partielle 389

**2 LE PATIENT « FAINÉANT » 391**
2 - 1 Les conditions de vie des patients 394
2 - 2 Les limites de l'adaptation : la dimension de contrôle de la PASS 396
2 - 2 - 1 Des problèmes structurels liés à la précarité du statut de séjour 398
2 - 2 - 2 La fragile « ignorance fonctionnelle » entre institutions de santé et institutions policières 399
2 - 3 Focalisation budgétaire et différences de pratiques au sein des PASS 405
2 - 4 Conclusion partielle 406

**3 CATÉGORISATION ET INTERACTIONS À LA PASS 407**
3 - 1 La mise en récit des patients 408
3 - 2 La négociation avec les patients 410
3 - 2 - 1 Les techniques de contournement et de dissimulation 410
3 - 2 - 2 Le conformisme institutionnel, la supplique et l'honnêteté 413
3 - 3 Contrôle et répression 415
3 - 4 Conclusion partielle 417

**4 DISPOSITIONS MORALES DES PROFESSIONNELS 418**
4 - 1 Un spectre de dispositions morales larges à l'intérieur duquel s'exerce la solidarité 418
4 - 2 Les dispositions morales de l'équipe : la synergie du groupe et le rôle de la formation des professionnels 421

**CONCLUSION 422**

**CHAPITRE VIII — AU-DELÀ DE L'ÉTHIQUE, LA DIMENSION BIOPOLITIQUE DE LA PASS 426**

**INTRODUCTION 426**

**1 RATIONNEMENT DU SOIN ET EXCLUSION 430**
1 - 1 Une passerelle en panne pour certains patients 430
1 - 2 Du provisoire au durable : d'une médecine d'insertion à une médecine du pauvre 434
1 - 2 - 1 Une offre de soin insuffisante et des soins spécialisés distribués de manière incertaine et bricolée 437
1 - 3 La limite au rationnement des soins : protection de la vie nue et fonction de santé publique 439

1 - 4 Conclusion partielle 442

**2 DÉCISION EN SITUATION DE RATIONNEMENT ET INTÉRIORISATION DU DISCOURS DE CRISE 443**
2 - 1 Du glissement des Réunions de concertation pluridisciplinaire - médico sociale et éthique vers le politique 447
2 - 1 - 1 Un dispositif de prise de décision éthique 448
2 - 1 - 2 Décisions éthiques exposées aux contraintes budgétaires et néo-managériales 451
2 - 1 - 3 Le « partage du pain » ou la décision médicale sous les fourches budgétaires 457
2 - 2 Vers une biopolitique de l'immigration à l'hôpital 462
2 - 2 - 1 Différentes approches de la biopolitique 462
2 - 2 - 2 Une tentative de médicalisation de la question des migrants thérapeutiques ? 464
2 - 2 - 3 Les médecins « aux bords de leur savoir » et la biopolitique de la migration thérapeutique 466
2 - 3 Les implications de la politique du tri 468
2 - 3 - 1 Une visibilisation du phénomène de la migration thérapeutique paradoxale 468
2 - 3 -2 Contraintes, conflits moraux et négociations parmi les équipes 468

**CONCLUSION 472**

**CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE —UNE BIOPOLITIQUE DE LA QUESTION SOCIALE 475**

**CONCLUSION — LA QUESTION SOCIALE EN SANTÉ : UNE TENSION ENTRE INCLUSION ET EXCLUSION 477**

**1 LE TRAITEMENT DE LA QUESTION SOCIALE PAR L'ASSISTANCE : ENTRE INCLUSION ET EXCLUSION 478**
1 - 1 La fabrication légale de groupes d'exclus parmi les étrangers 479
1 - 2 L'étranglement budgétaires des hôpitaux publics et la distinction entre « sans droits potentiels » et « droits potentiels » 480
1 - 3 Exclusion et inclusion au cas par cas 482
1 - 4 Les limites de l'exclusion : biolégitimité et biopolitque 483

**2 UN PHÉNOMÈNE DE SPÉCIALISATION 485**
2 - 1 Les permanences au prisme de l'organisation de l'activité des soins 486
2 - 2 Les mécanismes de protection d'une politique de santé publique 488

**3 QUELQUES PERSPECTIVES 489**

**BIBLIOGRAPHIE 491**

**TABLE DES ILLUSTRATIONS ET DES ENCADRÉS 519**

**ANNEXES 521**

# SIGLES ET ABRÉVIATIONS

| | |
|---|---|
| AAH | Allocation adulte handicapé |
| ACS | Aide à la complémentaire santé |
| ARE | Aide de retour à l'emploi |
| AMD | Aide médicale départementale |
| AME | Aide médicale d'État |
| AMG | Aide médicale gratuite |
| AP–HP | Assistance publique – Hôpitaux de Paris |
| APPASSRA | Association des professionnels des permanences d'accès aux soins de Rhône-Alpes |
| ARH | Agence régionale de l'hospitalisation |
| ARS | Agence régionale de santé |
| ASE | Assistant socioéducatif |
| ASV | Atelier Santé Ville |
| CA | Conseil d'adminisation |
| CAF | Caisse d'allocation familiale |
| CASO | Centre d'accueil, de soins et d'orientation |
| CCAS | Centre communal d'action sociale |
| CEDIT | Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques |
| CEE | Communauté économique européenne |
| CES | Conseil économique et social |
| CESE | Conseil économique, social et environnemental |
| CESEDA | Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile |
| CME | Commission médicale d'établissement |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CHG | Centre hospitalier général |
| CIDAG | Centre d'informations et de dépistage anonyme et gratuit |
| CILE | Comité interministériel de lutte contre l'exclusion |
| CLAT | Centres de luttes anti-tuberculeuse |
| CHST | Comité d'hygiène sécurité et conditions de travail |
| CMU | Couverture maladie universelle |
| CMUc | Couverture maladie universelle complémentaire |
| CNLE | Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale |
| CPAM | Caisses primaires d'assurance maladie |
| CRAMIF | Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Île-de-France |
| CREDES | Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé |
| CSAPA | Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie |
| CSP | Catégorie socioprofessionnelle |
| DDASS | Direction départementales des Affaires sanitaires et sociales |
| DHOS | Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| DMS | Durée moyenne de séjour |
| DPM | Direction de la politique médicale |
| DRASS | Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (ancienne ARS) |
| DRESS | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| DRG | Diagnosis related groups |
| DU | Diplôme universitaire |

| | |
|---|---|
| EHPAD | Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| ETP | Équivalent temps plein |
| FSUV | Fonds pour les soins urgents et vitaux |
| GAS | Groupe accueil solidarité |
| GH | Groupe hospitalier |
| GHM | Groupe homogène de patient |
| GHS | Groupe homogène de séjour |
| HDJ | hôpital de jour |
| HEC | école des Hautes études commerciales |
| Loi HPST | Hôpital, Patients, Santé et Territoires |
| INPES | Institut national de prévention et d'éducation pour la santé |
| IRDES | Institut de recherche et de documentation en économie de la santé |
| IVG | Interruption volontaire de grossesse |
| JO | Journal Officiel |
| MCO | Médecine, chirurgie, obstétrique |
| MIG | Mission d'intérêt général |
| MIGAC | Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation |
| ODSE | Observatoire du droit à la santé des étrangers |
| ONDAM | Objectif national des dépenses d'assurance maladie |
| ONPES | Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale |
| PASS | Permanence d'accès aux soins de santé |
| PDSH | Permanence des soins hospitaliers |
| PHRC | Programme hospitalier de recherche clinique |
| PMI | Centre de protection maternelle et infantile |
| PMSI | Programme de médicalisation des systèmes d'information |
| PRAPS | Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis |
| PREPS | Programme de recherche sur la performance du système des soins |
| PH | Praticien hospitalier |
| PLFSS | Projet de loi de financement de la Sécurité sociale |
| PRAPS | Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins |
| PU-PH | Professeur des université - Praticien hospitalier |
| RMI | Revenu minimum d'insertion |
| RMO | Références médicales opposables |
| RSA | Revenu de solidarité active |
| RCP-MSE | Réunion de concertation pluri-disciplinaire - médical, social et éthique |
| SAMU | Service d'aide médicale urgente |
| SMG | Syndicat des médecins généralistes |
| SMUR | Structure mobile d'urgence et de réanimation |
| SSR | Soins de suite et de réadaptation |
| T2A | Tarification à l'activité |
| UCSA | Unité de consultation et de soins ambulatoires (en prison) |
| UE | Union Européenne |
| UF | Unité de facturation |
| Uniopss | Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux |

# INTRODUCTION GÉNÉRALE

> **Florent Picard** (juriste d'une association qui milite pour l'accès aux soins des personnes exclues du système de santé) : « Pourquoi on a créé un système qui crée des gens sans droits mais qui dit qu'en même temps il y a un dispositif pour payer ? Enfin je veux dire, il y a un truc un peu… Disons qu'il y a une contradiction en disant "on va faciliter l'accès aux soins et en même temps on met des obstacles à l'accès". Et forcément les deux discours, enfin la création… Ça peut être intéressant de travailler la question : pourquoi on crée un obstacle et puis on offre une solution ? Est-ce que c'est vraiment pour ouvrir… Enfin c'est quoi l'objectif de tout ça ? […] Bah, c'est un peu un cache sexe parfois la PASS (Permanence d'accès aux soins de santé). Non, mais ça peut avoir une utilité, mais ça a un côté, on vous dit qu'il y a des gens qui vont pas avoir un vrai accès aux soins et après on vous dit : "mais on crée un dispositif pour que ces gens qui ont pas un vrai accès aux soins, ils en aient un". »[1]

Le système de santé français repose sur un large système d'assurance public. Ce qu'on appelle par synecdoque la « Sécurité sociale » ou la « Sécu » protège 91 % de la population contre le risque maladie et couvre plus des trois quarts des dépenses liées à la consommation de soins et de biens médicaux[2]. Afin de lutter contre les inégalités sociales de santé, cette protection est augmentée pour les personnes à bas revenus. Ainsi, grâce à la Couverture maladie universelle et sa complémentaire (CMUc), les personnes pauvres[3] ont droit à une assurance maladie couvrant intégralement la plupart des soins de santé. Cela va même plus loin puisque la France, se distinguant par là de la plupart des autres pays occidentaux, offre une couverture maladie gratuite pour les personnes résidant en France en situation irrégulière (Aide médicale d'État, AME).

Pourtant, depuis quelques années les établissements publics de santé français doivent faire face à l'augmentation de la pauvreté et aux difficultés croissantes d'accès aux soins de certaines catégories de la population[4]. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dispositifs créés grâce à la loi de lutte contre les exclusion de 1998, témoignent de la pérennité de cette situation puisqu'elles accueillent des patients dont l'accès aux soins est rendu difficile, notamment en raison d'une absence de couverture maladie. Ainsi, alors même que l'assurance maladie offre théoriquement une couverture pour tous, certains continuent

---

[1] Extrait d'entretien réalisé en Mars 2012, nom anonymisé.

[2] Direction de la Sécurité sociale, « Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2014 », 2015. La « consommation de soins et de biens médicaux comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petit matériel et pansements) » (Insee, https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1485, consulté le 11 février 2017).

[3] Le plafond de revenus est fixé par l'assurance maladie à 721 € mensuel net pour une personne seule.

[4] Dodier, Nicolas et Agnès Camus, « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, vol. 65, n° 1, 1997b, p. 109-119.

d'être écartés du système de santé traditionnel et contraints de recourir à des dispositifs d'assistance. C'est ce paradoxe qu'évoque Florent Picard, salarié d'une association militant pour l'accès aux soins et aux droits des étrangers dans l'extrait d'entretien mis en exergue et que nous proposons d'explorer.

La présente recherche étudie le traitement de la question sociale[5] dans le domaine de la santé. Pour ce faire, une enquête ethnographique a été réalisée à l'hôpital public au sein de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ces dernières se prêtent particulièrement à notre objet d'étude car elles accueillent précisément ceux qui se situent à la marge du système de santé. Les PASS sont des dispositifs créés au sein d'établissements publics de santé qui visent à accueillir les personnes en situation de précarité, à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits en matière de santé. À travers leur étude, il s'agit de comprendre les inégalités sociales de santé que révèle l'ouverture de l'hôpital, depuis bientôt deux décennies, à la gestion médico-sociale des publics rencontrant des difficultés d'accès aux soins. Quelles sont ces inégalités sociales de santé ? D'où viennent-elles ? Comment fonctionnent-elles ? Comment se reproduisent-elles ? D'autre part, nous nous pencherons plus précisément sur la PASS en tant que dispositif de santé visant à prendre en charge des personnes exclues par ailleurs du système de santé et à lutter contre les inégalités sociales de santé. Par quoi se caractérise la lutte contre l'exclusion dans le domaine de la santé ? Quelles sont ses fonctions ? Comment se réalisent-elles à l'hôpital ? Quels sont les effets de l'organisation hospitalière contemporaine sur le traitement de la question sociale ? Avant de présenter plus précisément l'articulation de la réflexion autour de ces questions, il nous faut circonscrire notre objet dans son champ de recherche.

[5] Castel, Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio/Essais », (1995) 2007, 813 p.

# 1 CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE

## 1 - 1 Les inégalités sociales de santé

> « Je conçois dans l'espèce humaine deux sortes d'inégalité ; l'une que j'appelle naturelle ou physique, parce qu'elle est établie par la nature, et qui consiste dans la différence des âges, de la santé, des forces du corps, et des qualités de l'esprit, ou de l'âme, l'autre qu'on peut appeler inégalité morale, ou politique, parce qu'elle dépend d'une sorte de convention, et qu'elle est établie, ou du moins autorisée par le consentement des hommes. Celle-ci consiste dans les différents privilèges, dont quelques-uns jouissent, au préjudice des autres, comme d'être plus riches, plus honorés, plus puissants qu'eux, ou même de s'en faire obéir. »[6]

Le thème de la question sociale en santé ne peut être abordé sans poser en amont le constat des inégalités sociales de santé et des inégalités dans l'accès aux soins et expliquer le postula normatif sur lequel il repose. Ce postula est celui de l'existence d'inégalités sociales à l'intérieur d'une société stratifiée entre des individus ou des groupes sociaux dont les différences s'expriment en termes d'avantages ou de désavantages et qui fondent une hiérarchie entre ces individus ou groupes. Ainsi, ce constat des inégalités sociales de santé intègre une compréhension normative de la (bonne) santé par rapport à laquelle se fondent les inégalités[7].

Les recherches en sciences sociales faisant le lien entre la thématique de la santé et la question des inégalités sociales se sont développées à partir de la seconde moitié du XXe siècle. Si on peut retracer les origines de ses études plus loin dans le temps avec le début de l'épidémiologie au début du XIXe siècle[8], voire à l'époque des Lumières[9], c'est surtout à partir des décennies 1970 et 1980 que la sociologie s'empare de cette thématique à travers l'essor des études sur les inégalités sociales de santé. Le « rapport Black »[10] publié en 1980 est souvent cité comme l'étude pionnière mettant en évidence des inégalités sociales de santé sur la période contemporaine. Il souligne « l'accroissement dans le temps des inégalités sociales

---

[6] Rousseau, Jean-Jacques, *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, Amsterdam, Pays-Bas, J. J. Rey, 1763 (introduction).

[7] Pour une analyse de la vision normée de la lecture des déterminants des inégalités sociales de santé, nous renvoyons à la thèse de Rode, Antoine, « Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes », Thèse de doctorat, Université de Grenoble, France, 2010, 506 p.

[8] Voir par exemple les travaux de René-Louis Villermé en France ou ceux de Friedrich Engels au Royaume-Uni qui font le lien entre pauvreté et morbidité et mortalité dans les milieux ouvriers. Villermé, Louis-René, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers: employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Lyon, France, (1840) 2007, 191 p. ; Engels, Friedrich, *La Situation de la classe laborieuse en Angleterre*, Paris, France, Ed. sociales, (1844) 1960, 411 p.

[9] Ramsey, M., *Professional and Popular Medicine in France, 1770-1830*, Cambridge University Press, New York, 2002, cité par Bourdelais, Patrice, « Histoire de la santé publique », in Fassin, Didier et Boris Hauray, *Santé Publique. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, p. 317-328 (p.15). Voir aussi Aïach, Pierre et Dominique Cèbe, « Chapitre 6. Les inégalités sociales de santé. Une injustice inéluctable ? », in Aïach, Pierre, *Les inégalités sociales de santé : écrits*, Paris, Economica: Anthropos, 2010, 280 p. (p. 83-110).

[10] Black, Douglas et Margaret Whitehead, *Inequalities in health. The Black Report*, London, Penguin Books, Ltd., (1980) 1992, 450 p.

devant la mort [...] et le rôle des services de santé dans la production de ces inégalités »[11]. En France, une étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) met en évidence des résultats similaires dès les années 1960 à l'occasion des premières enquêtes sur la mortalité sociale[12]. Ces enquêtes sont rendues possible par le développement des études statistiques de la population et les découpages en catégories socio-professionnelles (CSP). Ces premiers travaux servent de base à ceux qui suivront et qui continuent à suivre en grand nombre expliquant les inégalités sociales de santé en utilisant principalement le filtre des classes sociales et des CSP. Ils mobilisent de nombreux facteurs explicatifs : différences au niveau des conditions de travail, des conditions et des modes de vie, de la consommation médicale (dont les inégalités d'accès aux soins et aux droits, le renoncement aux soins, le recours tardifs aux soins, etc)[13].

Les inégalités sociales de santé ont été théorisées comme étant le produit final et complexe des autres inégalités sociales, qu'elles soient de nature matérielle ou culturelle[14]. Leur existence et leur persistance posent de manière normative la question de la « justice sociale ». Les déterminants de ces inégalités de santé sont à identifier dans les rapports existant entre les inégalités sociales et l'état de santé à travers des désavantages directement liés à l'appartenance sociale mais aussi indirectement liés, dans la mesure où ils transitent par des médiations en rapport avec cette appartenance[15]. Il existe deux conditions pour pouvoir parler d'inégalités sociales de santé. Il doit d'abord s'agir d'un objet socialement valorisé (la vie face à la mort, la santé et le sentiment de bien-être face à la maladie, le handicap, la souffrance psychique et physique, etc.) ; cela doit ensuite concerner des groupes sociaux hiérarchisés selon une position dominant/dominé : des CSP, des groupes différenciés en fonction du revenu, du patrimoine, du niveau d'instruction, mais aussi en fonction du sexe et de l'origine

[11] Aïach et Cèbe, *op. cit.*, 2010.

[12] Calot, Gérard et Maurice Febvay, « La mortalité différentielle suivant le milieu social. Présentation d'une méthode expérimentée en France sur la période 1955-1960. Premiers résultats », *Études et conjonctures*, n° 11, 1965.

[13] Le champ de recherche sur les inégalités sociales de santé est très large. Pour un aperçu des travaux réalisés dedans, on peut se référer au rapport Potvin, Louise, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones, « Réduire les inégalités sociales en santé », Inpes, 2010. Pour un aperçu de ce champ de recherche, on peut également se référer Aïach, Pierre et Didier Fassin, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du praticien*, vol. 54, n° 20, 2004, p. 2221-2227. Voir également Leclerc Annette, Fassin Didier et Grandjean Hélène (eds.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte: Inserm, 2000, 448 p.

[14] Bartley, Mel, *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*, Hoboken, Wiley, 2004, 228 p.

[15] Aïach et Fassin, *op. cit.*, 2004.

géographique[16]. C'est cette conception que nous adoptons pour décrire les inégalités sociales de santé dans les PASS.

Les travaux de Luc Boltanski sur les usages sociaux du corps et la consommation médicale sont précurseurs dans le champ des inégalités sociales de santé[17]. En étudiant la diffusion de la culture savante (à l'exemple du savoir médical) dans une société hiérarchisée et stratifiée, l'auteur s'est intéressé aux relations entre médecins et patients issus des classes populaires. Il montre que le rapport malade-médecin qui s'établit est avant tout un rapport de classe. La proximité sociale et culturelle entre les médecins et les milieux favorisés offrent à ces derniers un rapport plus favorable à la médecine, alors que les membres des classes populaires font face à une distance sociale et culturelle qui les désavantage dans leur rapport à la médecine. Cette distance entraîne également des pratiques différenciées de la part des médecins qui prennent moins de temps pour « expliquer » leurs pratiques aux patients qu'ils jugent incapables de les comprendre. Le rapport de ces médecins aux classes populaires s'exerce donc sur un mode davantage autoritaire. Enfin, L. Boltanski montre que les usages sociaux du corps des classes populaires reposent sur leurs perceptions du corps, des symptômes, de la maladie, etc. qui sont déterminés par leur position sociale. Les classes populaires portent un regard moins conscient à leur corps, moins médicalisé que les classes aisées. La valorisation qui est faite de la force physique par exemple pousse à nier les états de fatigue ou à répugner à se sentir malade. De même, la façon de verbaliser un symptôme, de localiser la souffrance, ou même de somatiser, est en partie déterminée par la socialisation. À l'inverse, les classes aisées ont une perception et une verbalisation de ce qui a trait au corps plus proches du monde médical.

---

[16] Voir Aïach, Pierre, « Chapitre 7. De la justice sociale et des inégalités de santé : un couple indissociable », in Aïach, *op. cit.*, 2010, p. 111-131. Des travaux plus récents ont élargi l'étude des inégalités aux rapports de genre et de race. Voir les travaux de Marguerite Cognet sur les relations ethniques appliquées au domaine de la santé, la thèse de Dorothée Prud'homme sur les représentations et les pratiques mises en œuvre par les professionnels hospitaliers à l'égard de patients qu'ils identifient comme roms ou encore la thèse d'Estelle Carde sur les discriminations selon l'origine ethnique dans l'accès aux soins. Prud'homme, Dorothée, « La racialisation en urgence: représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms (2009-2012) », Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, 2015 ; Carde, Estelle, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins: Etude en France métropolitaine et en Guyane française », Thèse doctorat, Université de Paris-Sud. Faculté de médecine, Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, 2006b, 539 p. ; Cognet, Marguerite, *Migrations, groupes d'origines et trajectoires: vers une ethnicisation des rapports socioprofessionnels?: une étude de cas dans un établissement public de santé de la région Ile-de-France*, Lille, Atelier national de Reproduction des Thèses, 1999. Un tout récent numéro spécial de la revue *Agone* (n° 58, 2016) sur les inégalités de santé coordonné par Maud Gelly et Laure Pitti reflète bien l'actualité des recherches en sciences sociales sur ces thématiques. On peut notamment lire leur introduction au numéro : Gelly, Maud et Laure Pitti, « Une médecine de classe? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, n° 58, 29 Juin 2016, p. 7-18.

[17] Boltanski, Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 26, n° 1, 1971, p. 205-233 ; Boltanski Luc, *La découverte de la maladie. La diffusion du savoir médical,* Paris, Centre de sociologie européenne, 1968, 220 p.

## 1 - 2 Les inégalités sociales de santé à l'hôpital

D'autres recherches ont élargi les études sur les inégalités sociales de santé à l'organisation hospitalière et à la profession médicale. En se basant sur des enquêtes qualitatives de type ethnographiques, elles montrent les mécanismes complexes qui conduisent à l'augmentation de ces inégalités. À partir d'une enquête effectuée dans deux services d'hôpitaux parisiens, un service de médecine général accueillant des patients démunis et un service de chirurgie, Claudine Herzlich montre que le degré d'autonomie des médecins s'établit en fonction de leur degré de spécialisation et de la sélectivité du recrutement de leurs patients. Ainsi, les médecins du service de médecine générale perdent en pouvoir dans l'institution hospitalière en raison de leur faible spécialisation et de l'absence de sélection des patients. La hiérarchisation des patients est un résultat de ce phénomène : les patients tout-venants, qui ne sont pas sélectionnés, sont tout en bas de l'échelle et les patients qui représentent des « beaux cas », dont la valeur mobilisatrice de la maladie est importante, sont valorisés.

> « Tout se passe comme si, bien que la sécurité assure l'accès de tous à l'hôpital dans des conditions identiques, l'on retrouvait dans l'institution actuelle les traces de l'ancienne différenciation entre une médecine des riches, centrée sur la relation individuelle entre un médecin à haut statut professionnel et son client, et une médecine des pauvres, médecine publique et anonyme des grands nombres, abandonnée aux membres les moins prestigieux de la profession »[18].

Ce constat sur l'évolution de l'institution hospitalière rejoint celui fait par Antoinette Chauvenet à la même période sur les effets combinés de la « rationalisation financière, économique et organisationnelle » et de « l'industrialisation de la production » (entraînant des phénomènes de spécialisation, technicisation et rationalisation de l'activité hospitalière). Elle prédit une augmentation des inégalités sociales dans la consommation des soins. « L'organisation technique de la distribution des moyens » à l'hôpital engendre de l'inégalité sociale inscrite dans des filières de soins inégales, une sélection des patients socialement différenciée, une répartition inégale des équipements entre les services à travers la hiérarchie technique des hôpitaux et des spécialités. L'inégalité est induite par le « décalage entre le principe de déontologie médicale selon lequel chaque malade sans distinction doit pouvoir bénéficier de toutes les conquêtes des sciences médicales et les possibilités concrètes de réaliser ce principe »[19]. En définitive, la modernisation du système de santé décrite par Antoinette Chauvenet

---

[18] Herzlich, Claudine, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 41-59 (p. 57).

[19] Chauvenet, Antoinette, « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973a, p. 61-76, (citations p. 61 et 62).

alimente une tendance vers une « médecine de classe ». L'hôpital renferme plusieurs médecines hiérarchisées auxquelles correspond un système de sélection médico-administratif :

> « À côté d'une médecine à haute technicité, de services très spécialisés existent une médecine de masse, soumise au rendement économique et social, et une filière clandestine d'abandon médical et de relégation sociale »[20].

Nicolas Dodier et Agnès Camus feront un constat similaire vingt ans plus tard dans leur enquête dans un service d'urgences hospitalières. Ils observent les effets de la spécialisation et concluent qu'elle conduit à une plus grande sélection des patients, une tendance à l'écartement de la fonction sociale traditionnelle et une mobilisation différenciée des personnels de santé selon les demandes et les profils sociaux des patients (tendance à dévaloriser les demandes perçues comme « non médicales » qui sont souvent celles des patients démunis)[21]. Plus récemment, le travail de Nicolas Belorgey sur l'arrivée du *new public management* (NPM) à l'hôpital public au travers des réformes construisant la nouvelle gouvernance hospitalière laisse entrevoir l'accroissement des inégalités d'accès aux soins et aux services de santé provoqué par la standardisation des pratiques médicales aux dépens des patients les moins bien dotés socialement et économiquement. Il montre néanmoins que ces réformes ne s'appliquent pas de manière uniforme et qu'elles font l'objet de résistance de la part de nombreux professionnels[22]. Mais ce travail n'ayant pas pour objet spécifique l'étude des inégalités sociales de santé, il n'en explore les ressorts qu'en périphérie.

D'autres travaux ont étudié les effets du tournant néo-managérial dans les administrations de l'État social remplissant des missions auprès de publics précaires[23]. Les phénomènes de « dualisation » des services publics qui se divisent entre des dispositifs destinés à l'ensemble de la population « suivant des normes d'efficacité gestionnaire » et des services spécifiques réservés aux plus démunis entrainent des représentations culturalistes des publics les plus démunis. Ces derniers sont compris comme « difficiles », voire « agressifs » renforçant leur stigmatisation et permettent « un désengagement discret des institutions publiques au nom même de l'amélioration du service aux populations "en difficulté" »[24]. La course à la productivité et à la rationalisation

---

[20] Chauvenet, Antoinette, *Médecines au choix, médecine de classes*, Presses universitaires de France, 1978, 255 p. (p. 14) cité par Carricaburu, Danièle et Marie Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, France, A. Colin, 2004, 235 p. (p. 22).

[21] Dodier, Nicolas et Agnès Camus, « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, vol. 65, n° 1, 1997b, p. 109-119.

[22] Belorgey, Nicolas, *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte, 2010, 330 p.

[23] Voir Martin, Pascal, *Les métamorphoses de l'assurance maladie: conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres*, Rennes, PUR, 2016, 243 p. ; Gabarro, Céline, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, 2012b, p. 35-56 ; Siblot, Yasmine, *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*, Paris, France, Science Po, les Presses, 2006, 347 p.

[24] Siblot, Yasmine, « "Adapter" les services publics aux habitants des "quartiers difficiles". Diagnostics misérabilistes et réformes libérales », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 159, n° 4, 2005, p. 70-87 (citations p. 71 et 87).

tend par ailleurs à cantonner les personnes aux situations complexes dans des circuits spécifiques sous-dotés et embouteillés limitant leur accès aux droits et aux prestations.

Notre enquête propose d'étudier plus en avant les effets de l'organisation hospitalière[25] sur la prise en charge des plus démunis ; à la suite de ces travaux, nous nous intéresserons en priorité aux effets de l'organisation professionnelle et des réformes néo-managériales. De manière générale, en contraste avec les travaux cités ci-dessus qui ont abordé les inégalités sociales de santé à l'hôpital de manière détournée comme un résultat d'autres phénomènes qu'ils étudiaient principalement (les changements organisationnels de l'hôpital), notre étude propose de se pencher sur un dispositif ayant pour objectif annoncé de réduire les inégalités sociales de santé, notamment celles produites à et par l'hôpital. Il s'agira, par là, d'identifier la tension contenue dans l'institution hospitalière entre un modèle organisationnel producteur d'inégalités sociales de santé et la mission que s'est donnée cette institution de combattre ces inégalités.

## 1 - 3 L'assistance : traitement de la question sociale en santé et gouvernement des pauvres

> « La "question sociale" est une aporie fondamentale sur laquelle une société expérimente l'énigme de sa cohésion et tente de conjurer le risque de sa fracture. Elle est un défi qui interroge, remet en question la capacité d'une société (ce qu'en termes politiques on appelle une nation) à exister comme un ensemble lié par des relations d'interdépendance.[26] »

En mettant en scène l'action de la société afin de lutter contre ces inégalités sociales de santé, les Permanences d'accès aux soins invitent à s'interroger sur la fonction de cette action en termes de régulation de l'ordre social et de gouvernement des populations qu'elles accueillent.

La PASS est une structure assistancielle qui accueille ceux que la littérature sociologique appelle depuis les années 1990 les « désaffiliés »[27] ou les « disqualifiés ». Les concepts de « désaffiliation » et de « disqualification » définissent sociologiquement ce que le sens commun appelle « l'exclusion » depuis les années 1980. Serge Paugam parle ainsi de « disqualification » afin de souligner le caractère multidimensionnel, dynamique et évolutif de la pauvreté et le statut social des pauvres pris en charge au titre de l'assistance[28]. Ce concept s'appuie sur la définition de la pauvreté construite par Georg Simmel. Ce dernier comprend la pauvreté comme une notion relative (la pauvreté est une condition relative dans le temps et l'espace, mais aussi par rapport

[25] Nous entendons par « organisation hospitalière » tous les éléments qui ont trait à la réalisation de ses activités.
[26] Castel, Robert, *op. cit.*, 2007, p. 25.
[27] Castel, *op. cit.*, 1995, p. 28 et suiv.
[28] Paugam, Serge, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, (1991) 2009, 256 p.

au milieu social) qui se caractérise par la relation d'un individu à l'assistance[29]. Ainsi, pour S. Paugam, « la pauvreté n'est pas seulement l'état d'une personne qui manque de biens matériels, elle correspond également à un statut social spécifique, inférieur et dévalorisé »[30] et ce sont les relations d'assistance qui confèrent ce statut social au pauvre. D'après S. Paugam, la pauvreté n'est pas une condition objective, mais une catégorie qui émerge à travers une définition socialement construite qui place le « pauvre » au bas de l'échelle sociale et lui attribue une identité stigmatisante, celle d'assisté. Robert Castel parle, quant à lui, de la désaffiliation, « c'est-à-dire [du] décrochage par rapport aux régulations à travers lesquelles la vie sociale se reproduit et se reconduit »[31]. Cette notion est assez proche de celle de S. Paugam, mais elle insiste sur la dimension dynamique : la désaffiliation est l'aboutissement d'un processus. En ce sens, elle se distingue d'une vision duale entre exclusion et inclusion. Au contraire, les individus occupent des places au sein d'un « continuum de positions qui coexistent dans un même ensemble et se "contaminent" les unes les autres ». Il précise que :

> « l'exclusion n'est pas une absence de rapport social mais un ensemble de rapports sociaux particuliers à la société prise comme un tout. Il n'y a personne en dehors de la société, mais un ensemble de position dont les relations avec son centre sont plus ou moins distendues »[32].

Nous reprenons à notre compte la notion de désaffiliation[33] développée par R. Castel pour étudier la question sociale dans le domaine de la santé. C'est dans ces termes relationnels et dynamiques que nous comprenons également le concept d'exclusion dans ce travail de thèse. Ce dernier est mobilisé afin de souligner la dialectique entre inclusion et exclusion très présente dans la question sociale et que nous tenterons de dépasser.

L'étude de la question sociale contemporaine met en miroir la désaffiliation et l'exclusion sociale avec une autre notion, celle de précarité, elle aussi apparue dans les années 1980. Le diagnostic établi de cette nouvelle « question sociale » lie la « précarité » et l'« exclusion sociale » à des « risques » et de l'« insécurité » ; il rencontre un fort succès, à la fois dans le monde politique[34], associatif[35] et scientifique[36]. Il constitue depuis lors la manière principale de lire la

---

[29] Simmel, Georg, *Les pauvres*, Paris, Presses universitaires de France, (1907) 2005, 102 p.

[30] Paugam, *op. cit.*, 2009, p. 15.

[31] Castel, Robert, *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*, Paris, Éditions du Seuil, 2009, 460 p. (citation p. 292).

[32] Castel, *op. cit.*, 2007, p. 715.

[33] Nous préférons la notion de désaffiliation à celle de disqualification car cette dernière est utilisée par S. Paugam pour étudier les phénomènes de subjectivité et d'intériorisation d'identité dévalorisée, alors que la première vise à décrire les mécanismes sociaux menant à l'exclusion sociale produit, comme nous proposons de le faire dans ce travail.

[34] Wresinski, Joseph, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Conseil Économique et Social, 1987.

[35] Viguier, Frédéric, « Les paradoxes de l'institutionnalisation de la lutte contre la pauvreté en France », *L'Année sociologique*, vol. 63, n° 1, 2013, p. 51-75 ; Viguier, Frédéric, « La cause des pauvres: mobilisations humanitaires et transformations de l'État social en France (1945-2010) », thèse de doctorat de sociologie, Paris, EHESS, 2010.

[36] Paugam, *op. cit.*, 2009 ; Pétonnet, Colette, « La pauvreté dans les pays riches », *Points d'Histoire*, 1987, p. 120-126.

« fracture sociale »[37] qui menace la société depuis la crise économique structurelle qui s'est installée après les chocs pétroliers de 1973 et 1979 et la fin des Trente Glorieuses et remet en cause la croyance dans la marche vers l'égalisation des conditions promise par l'essor de l'État providence[38].

La précarité est comprise comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux »[39]. Dépassant une compréhension du phénomène de pauvreté comme exclusivement monétaire et comme un état figé dans le temps, la précarité est vue comme un processus dynamique et elle intègre toutes les dimensions de la vie sociale : le logement, la famille, le travail, la santé, etc. En ce sens, elle s'articule avec les notions de désaffiliation et d'exclusion définies plus haut. La précarisation dans les différents domaines de la vie conduit à la désaffiliation et à l'exclusion sociale.

La notion de question sociale, que Robert Castel emprunte aux débats sur le paupérisme engendré par l'essor du capitalisme industriel au XIXe siècle, souligne l'échec relatif de la société dans sa capacité de cohésion sociale. L'ordre économique qu'apporte la Révolution industrielle engendre une forte pauvreté qui menace l'ordre social et la question se pose alors « de la place que peuvent occuper dans la société industrielle les franges les plus désocialisées des travailleurs. La réponse à cette question sera l'ensemble des dispositifs montés pour promouvoir leur intégration »[40]. C'est « l'invention du social »[41] : des mécanismes de redistribution des richesses par des systèmes d'assurance et d'assistance permettant de réguler les fortes inégalités et concourant à une stabilisation de la cohésion sociale. La répression, l'enfermement, l'éloignement constituent le second pendant, davantage ancré dans l'histoire, du traitement par l'État de la menace que constituent les exclus sociaux. L'étude de la question sociale s'intéresse donc aux réactions de la société face à ses marges désaffiliées.

> « Le processus par lequel une société expulse certains de ses membres oblige à s'interroger sur ce qui, en son centre, impulse cette dynamique. C'est cette relation cachée du centre à la périphérie qu'il faut maintenant essayer de dégager. Le cœur de la problématique de l'exclusion n'est pas là où l'on trouve les exclus »[42].

Cette lecture de la question sociale contemporaine renvoie aux dysfonctionnements structurels des sociétés capitalistes occidentales modernes échouant à assurer les sécurités fondamentales et produisant un défaut d'intégration et de régulation chez certaines catégories

---

[37] Gauchet Marcel, *Le désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*, Paris, Gallimard, (1985) 2005, 457 p.

[38] C'est d'ailleurs cette lecture de la société qui a engendrée les études sur les inégalités sociales de santé. Ces dernières voient la (mauvaise) santé comme un facteur de risque qui est distribué socialement de manière inégale.

[39] Wresinski, *op. cit.*, 1987, p. 6.

[40] Castel, *op. cit.*, 2007, p. 25-26.

[41] Donzelot, Jacques, *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, Éd. du Seuil, 1994, 263 p., cité par Robert Castel, *ibid.*

[42] Castel, *op. cit.*, 2007, p. 170-171.

de la population[43]. L'étude de ces phénomènes dans leur manifestation contemporaine dans le domaine de la santé est au cœur de notre travail.

L'assistance est un type de politique sociale mis en place afin de résoudre la question sociale dans la société contemporaine. Elle est le mode de gouvernement des pauvres qui domine dans les politiques publiques visant à « lutter contre l'exclusion » depuis les années 1980. Elle vise à apporter un secours ou une aide (sous forme de prestations monétaires, de biens ou de services) afin de protéger dans un domaine de la vie des individus ne disposant pas de ces protections et d'enrayer un processus d'exclusion. La permanence d'accès aux soins de santé s'inscrit directement dans le mouvement de renforcement de ces politiques assistancielles visant des groupes de la population menacés d'exclusion.

De nombreux travaux en sciences sociales ont montré les caractéristiques de ce mode de gouvernement et les effets contraires à ceux affichés en termes d'intégration et de cohésion sociales. Ainsi, les processus « d'individualisation du droit et des protections » que signent le renouveau des politiques d'assistance, identifiés par Robert Castel, tendent à responsabiliser les désaffiliés, plutôt que de remettre en cause les mouvements structuraux ayant mené à leur exclusion[44]. En privilégiant des critères soumis à appréciation, plutôt que des critères de droit, et des contreparties en termes « d'insertion » (recherche d'emploi, démarches administratives, etc.), ces prestations introduisent une notion de « mérite » dans leurs mécanismes d'attribution et distinguent les pauvres méritants de ceux qui ne le sont pas (et par extension les « pauvres légitimes à recevoir l'aide » des « pauvres illégitimes »). En cela, l'assistance moderne moralise les pauvres et leur « assigne des identités » (qui s'inscrivent dans un spectre allant du « bon pauvre » au « mauvais pauvre »). Elle entretient par ailleurs une suspicion visant à protéger ses prestations des « abus » exercés par les demandeurs illégitimes et maintient ainsi une domination sociale envers ces publics.

Vincent Dubois a insisté sur le rôle essentiel des *street-level bureaucrats* (les agents de ces administrations directement au contact du public) dans la réalisation de ces politiques, ils y jouent celui d'« entrepreneurs de morale ». Ils disposent d'une marge de manœuvre importante dans l'interprétation des règles leur donnant un pouvoir discrétionnaire et rendant l'attribution de l'aide incertaine[45]. L'assistance moderne renoue avec une tradition ancienne de l'assistance en contrôlant les comportements et en inculquant des normes de bonne conduite. Les différentes

---

[43] Ce diagnostic social est fortement imprégné de la sociologie durkheimienne analysant le défaut ou l'excès de lien social comme des « pathologies sociales » et résultant d'un défaut ou d'un excès de régulation sociale et/ou d'intégration sociale. Voir notamment Durkheim, Émile, *Le suicide. Étude de sociologie*, Paris, France, PUF, (1897) 2013, 463 p. ; Durkheim, Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France/Quadrige, 2002 (1893), 149 p. ; Durkheim, Émile, *De la division du travail social*, Paris, PUF, Quadrige, (1893) 2004, 416 p.

[44] Castel, *op. cit.*, 2007, p. 766.

[45] Dubois, Vincent, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Éd. Economica, coll. « Études politiques », 2010, 204 p.

études ethnographiques font ressortir le rôle essentiel que jouent les ensembles de valeurs, de sentiments et d'émotions dans ce gouvernement par le bas laissant entrevoir la centralité d'une « économie morale »[46] dans le domaine de l'assistance. Elle contient une tension fondamentale et historiquement ancrée entre une fonction d'aide et d'intégration d'un côté et une fonction de contrôle et de répression de l'autre, entre inclusion et exclusion[47]. Loin d'entrer en contradiction avec les réformes gestionnaires et les restrictions budgétaires que connaissent les différentes administrations publiques de l'État social, l'assistance s'adapte dans sa forme moderne aux règles du *New public management* (NPM), voire se redéfinit en fonction de ces dernières[48].

Les études abordant cette question dans le domaine de la santé sont rares. Daniel Cefaï et Edouard Gardella se sont intéressés au dispositif d'assistance sociomédicale du Samusocial de Paris pour décrire « l'urgence sociale en action » et comprendre la mise en œuvre de cette politique sociale publique sur le terrain[49]. Grâce à une « ethnographie morale », ils décrivent notamment l'urgence comme une technique de gouvernement des sans-abri et en restituent ses dimensions politiques et morales. Isabelle Parizot, elle, a mené une enquête analysant l'assistance sociomédicale aux plus démunis dans deux types de centres de soins gratuits : les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les dispensaires associatifs de Médecins du Monde[50]. À l'aide d'une classification de différentes « carrières morales des assistés »[51], elle a étudié les rapports sociaux autour des processus identitaires et décrit les expériences vécues qu'engendre la fréquentation de ces lieux :

> « Les expériences vécues par les patients apparaissent intimement liées à leur capacité à faire face au discrédit de l'assistance. L'assistance sociomédicale représente en effet une expérience stigmatisée, conduisant en cela à une trajectoire institutionnelle particulière. »[52]

---

[46] Pour Didier Fassin, une « économie morale correspond à la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social. (Fassin, Didier et Jean-Sébastien Eideliman, « Introduction. Défense et illustrations des économies morales », *in* Didier Fassin et Jean-Sébastien Eideliman (dir.), *Economies morales contemporaines*, Paris, La Découverte « Recherches », 2012, p. 9-18., citation p. 12).

[47] Geremek, Bronisław, L*a potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Gallimard, (1987) 2010, 330 p. ; Castel, *op. cit.*, 2007 ; Foucault, Michel, Blandine Kriegel, Anne Thalamy, François Béguin et Bruno Fortier, *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, Belgique, 1979, 184 p. ; Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 2009, 214 p.

[48] Le *New public management* caractérise les réformes gestionnaires et néo-mangériales qu'ont connues les administrations publiques depuis les années 1990 et qui sont importées du secteur privé. Nous revenons dessus dans le chapitre I. Voir notamment Martin, *op. cit.*, 2016 ; Siblot, *op. cit.*, 2005 et Gabarro, *op. cit.*, 2012b.

[49] Cefaï, Daniel et Edouard Gardella, *L'urgence sociale en action: ethnographie du Samu social de Paris*, Paris, la Découverte, 2011, 575 p.

[50] Parizot, Isabelle, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social », 2003, 296 p.

[51] Notion qu'elle emprunte à Serge Paugam (2009) qu'il utilise dans son analyse de la nouvelle pauvreté et qu'il emprunte lui-même aux études jnteractionnistes sur la déviance d'Erwing Goffman et de Howard Becker. Paugam, Serge, *op. cit.*, 2009 ; Becker, Howard, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Editions Métailié, (1963) 2012, 247 p. ; Goffman, Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, France, Éd. de Minuit, (1961) 1984, 447 p.

[52] Parizot, *op.cit*, 2003, p. 251-252.

L'auteur conclut son étude en suggérant que si l'assistance (dans le milieu associatif et hospitalier) discrédite et stigmatise ses usagers d'un côté, elle contribue à produire du lien social et à actualiser une solidarité de proximité de l'autre. Mais très peu d'éléments permettent de saisir l'autre face de l'assistance, celle qui reproduit les inégalités sociales de santé et contribue à la domination des groupes sociaux auxquels elle se destine en stratifiant le système de santé à différents niveaux. Les deux « univers symboliques » distincts de l'assistance en santé qu'elle décrit, l'un « médical » (ayant cours à l'hôpital) et l'autre « humaniste » ayant cours dans le monde associatif, sont une piste pour décrire l'action dans les PASS. Nous montrerons cependant les limites de son analyse qui n'est pas différenciée (n'ayant étudiée qu'une seule PASS, elle présente un « univers symbolique médical » unique comme modèle de l'action à la PASS) et ne prend pas assez en considération les divisions à l'intérieur de l'espace hospitalier ou d'autres facteurs (notamment organisationnels et budgétaires, mais pas seulement), pourtant essentiels pour comprendre les normes et les valeurs qui guident l'action dans les PASS.

Ce travail propose donc de voir dans quelle mesure les PASS ont pour fonction de gouverner ses patients et s'inscrit dans les logiques assistancielles décrites plus haut. Nous chercherons à présenter les principaux traits de l'économie morale de l'assistance en santé, c'est-à-dire « l'ensemble de valeurs, de sentiments et d'émotions » qui s'est constitué « comme dominant, légitime et évident » à l'intérieur du « cadre historique, politique et social » qui est le sien[53]. Il s'agira notamment d'identifier les mécanismes d'inclusion et d'exclusion du dispositif et les différentes catégories de patients construites par les professionnels afin d'apporter, en dernière analyse, des éléments de compréhension de ce système de gouvernement en santé. Nous nous interrogerons également sur la possible reconfiguration de l'économie morale de l'assistance en santé qu'entraîneraient les réformes gestionnaires et budgétaires.

Enfin, une particularité de la PASS est qu'elle se destine principalement (mais non exclusivement) à des patients étrangers. Elle ne participe donc pas seulement à un gouvernement des pauvres, mais également de la migration. Le gouvernement de la migration par l'assistance n'a jamais fait l'objet de travaux à notre connaissance. En cela, nous rapprocherons notre analyse de travaux étudiant le gouvernement de la migration par le bas dans d'autres lieux. Alexis Spire a étudié les « guichets de l'immigration » (préfectures, direction du travail, ambassades françaises à l'étranger) et a montré l'inscription de l'action des agents de ces guichets dans le maintien de l'ordre national. Ce dernier se décline entre l'ordre public (lutte contre la fraude), ordre moral (prévenir les possibles « abus » d'étrangers qui menacent le

[53] Fassin et Eideliman, *op. cit.*, 2012, p. 17.

modèle social) et l'ordre économique (« utilité » pour la communauté française)[54]. Nous verrons en quoi l'analyse de l'activité dans les PASS peut se rapprocher de son analyse.

## 1 - 4 De l'augmentation du magistère de la médecine au gouvernement des pauvres

Le croisement de l'étude des inégalités sociales de santé et de celle du gouvernement des pauvres invite à identifier ce que Didier Fassin a qualifié de « sanitarisation du social ». Ce phénomène récent désigne une traduction d'un problème social en phénomène sanitaire « où le politique se dit dans le langage médical » ou, en d'autres termes, une pathologisation et une médicalisation des problèmes sociaux[55]. Ce concept est un développement des travaux rendant compte de la médicalisation de la société, c'est-à-dire de l'extension du pouvoir de la médecine dans la société[56]. La « sanitarisation » peut être comprise comme l'autre direction que prend le phénomène de médicalisation dans la société moderne par rapport à celle décrite par les travaux sur la « biomédicalisation » désignant les transformations technoscientifiques relatives à la santé, la maladie et la médecine à partir des années 1985[57].

Mais le phénomène de « sanitarisation du social » est-il si récent ? Le gouvernement des pauvres dans le domaine médico-sanitaire a une longue histoire, aussi vieille que celle de l'institution hospitalière elle-même. Cette histoire souligne la tension entre les fonctions assistancielle répondant au risque d'exclusion[58] et celles répressives, de contrôle, de maintien de l'ordre, etc[59]. En fait, elle renvoie au traitement de la question sociale dans sa dimension

---

[54] Spire Alexis, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, 2008, 124 p.

[55] Fassin, Didier, « Les politiques de la médicalisation », in Aïach, Pierre et Daniel Delanoë, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Economica, 1998, 251 p. (p. 1-14, citation p. 10). Voir aussi Fassin Didier, *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France, 1996, 324 p.

[56] Voir entre autres : Conrad, Peter, *Deviance and medicalization. From badness to sickness*, Philadelphia, Temple Univ. Press, 1992b (1980), 327 p. ; Illich, Ivan, *Medical nemesis. The expropriation of health*, Pantheon Books, 1982 (1975), 308 p. Du côté français, on peut se référer à Aïach Pierre et Daniel Delanoë, *op. cit.*, 1998 et Panese, Francesco et Vincent Barras, « Médicalisation de la «vie» et reconfigurations médicales », *Revue des Sciences Sociales*, n° 39, 2008, p. 20-29.

[57] Clarke, Adele E., Laura Mamo, Jennifer R. Fishman, Janet K. Shim et Jennifer R. Fosket, « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *American Sociological Review*, vol. 68, n° 2, Avril 2003, p. 161-194. Dépassant l'ère de la médicalisation de la société, la biomédicalisation accompagne le remodelage des infrastructures organisationnelles, techniques, informationnelles, notamment à travers la généralisation de l'outil informatique et des technologies de l'informations. Les auteurs identifient cinq tendances de fonds consubstantielles à ce phénomène : (1) l'explosion du secteur économique de la biomédecine (dans un système que les auteurs appellent « Biomedical TechnoService Complex, Inc. »), (2) la focalisation croissante sur la santé de manière générale (au-delà de la maladie et du pathologique) et le développement d'une surveillance et d'une gestion des risques biomédicaux, (3) le caractère de plus en plus technologique et scientifique de la biomédecine, (4) les transformations de la manière dont les savoirs biomédicaux sont produits, distribués et consommés et les transformations dans la gestion des informations médicales et (5) la capacité nouvelle des corps à se transformer et à intégrer de nouvelles propriétés et la production de nouvelles identités technoscientifiques individuelles et collectives (identités façonnées par des caractéristiques biomédicales comme, par exemple, les prédispositions génétiques, des groupes de patients à « haut-risque », etc.).

[58] Castel, *op. cit.*, 2007.

[59] Foucault, Michel, Blandine Kriegel, Anne Thalamy, François Béguin et Bruno Fortier, *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, Belgique, 1979, 184 p.

biopolitique[60]. La biopolitique marque avant tout un changement d'orientation du pouvoir politique (que Michel Foucault situe aux alentours du XVIIIe siècle) qui se donne comme « fonction de gérer la vie » (« d'assurer, de soutenir, de renforcer, de multiplier la vie et la mettre en ordre »). Cela devient sa « raison d'être » et « la logique de son exercice »[61]. M. Foucault définit la biopolitique comme « la manière [...] de rationaliser les problèmes posés à la pratique gouvernementale par les phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en population : santé, hygiène, natalité, longévité, races... »[62]. La biopolitique, en tant que technologie politique de la vie, s'est développée autour de deux axes : les disciplines des corps (dressage, intensification et distribution des forces, ajustement et économie des énergies) et la régulation des populations (naissance, niveau de santé, durée de vie, etc.)[63]. Cette perspective invite à élargir les enjeux de la question sociale. Ces derniers ne s'expriment plus seulement en termes d'intégration et de cohésion sociale ou de régulation sociale, mais également en termes biopolitiques, c'est-à-dire que ces enjeux relèvent du gouvernement des personnes menacées d'exclusion sociale en tant qu'êtres vivants. Nous nous interrogerons donc sur les fonctions biopolitiques remplies par les permanences d'accès aux soins, notamment à travers l'étude de ses missions dites de santé publique.

Mais ce n'est pas tout ce que la perspective biopolitique apporte à notre analyse. Les théoriciens de la biopolitique qui ont suivi Michel Foucault ont mobilisé la distinction aristotélicienne entre la *zoé* — la vie biologique, physique qui est la même chez les animaux et l'homme — et la *bios* — la vie de l'homme augmentée de sa dimension politique, celle inscrite dans un espace social[64]. Cette distinction permet de conceptualiser différentes valeurs de la vie selon qu'on considère la *zoé* ou la *bios*, distinction qui irait d'une vie biologique — ou vie nue — à une vie augmentée par ses dimensions sociales et politiques. Didier Fassin propose de concevoir la biopolitique en tant que politique du « vivant » au sens utilisé par Georges Canguilhem[65] (c'est-à-dire compris dans sa matérialité, reliant le biologique au vécu expérientiel)[66]. Grâce à cet élargissement, D. Fassin a décrit la « raison humanitaire », ce mode

---

[60] Ce concept a été développé par Michel Foucault dans ses cours au Collège de France (1975-1976 et 1978-1979) et dans le premier tome de l'*Histoire de la sexualité.* Foucault, Michel, *Il faut défendre la société: cours au Collège de France, 1975-1976*, Paris, Gallimard/Seuil, coll. « Hautes études », 1997, 283 p. ; Foucault, Michel, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976b ; Foucault, Michel, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, EHESS, Gallimard, Seuil, 2004, 355 p.

[61] Foucault, Michel, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976b, p. 181

[62] Foucault, Michel, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, EHESS, Gallimard, Seuil, 2004, 355 p. (p. 323).

[63] Foucault, *op. cit.*, 1976b, p. 181, 182 et 191.

[64] La distinction entre *zoé* et *bios* a été mobilisée et conceptualisée dans la philosophie moderne par Hannah Arendt et reprise par Giorgio Agamben qui l'a appliquée au concept foucaldien de biopolitique pour expliquer son concept de la *vie nue*. G. Agamben explique que la modernité remet en cause la différence et l'écart entre *zoé* et *bios*, elles « entrent dans une zone d'indifférenciation irréductible » ce qui rendrait possible le totalitarisme (p. 17). Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Pocket, 1988, 406 p. ; Agamben, Giorgio, *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Éd. du Seuil, 1997, 213 p.

[65] Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, (1966) 2009 224 p.

[66] Fassin, Didier, « La biopolitique n'est pas une politique de la vie », *Sociologie et sociétés*, vol. 38, n° 2, 2006b, p. 35-48.

de gouvernement de la question sociale basé sur des sentiments moraux comme la compassion, une échelle de légitimité de la souffrance et une protection de la vie dans sa dimension sacrée[67]. Ce dernier élément repose sur une conception d'un gouvernement biopolitique moral protégeant la *zoé* — ce qu'il appelle la biolégitimité.

Miriam Ticktin, dans son ouvrage *Casualties of care* étudiant les politiques d'immigration française depuis la fin des années 1990, défend une idée similaire : l'emprise grandissante d'un mode de gouvernement de la migration sur un mode humanitaire (temporalité de l'urgence, centralité de la compassion et de la souffrance…). Elle montre notamment que la focalisation sur la souffrance de l'exception humanitaire tend à réduire l'aide apportée autour de la préservation de la vie biologique (*zoé*) au détriment d'une reconnaissance de la vie politiquement et socialement constituée (*bios*). La clause humanitaire permettant aux étrangers malades d'obtenir un titre de séjour temporaire, par exemple, ne permet pas d'obtenir automatiquement une autorisation de travailler. Ces étrangers malades obtiennent donc en quelque sorte un « droit de ne pas mourir », sans que leur soient associés des droits politiques[68]. En partant de ces résultats, on peut se demander dans quelle mesure la PASS participe à un « gouvernement humanitaire » qui s'inscrit dans un univers moral protégeant en priorité la vie biologique au détriment de la vie politique des patients. L'accès aux soins des patients de la PASS est-il conditionné par la reconnaissance de leur souffrance chez eux par les professionnels ? Ces questionnements recoupent ceux sur le gouvernement assistanciel concernant l'économie morale de l'assistance en santé.

Par ailleurs, la PASS accueillant presque exclusivement des étrangers, dont de nombreux en situation irrégulière, nous nous demanderons si cette biopolitique n'est pas aussi un gouvernement de l'immigration régulant indirectement les migrations liées à la santé. Enfin, à partir de ce cadre théorique, nous nous interrogerons sur les manifestations des inégalités dans les pratiques quotidiennes : Comment s'inscrivent-elles à l'intérieur des corps des patients ? Quelles sont les valeurs de la vie différenciées qu'elles attribuent ? Sur quels critères se basent-elles ? On s'interrogera également sur le rôle des critères de citoyenneté et budgétaires. Quelles sont les relations entre différenciation de valeurs de la vie, statut de citoyenneté et coût des prises en charge de soin ? Enfin, ces inégalités de valeur de la vie ne sont-elles pas, en dernière analyse, l'expression d'un système de santé stratifié à l'intérieur duquel le degré de *bios* reconnu correspond à un certain degré de protection de la santé ? Au bout du compte, la question qui nous intéresse

[67] Fassin, Didier, *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard: Seuil, 2010, 358 p.

[68] Ticktin, Miriam, *Casualties of care: immigration and the politics of humanitarianism in France*, Berkeley, University of California Press, 2011, 295 p.

est de savoir ce que la PASS nous dit sur la biopolitique contemporaine. Quels sont les objectifs recherchés ? Quels sont ses « biopouvoirs »[69] et comment s'exercent-ils ?

Afin de répondre aux différentes questions posées ci-dessus, il nous faudra saisir plus précisément notre objet d'étude. Nous avons identifié deux pans qu'il s'agira de définir et de délimiter dans la suite du travail : 1) la question sociale en santé et 2) l'espace du soin de la précarité. La prochaine section présente l'enquête de terrain et la méthode.

# 2 PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE ET DE LA MÉTHODE

## 2 - 1 Du terrain vers la théorie

La présente étude s'appuie sur une enquête de terrain réalisée entre juin 2010 et décembre 2013 dans des Permanences d'accès aux soins de santé et dans des structures gravitant autour d'elles (associations et tutelles institutionnelles).

La démarche adoptée pour ce travail mêle une approche hypothético-déductive et une approche inductive. Cette méthode, défendue par Pierre Bourdieu, Jean-Claude Chamboredon et Jean-Claude Passeron, permet d'élaborer des hypothèses de départ guidant l'entrée sur le terrain et de les faire évoluer en les confrontant au terrain[70]. En ce qui concerne la montée en généralité, nous avons mobilisé la *grounded theory* ou théorie ancrée (ou encore théorie fondée sur les faits)[71]. Cette méthode inductive consiste à élaborer de la théorie en partant du terrain sur lequel sont réalisés observations et entretiens qui sont construits et comparés selon la méthode de l'échantillonnage théorique[72]. En ce sens, le terrain acquiert une double fonction, il permet de produire les données et il est le lieu de l'interprétation. Il y a un mouvement de va-et-vient continuel entre le terrain et la théorie qui se nourrissent l'un et l'autre[73], dont le but n'est pas de vérifier des hypothèses préalablement construites, mais de comprendre le fonctionnement

[69] Le biopouvoir, selon Foucault, est un rapport entre le pouvoir et la vie, c'est un mode spécifique d'exercice du pouvoir qui prend pour objet la vie elle-même.

[70] Bourdieu Pierre Auteur, Jean-Claude Chamboredon et Jean-Claude Passeron, *Le métier de sociologue: préalables épistémologiques*, Berlin, 2005, 357 p.

[71] Corbin, Juliet M. and Anselm L. Strauss, *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, Calif: Sage Publications, Los Angeles, 2008, 379 p.

[72] L'échantillonnage théorique consiste à faire évoluer le choix des personnes et des lieux enquêtés en fonction des résultats de l'analyse des éléments de l'enquête empirique précédemment réalisée et ce jusqu'à saturation des résultats (lorsque les observations ou les entretiens n'apportent plus rien de nouveau à l'analyse). Voir Corbin *et al.*, 2008.

[73] Glaser, Barney G. et Anselm L. Strauss, *La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin, 2009, 409 p. Pour une synthèse de cette méthode, nous renvoyons à l'introduction à l'ouvrage d'Anselm Strauss par Isabelle Bazsanger (Baszanger, Isabelle, « Introduction », in Strauss, Anselm L, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 11-63).

interne de l'objet social étudié et d'en dégager des mécanismes sociaux intelligibles qui sont élaborés en hypothèses.

Cette démarche sera aisée à reconnaître tout au long de ce travail : c'est à partir du terrain que se sont construites les réflexions et les montées en généralité. Si au départ nos questionnements se sont concentrés autour de la question sociale, l'enquête empirique nous a poussé à l'élargir pour construire un cadre théorique y intégrant des réflexions autour de la biopolitique, de la citoyenneté, de la sociologie des professions et des organisations. De par les thématiques qu'elle traite, cette recherche se situe au croisement de plusieurs disciplines : l'anthropologie de la santé, la sociologie de la santé et des professions, la sociologie des organisations et la sociologie des politiques publiques.

Pour réaliser l'enquête ethno-historico-sociologique[74], nous avons recouru aux méthodes classiques de la sociologie qualitative, celles de l'entretien semi-directif, de l'observation (participante, semi-participante) et de la recherche documentaire et bibliographique (ouvrages académiques et rapports)[75]. Le choix des PASS observées et des professionnels rencontrés s'est fait selon la méthode de l'échantillonnage théorique, c'est-à-dire que l'échantillon a été construit de manière progressive et s'est développé au fur et à mesure que le cadre théorique s'est affiné. En tout, des entretiens ont été conduits auprès de 40 professionnels et militants associatifs gravitant autour des PASS, 16 PASS ont été visitées dans huit villes différentes[76] et des observations ont été réalisées dans cinq d'entre elles. Nous avons réalisé une enquête approfondie avec des observations prolongées dans deux PASS, la PASS René Barthe de l'hôpital A (CHU de banlieue parisienne) et la PASS Apollinaire de l'hôpital C (CHU parisien). D'autres observations participantes ont été réalisées au sein d'un groupe de travail sur les PASS animé par une Agence régionale de santé (ARS), du Collectif PASS, d'un centre de santé gratuit de Médecins du Monde et d'un collectif d'association de défense des droits des étrangers (voir les tableaux 1 et 2 ci-contre). Des observations ponctuelles ont été réalisées à l'occasion de quatre colloques réunissant des PASS au niveau national et lors de l'assemblée générale de l'Association des professionnels de PASS de la région Rhône-Alpes (APPASSRA). Les entretiens ont été menés sur le type du « récit de vie »[77],

---

[74] O. Bertaux définit la perspective ethnosociologique comme « s'inspir[ant] de la tradition *ethnographique* pour ses techniques d'observation, mais qui construit ses objets par référence à des problématiques *sociologiques* » (Bertaux, *op. cit.*, p. 17). Elle suppose que « tout phénomène social est inséré dans le mouvement historique général de transformation des sociétés » (*ibid.* p. 16).

[75] Olivier de Sardan, Jean-Pierre, *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant, 2008, 365 p.

[76] Le choix de l'échantillon a privilégié une diversité géographique et contient des PASS de la banlieue parisienne, de Paris et de grandes et moyennes villes de région (nous nous sommes rendu à Marseille, Saint-Étienne, Grenoble, Lyon et à Elbeuf en Haute Normandie). Les PASS des espaces ruraux et semi-ruraux ont été exclues du corpus simplement parce qu'il a été nécessaire de délimiter l'enquête de terrain et l'objet d'étude. Cette recherche concerne donc l'accès aux soins en milieu urbain en France. Un autre critère a été d'explorer la diversité organisationnelle. Pour cela, nous avons cherché à étudier des PASS dédiées (c'est-à-dire des PASS disposant de locaux propres et de personnel — assistantes sociales et médecins) et transversales (c'est-à-dire les PASS prenant la forme d'un dispositif transversal à l'hôpital et centré sur le service social). Voir le chapitre 3 pour plus de précision sur les différents modèles organisationnels.

[77] Bertaux, *op. cit.*, 2010.

| Tableau 1 : E N T R E T I E N S | |
|---|---|
| Médecins responsables de PASS | 11 |
| Médecins attachés PASS et internes | 4 |
| Assistantes sociales | 11 |
| Infirmières | 3 |
| Cadres socioéducatifs | 2 |
| Directeur d'hôpital | 1 |
| Coordinateur régional | 1 |
| Employés des tutelles (Agences régionales de santé, AP-HP, ministère de la santé) | 5 |
| Responsables d'association promouvant l'accès aux soins | 2 |
| Total | 40 |

ils ont eu pour objet de retracer la constitution d'un espace du soin de la précarité et d'en comprendre le fonctionnement. Nous avons cherché à recueillir un discours narratif (le récit qu'un enquêté fait sur sa vie), notamment sur les pratiques, où l'enquêté a tenu un rôle d'informateur. Nous nous sommes également intéressé aux représentations des acteurs, leur ressenti et leurs opinions, en d'autres termes aux subjectivités, afin de mettre à jour les registres moraux des normes ayant cours dans le monde social étudié. Nous nous sommes efforcé, par ailleurs, de replacer ces pratiques et représentations dans leurs dimensions économique, sociale, politique et symbolique. Enfin, nous avons collecté des rapports d'activité (n=17) et des études sur les PASS (notamment afin de caractériser les patients), des documents internes qui datent de l'apparition des PASS, des rapports officiels et associatifs traitant de problèmes de l'accès aux soins et de thématiques proches.

| Tableau 2 : LIEUX D'ENQUÊTE | | |
|---|---|---|
| **PASS** | **INSTITUTIONS** | **ASSOCIATIONS** |
| **PASS parisiennes (6)**<br><br>Hôpital C (CHU ; AP-HP) : PASS Apollinaire, PASS dédiée, observations et entretiens (n=10)<br>+ PASS gynéco : PASS spécialisée, entretien (n=1)<br>Hôpital H (CHU ; AP-HP) : PASS dédiée, entretien (n=1)<br>Hôpital J (CHU ; AP-HP) : PASS dédiée, observations (n=3) et entretien (n=1)<br>Hôpital M (CHU ; AP-HP) : PASS transversale, entretien (n=1)<br>Hôpital O (CHU ; AP-HP) : PASS transversale | **Agences régionales de santé (ARS) (2)**<br><br>ARS A = entretiens (n=2) avec cadre en charge du dossier PASS et chargé du suivi et du financement des Missions d'intérêt général (MIG) ; observations participantes dans le groupe de travail sur les PASS | **Associations de défense du droit à la santé des étrangers (3)**<br><br>Médecins du Monde<br>(visite de deux sites).<br>Site A : Centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO), région parisienne, observations (n=1), entretien (n=1)<br>Site B : CASO, région, entretien (n=1)<br>Comede<br>Association qui milite pour l'accès aux soins des étrangers, entretien (n=1)<br>Observatoire du droit à la santé des étrangers<br>Collectif d'associations, Paris, observation (n=1) |
| **PASS de la région parisienne (5)**<br><br>Hôpital A (CHU ; AP-HP) : PASS René Barthe, PASS dédiée, observations et entretiens (n=4)<br>Hôpital B (centre hospitalier) : PASS transversale, entretiens (n=2)<br>Hôpital D (CHU ; AP-HP) : PASS dédiée, entretien (n=1)<br>Hôpital K (CHU ; AP-HP) : PASS transversale, entretien (n=1)<br>Hôpital N (centre hospitalier) : PASS transversale, entretien (n=1) | **Direction générale de l'offre de soins DGOS**<br><br>Entretien (n=1) : Chargée de mission, responsable du dossier PASS | **Associations professionnelles des PASS (2)**<br><br>Collectif national des PASS<br>Observations participantes<br>Association des professionnels des PASS de Rhône-Alpes (APPASSRA), observation (n=1) |
| **PASS de région (5)**<br><br>Hôpital E (CHU) : PASS dédiée, observations (n=2), entretiens (n=2)<br>Hôpital F (hôpital psychiatrique) : PASS dédiée psy, entretien (n=1)<br>Hôpital G (CHU) : PASS dédiée, entretien (n=1)<br>Hôpital I (CHU) : PASS dédiée, observation (=1) entretien (n=1)<br>Hôpital L (CHU) : PASS dédiée, entretiens (n=2) | **Siège de l'AP-HP**<br><br>Entretien (n=2) : coordinatrice des services sociaux et chargée de mission rattachée au département de la politique médicale, chargée du dossier PASS. | |
| **Total = entretiens n=30 ; PASS visitées n=16 ; observations dans 5 PASS** | **Total : entretiens (n=5) ; observations GT PASS de l'ARS A** | **Total : entretiens (3), observations au Collectif national des PASS** |

### 2 - 2 - 1 Règles d'anonymisation

Afin de protéger l'identité des personnes ayant participé à l'enquête de terrain, nous avons procédé à une anonymisation des lieux et des personnes. Néanmoins, afin d'éviter les écueils d'une déconnexion du réel et pour conserver une certaine cohérence avec le contexte de l'action, nous avons, autant que faire se peut, retranscrit leurs caractéristiques principales. Ainsi, les noms donnés aux personnes ayant participé à l'enquête conservent une cohérence de genre (pour les prénoms), de marquage social (nom à particule par exemple) et géographique avec ceux de la réalité. Nous nous sommes servi d'un générateur de noms sur internet, ce qui explique leur originalité et l'impression de réalité qu'ils donnent. Les situations rapportées qui mettent en scène des patients ont également été construites pour respecter leur anonymat. En ce qui concerne les espaces, les hôpitaux et institutions, ils ont été anonymisés par des lettres (de A à O pour les hôpitaux, de A à B pour les Agences régionales de santé et les associations) et décrits dans leur environnement de manière aussi précise que possible tout en préservant leur identification. Les permanences d'accès aux soins de santé sont désignées en fonction de leur hôpital (par exemple « PASS de l'hôpital C »), sauf pour celles des hôpitaux A et B qui ont un nom qui leur est propre et que nous avons anonymisés en gardant l'imaginaire auquel ils renvoient (« PASS René Barthe » et « PASS Apollinaire »). Le monde des PASS étant relativement petit, le lecteur initié qui le souhaite réussira certainement à déjouer ces processus, c'est pourquoi nous avons parfois eu recours à une double anonymisation lorsque nous avons été amené à rapporter des propos dont la publication pourrait éventuellement mettre dans l'embarra les personnes concernées.

## 2 - 2 Réflexivité et rapport au terrain[78]

### 2 - 2 - 1 Réflexivité et biais idéologiques

La sociologie des sciences nous a montré que l'objectivité de la science en générale, et des sciences humaines et sociales en particulier, est relative d'un contexte épistémologique. De ce fait, et comme le rappellent Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot, « il n'y a pas de sociologie possible sans sociologiser les sociologues, c'est-à-dire sans les situer par rapport à leur objet d'étude »[79].

Cette recherche sur l'accès aux soins des personnes démunies fait partie d'une tradition de travaux sociologiques à « connotation politique » dans le sens où elle propose une réflexion critique de l'action de l'État, des institutions et de la société civile. L'accès aux soins des personnes en marge du système de santé est un thème que j'ai choisi volontairement pour sa dimension politique et sa pertinence sociale. Au-delà de ses dimensions heuristiques et épistémologiques essentielles, les sciences sociales sont, pour moi, un outil permettant de mettre à jour les mécanismes sociaux producteurs d'inégalités et d'injustices, c'est d'ailleurs avec cette lunette que mon travail peut être lu. Et c'est pour cela qu'il peut être critiqué, dans le sens où il sous-tend des idéaux normatifs et moraux de justice sociale et d'égalitarisme. La critique peut être celle d'un manque d'objectivité qu'entraîne automatiquement un ancrage idéologique[80] (en même temps, éviter tout biais idéologique n'est pas un objectif raisonnable et cela tout particulièrement dans une enquête empirique comme celle-ci).

Ce biais peut être amoindri par son objectivation et par l'exercice de réflexivité. Une autre critique ne porterait pas sur l'existence d'un parti pris idéologique, mais sur sa nature. Il s'inscrit dans un ethos de classe[81], celui de la classe moyenne intellectuelle de gauche (d'aucun dirait « bien pensante »). Cet idéal politique a d'ailleurs constitué une sorte de consensus que j'ai partagé avec la plupart de mes interlocuteurs — professionnels de santé et du social. Par contre, il ne prend

---

[78] Les deux prochaines sous-partie concernant le rapport du chercheur au terrain, nous avons choisi d'utiliser le « je » pour la présenter. L'utilisation du « je » souhaite souligner la réflexivité du chercheur par rapport au terrain. Le reste du travail utilise un « nous de majesté » ou « de modestie » comme il est de coutume dans les travaux universitaires. Il correspond à une mise à distance dans une démarche de construction et d'analyse. L'usage du « nous » souhaite également souligner qu'une recherche de ce type ne se construit pas seul, et si ces écrits engagent seulement la responsabilité de son auteur, ils ont bénéficié des réflexions de nombreuses autres personnes, chercheurs et acteurs de terrain.

[79] Pinçon, Michel et Monique Pinçon-Charlot, *Sociologie de la bourgeoisie*, Paris, La Découverte, 2005, p. 53. Ils reprennent cette idée de Pierre Bourdieu qu'il développe notamment dans Bourdieu Pierre et Loïc J. D. Wacquant, *Réponses: pour une anthropologie réflexive*, Paris, Ed. du Seuil, coll. « Libre examen Politique », 1992, 267 p. voir particulièrement le chapitre 6 « L'objectivation du sujet objectivant ».

[80] Dans le sens que lui a donné Guy Rocher d' « un système d'idées et de jugements, explicite et généralement organisé, qui sert à décrire, expliquer, interpréter ou justifier la situation d'un groupe ou d'une collectivité et qui, s'inspirant largement de valeurs, propose une orientation précise à l'action historique de ce groupe ou de cette collectivité », cité par Zarca, Bernard, « Idéologies et ethos de classe », *L'Homme et la société*, vol. 41, n° 1, 1976, p. 111-136 (p. 111).

[81] Au sens bourdieusien du terme, l'ethos de classe définit l'ensemble des dispositions morales qui sont déterminés par la position de l'agent au sein du champ des classes sociales.

que peu en compte la perspective des personnes concernées — les patients à la marge du système de santé, des étrangers en situation précaire dans leur grande majorité — s'inscrivant dans un habitus différent au sein duquel les questions d'égalité et de justice sont éloignées (l'intériorisation de l'infériorité sociale fait partie de cet habitus). Ce manque a bel et bien constitué un biais dans ma recherche car il a empêché d'y intégrer ces protagonistes de manière satisfaisante. Cela se remarquera au cours des différents chapitres dans lesquels les patients sont souvent constitués en objets, mais rarement en acteurs (j'ai tenté à certains moments de corriger ce biais en incorporant à l'analyse la perspective des patients, notamment dans la troisième partie du travail), alors que les professionnels, à l'opposé, sont presque toujours constitués en acteurs et parfois seulement en objet. Cela constitue un problème fondamental de ce travail qui tend à adopter une compréhension passive de ces étrangers précaires et à reproduire une domination structurelle vis-à-vis d'eux. Une autre raison m'ayant dissuadé d'orienter la recherche dans une perspective davantage compréhensive et centrée sur les représentations des patients est l'ouvrage d'Isabelle Parizot. Cette enquête sociologique dont la moitié se déroule dans une PASS porte précisément sur ce sujet ; elle étudie de manière approfondie la question des expériences vécues des patients, celle de leurs rapports à la santé et à l'assistance médico-sanitaires et celle de la construction des identités. À cet égard, cet ouvrage est remarquable et peut être consulté afin de compléter les connaissances (partielles) que la présente thèse offre de l'objet de l'accès aux soins des personnes à la marge du système de santé[82]. Par crainte d'arriver aux mêmes résultats qu'Isabelle Parizot, j'ai préféré orienté ma recherche dans une autre direction, à savoir vers l'étude de l'organisation de la structure PASS dans l'espace hospitalier et dans le système de santé de manière générale.

### 2 - 2 - 2 Le rapport au terrain : une histoire de famille

Mon intérêt pour la question de l'accès aux soins est très lié à une histoire familiale. D'ailleurs, quand on me demande sur quoi je travaille, je réponds souvent, avec une certaine ironie certes, que « je fais une thèse sur mon père ». L'histoire est en fait assez banale, lorsque je me suis décidé à poursuivre mes études de sociologie dans le cadre du doctorat, mon directeur de mémoire de Master de l'époque m'avait fortement conseillé de chercher un terrain sur lequel je pouvais facilement accéder[83]. C'est ainsi que je me suis tourné vers mon père qui avait commencé à travailler dans une Permanence d'accès aux soins de santé quelques années

[82] Parizot, *op. cit.*, 2003.

[83] Geeraert, Jérémy, « Les enseignants du secondaire dans les banlieues populaires de Paris. La satisfaction au travail », mémoire de Master recherche « Sciences sociales » de l'université Paris V, sous la direction d'Olivier Schwartz, 2010.

auparavant et qui nous racontait, à l'occasion de dîners dominicaux, ce lieu « incroyable » qui ramenait dans notre banlieue « tous les conflits du monde » et où l'on rencontrait « toutes les misères et les traumatismes possibles »[84]. Mes deux parents sont médecins, l'un généraliste, l'autre pédiatre, ils travaillent tous les deux dans la banlieue parisienne où j'ai grandi. Ils vivent leur travail comme un engagement politique et social : ma mère, désormais à la retraite, a travaillé comme salariée d'un centre de santé, d'une crèche et d'un centre de Protection maternelle et infantile, mon père travaille dans un cabinet en libéral dans une cité HLM d'une ville voisine à la notre et a longtemps milité dans les réseaux de médecins « de gauche post-soixante-huitards » (*Syndicat de la médecine générale*, réseau *Généralistes et toxicomanie*). Mes deux parents se sont lancés durant une dizaine d'années, de la fin des années 1990 à la fin des années 2000, dans l'aventure associative et ont ouvert une antenne de la Cimade dans notre ville où ils accompagnaient des sans-papiers dans la constitution de leur dossier de régularisation (cela est arrivé au moment où la régularisation pour raison médicale venait d'être votée, ce qui explique en partie l'implication de médecins engagés dans le soutien aux étrangers irréguliers). Le thème de l'accès aux soins et le milieu médical ne m'étaient donc pas étrangers, au contraire, ils font partie de mon histoire familiale. Cela a facilité mon insertion sur le terrain de recherche, d'une part, et, d'autre part, m'a fourni un bagage et des ressources qui m'ont aidé dans la compréhension de mon terrain. La proximité avec un « *insider* » m'a également permis d'accéder à des informations complémentaires tout au long de mon travail de recherche, notamment sur mon premier terrain à l'hôpital A. Néanmoins, cette proximité avec le milieu médical a également constitué un obstacle dans la réalisation de l'enquête de terrain. Son intériorisation a notamment favorisé la compréhension de la perspective des médecins — alors même qu'ils sont d'ores et déjà dominants dans ce champ — et a contrasté avec la « distance sociale » existante vis-à-vis des autres professions (assistantes sociales et infirmières[85])[86]. La perspective interactionniste adoptée de manière générale et la lecture de « L'hôpital et son ordre négocié » d'Anselm Strauss en particulier m'ont invité à porter une attention particulière aux différents types d'acteurs et ont contribué ainsi à diminuer cette distance sociale et à développer des « compétences culturelles » spécifiques à ces milieux professionnels[87].

---

[84] À ce propos, on peut voir le documentaire réalisé par Alice Diop dans la PASS où travaille mon père, *La permanence*, production Athénaïse, 2016.

[85] Nous avons choisi de féminiser l'appellation générique de ces professions car parmi les personnes de ces professions que nous avons rencontrées, un seul était un homme. Par ailleurs cela correspond à la réalité sociologique de la profession (92% de femmes en 2004 d'après l'INSEE).

[86] Voir Bonnet, François, « La distance sociale dans le travail de terrain: compétence stratégique et compétence culturelle dans l'interaction d'enquête », *Genèses*, n° 73, 19 Février 2009, p. 57-74.

[87] *Ibid.*

### 2 - 2 - 3 L'insertion sur le terrain et relation aux enquêtés

Si la présence de mon père a facilité l'entrée sur le terrain au début de l'enquête, l'immersion dans l'espace de mon objet de recherche par la suite n'a pas posé de problèmes particuliers. Au contraire, elle s'est réalisée facilement. Globalement, la présence d'un sociologue a presque toujours été bien perçue par les différents professionnels que j'ai pu rencontrer sur le terrain. Les assistantes sociales ont souvent exprimé leur intérêt pour les sciences sociales qu'elles ont souvent étudiées pendant leur formation. De leur côté, les responsables des structures ont même plusieurs fois vu ma présence comme un moyen de valoriser leur travail en lui apportant légitimité scientifique et visibilité. Le rapport de ces acteurs aux sciences sociales en général et à la sociologie en particulier, et par extension à mon égard, a été surtout positif et bienveillant, mais aussi « instrumental » d'une certaine manière[88].

Cela témoigne aussi du peu de reconnaissance de leur activité au sein du champ hospitalier ; l'activité de la PASS (médecine sociale, médecine générale), est située en bas d'un espace hospitalier fortement hiérarchisé. De même, la généralisation d'outils comptables, statistiques, gestionnaires et quantitatifs afin de mesurer et décrire l'activité hospitalière est perçue — à raison — comme désavantageuse pour les PASS qui, dans ce contexte, ne peuvent pas facilement valoriser leur activité. La conviction que des approches qualitatives permettraient, au contraire, de démontrer la plus-value en termes de santé est largement répandue. De ce fait, j'ai souvent eu le sentiment d'être considéré comme un allié dans l'univers potentiellement hostile de l'hôpital et ai bénéficié d'une confiance de la part de mes interlocuteurs qui m'ont presque toujours ouvert la porte de l'intimité de leur travail quotidien.

Ce sentiment a été confirmé très rapidement après avoir commencé mon second terrain par les multiples encouragements et invitations que j'ai reçus de divers acteurs des PASS, mais aussi des acteurs institutionnels s'occupant du thème de l'accès aux soins (Agence régionale de santé notamment). Ma présence au sein du Collectif PASS et du sous-groupe de travail de l'ARS a fait évoluer l'enquête de terrain et y a intégré une observation participante active. Ma neutralité et mon expertise ont été sollicitées par la responsable de l'ARS animatrice du sous-groupe sur les PASS qui visait à coordonner et harmoniser les structures de la région. J'ai assisté, en tant que sociologue, aux réunions dont l'objet principal a été de rédiger un « référentiel des PASS », document-support qui devait résumer de manière normative ce que sont les PASS et les différentes formes qu'elles peuvent prendre. De l'autre côté, le jeune collectif PASS, constitué en association en 2011, a été un autre lieu fort de socialisation où je me suis également impliqué au-delà des besoins stricts de l'enquête. J'ai co-animé pendant un temps un groupe de réflexion

[88] L'instrumentalisation du chercheur par les enquêtés soulignent les « compétences stratégiques » de ces derniers. Bonnet, *op. cit.*, 2009.

en sciences sociales en son sein et ai participé aux réunions et à l'organisation de certains colloques organisés annuellement. Cette intégration dans ces deux espaces, en plus de matériaux empiriques supplémentaires, m'a apporté une légitimité auprès des acteurs et m'a permis d'entrer en contact avec de nouveaux acteurs des PASS auxquels je n'avais pas eu accès jusque-là (notamment au niveau institutionnel). Elle m'a également donné la possibilité de « rendre » un peu ce que mes interlocuteurs me donnaient et de ne pas être uniquement un « sociologue-consommateur » de réalité sociale.

J'ai néanmoins mis des limites à cet engagement, notamment à la fin de mon enquête de terrain en 2013, afin de prendre le recul nécessaire à la réflexion scientifique. Le besoin de prendre de la distance par rapport à mon enquête de terrain s'est également fait ressentir à la fin des périodes d'immersion, notamment dans la PASS Apollinaire. La confrontation avec le travail quotidien de ces professionnels du soin et avec le vécu des patients de la PASS n'est pas aisée. Il contient une dure réalité (de la pauvreté, de la souffrance psychique et physique, de la migration forcée, des conditions de vie, etc.) et une certaine impuissance face à elle. Les courtes périodes d'immersion ne permettent pas d'apprendre les techniques de distanciation et de protection émotionnelles que développent les professionnels. À cet égard, l'enquête de terrain a parfois été difficile émotionnellement et l'équilibre entre proximité empathique et analyse rationnelle distanciée fragile. Mon séjour au Centre Marc Bloch à Berlin, d'abord intermittent, puis à plein temps à partir de 2014, m'a aidé à prendre ce recul par rapport au terrain.

Il y a eu également des limites à mon insertion sur le terrain. Le refus de la directrice « qualité » à l'hôpital A de faire un entretien témoigne d'un autre rapport à mon égard. Sans sur-interpréter le motif de ce refus qui ne m'a pas été précisé, il est probable que les relations plus ou moins conflictuelles qu'elle entretenait avec les professionnels de la PASS aient influencé cette décision. Cela m'amène à souligner que l'image qui a été la mienne lorsque je faisais mon enquête de terrain était celle d'un « partisan des PASS ». Cette image a pu me fermer quelques portes comme, par exemple, avec cette directrice. Mais, d'un autre côté, alors même que l'espace du soin de la précarité est relativement parcellaire en raison de conflits plus ou moins ouverts et l'existence de diverses fractions, tous les acteurs sollicités se sont prêtés au jeu de l'entretien. J'ai ainsi pu avoir accès à la diversité des discours correspondant aux différents sous-espaces que j'ai identifiés dans l'objet d'étude : le monde associatif, les défendeurs des différents courants organisationnels (entre PASS transversales et PASS horizontales) ou les partisans de la défense des PASS de région et ceux des PASS parisiennes — pour séparer schématiquement les différents courants identifiés.

### 2 - 2 - 4 L'observation : le respect de l'intimité

Pendant les observations, les assistantes sociales et les médecins m'ont rarement présenté aux patients comme un sociologue. Parfois, ils me présentaient comme un étudiant ou un stagiaire, mais la plupart du temps, je n'étais simplement pas présenté. La question du consentement des patients n'a pas souvent été abordée et il semblait normal que j'ai accès à l'intimité des consultations médicales et sociales et sous-entendu que je respecterais des règles déontologiques (d'anonymat) pour mes recherches, mais même cela n'a jamais été exigé explicitement ni par les patients, ni par les soignants. Les caractéristiques sociales et linguistiques (compréhension souvent très limitée du français) constituaient des freins puissants pour de telles exigences. À trois reprises, il m'est arrivé de quitter la salle de ma propre initiative ou à la demande du médecin lorsque l'examen médical concernait les parties intimes des patients. Une seule fois, j'ai dû quitter la salle parce que la patiente souhaitait parler au médecin seule à seule après que la jeune médecin lui ait demandé si elle acceptait que je sois présent. Il est intéressant de noter que cette patiente n'avait pas le profil typique d'une patiente de la PASS et avait les attributs d'une personne intégrée au système de santé (elle avait l'air d'une étudiante, jeune, maîtrise du français, etc.[89]). L'absence de remise en cause de la présence du sociologue de la part des patients de la PASS s'explique, sans doute en partie, par la docilité qui les caractérise dans la relation de soin, elle-même liée à la forte domination sociale dont ils font l'objet. S'il leur arrive d'user de stratégies afin de protéger leur intimité (voir chapitre VII), dans l'immense majorité des cas, la présence d'autres personnes que le médecin ou l'assistante sociale n'a pas paru leur poser de problème particulier. D'autre part, la présence de plusieurs personnes, stagiaires, internes, externes, infirmières, etc. est chose commune dans les hôpitaux universitaires et participe à une certaine normalisation de la présence du sociologue dans les situations de travail. Malgré la position en retrait qu'impose la posture d'observateur, j'ai régulièrement participé aux interactions pendant les consultations et ai proposé régulièrement mon aide, notamment pour des traductions en anglais lorsque cela s'en faisait ressentir. Il m'est arrivé de poser directement des questions aux patients lorsque le médecin ou l'assistante sociale, parti(e) chercher quelque chose, nous laissait seuls ; mais cela était en général davantage pour attirer la sympathie du patient et « faire la conversation » que pour obtenir des informations importantes pour ma recherche. Les analyses se sont concentrées sur les situations d'interaction.

Des précisions sur les règles déontologiques ont été demandées plusieurs fois pendant les entretiens (notamment sur les règles d'anonymat), tout comme le respect d'une confidentialité

[89] La PASS de l'hôpital J fonctionne au sein d'une consultation de médecine générale plus large. Une grande partie des patients reçus sont donc des patients « classiques » (assurés sociaux). Il semble que c'était le cas de cette patiente.

(à plusieurs reprises, des enquêtés m'ont confié des choses en précisant que je ne devrais pas les rendre publiques ou que je devrais les « garder pour moi »).

## 3 LA CONSTRUCTION PROGRESSIVE DU MATÉRIEL EMPIRIQUE

Cette section est construite comme une recette de cuisine dévoilant l'envers du décor de la *grounded theory* à travers les différentes étapes de la recherche et la construction progressive du cadre analytique et théorique. Elle retrace l'accès au terrain, les méthodes utilisées et la progression de la construction de l'objet d'étude et des problèmes de recherche.

L'enquête empirique a duré plus de 3 ans, elle a commencé en juin 2010 et s'est terminée en décembre 2013. Cette longue période m'a permis de construire progressivement à la fois mon objet d'étude et les questionnements théoriques qui l'ont accompagnés.

L'enquête empirique a commencé dans la PASS « René Barthe » de l'hôpital A, hôpital d'une banlieue défavorisée du nord de Paris. La PASS reçoit des patients en situation de précarité et leur offre une prise en charge médicale et sociale gratuite[90]. Elle a pris la forme d'une étude ethnographique dans une perspective sociologique[91] avec une présence renforcée sur le terrain pendant environ quatre mois à raison de deux à trois demi-journées par semaine, puis une présence plus sporadique pendant les deux années qui suivirent (je suis venu principalement pour participer aux réunions avec la direction). Ce premier accès au terrain, dans le cadre d'un mémoire de Master, a largement été facilité par l'intermédiaire de mon père, médecin coordinateur de la structure, qui a simplement prévenu les membres de l'équipe de la PASS de ma présence. Il n'a pas nécessité de demande d'autorisation particulière auprès de la direction de service ou de l'hôpital (ce qui a aussi été le cas des autres terrains). Mes deux premières observations ont été réalisées à la consultation de médecine générale de mon père qui m'a présenté aux patients comme « un étudiant faisant une recherche ». Ces premiers moments ont été l'occasion de rencontrer de manière informelle les autres membres de l'équipe (principalement les deux assistantes sociales) qui étaient surtout curieuses de rencontrer le fils de leur collègue. Elles ont d'emblée accepté que j'observe leur travail ; ce que j'ai pu faire par la suite à maintes reprises. Je me suis donc déplacé assez librement à l'intérieur de la PASS René Barthe et ai alterné les observations du travail des deux assistantes sociales et de la consultation médicale. J'ai également

[90] Pour une description détaillée du fonctionnement des PASS, voir le chapitre III ; pour une description détaillée du fonctionnement des PASS des hôpitaux A et B voir le chapitre IV.

[91] C'est-à-dire que la méthode est ethnologique, mais que l'analyse est sociologique, l'objectif est de construire des éléments de théorie qui dépassent le cadre de singulier et particulier du terrain pour être généralisé.

observé deux autres consultations de médecine générale (celle du Dr Lamontagne et celle du Dr Pasquier[92]), les interactions dans la salle d'attente et au bureau d'accueil, mais de manière plus ponctuelle. En plus des observations, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs (formels et informels) avec tous les professionnels (sauf avec mon père). Dans cette première étape du travail, les entretiens ont été menés de manière très libre, sans guide d'entretien. Ils ont visé à comprendre le fonctionnement de la PASS, le parcours des enquêtés, le rapport à leur travail, aux représentations des patients, etc. À côté du travail quotidien, j'ai observé la vie organisationnelle. J'ai participé aux réunions d'équipe et celles avec la direction de l'hôpital.

La deuxième phase de l'enquête de terrain s'est déroulée de manière similaire à la première, mais à une plus grande échelle. Dans un premier temps, j'ai réalisé une étude ethnographique approfondie à la PASS Apollinaire située dans un CHU parisien (hôpital C). Cette PASS a une grande visibilité dans l'espace public. Il s'agit également d'une structure dont la naissance a précédé la loi de 1998. Sa responsable, le Dr Petit, a par ailleurs été très active dans la création du Collectif national des PASS. J'y ai observé des consultations médicales de trois médecins différents et du travail d'une des deux assistantes sociales. J'ai réalisé des entretiens avec onze personnes (les deux infirmières de la PASS, quatre médecins, les deux assistantes sociales, la médecin responsable de la PASS spécialisée en gynécologie, la responsable du service social et la directrice des affaires financières de l'hôpital). Ici aussi, je me suis beaucoup intéressé à la vie organisationnelle, à l'histoire de la PASS et à la place qu'elle occupe dans l'hôpital.

## 3 - 1 Un espace du soin de la précarité

Assez rapidement, j'ai choisi de m'intéresser à l'histoire de la PASS René Barthe. La raison qui m'a poussé dans cette direction est qu'elle a fait partie des premières à exister en France ; sa création en 1996 sous la forme d'une « consultation précarité », intervient deux ans avant que la loi de 1998 de lutte contre les exclusions ne fasse naître les PASS. Cette particularité, souvent vantée par mes enquêtés, m'a interrogé sur les conditions de la constitution d'un « espace du soin de la précarité » en France. J'ai donc tenté de reconstituer les conditions d'apparition de la PASS René Barthe. Pour cela, je suis parti à la recherche de ses membres fondateurs et ai ainsi mené des entretiens avec trois d'entre eux, dont l'un des deux médecins à l'origine du projet. Ces réflexions ont été à l'origine de la démarche ayant mené à la construction de l'objet d'étude. La constitution d'un espace du soin de la précarité et d'une question sociale en santé ont été étudiées dans une perspective socio-historique et sociologique dans la première partie de la thèse

[92] Un tableau récapitulatif présentant les principales caractéristiques des différentes personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête de terrain se trouve en annexe.

(chapitre I et II). Pendant la suite de l'enquête empirique, je suis partie à la recherche d'interlocuteurs et de documents qui me permettraient de retracer cette généalogie. Ayant remarqué qu'une partie importante des professionnels des PASS avaient travaillé dans la prise en charge du VIH/sida dans les années 1990, je me suis particulièrement intéressé à retracer la parenté de ces « segments » de la profession médicale et ai été attentif aux circulations entre ces espaces[93].

Parallèlement à ce travail monographique sur la PASS René Barthe, je me suis intéressé au cours de ces premiers mois à la dimension morphologique de l'espace de la précarité que je voyais se dessiner peu à peu. J'ai donc choisi de partir à la rencontre de professionnels d'autres PASS en prenant comme territoire le département dans lequel se situait l'hôpital A et ai ainsi réalisé trois autres entretiens. En comparant les PASS entre elles, j'ai pu constater qu'il existait des différences organisationnelles substantielles (j'ai distingué trois modèles de PASS) et ai cherché à comprendre à quoi elles correspondaient.

Enfin, ce premier terrain a été l'occasion de participer à des réunions, nouvelles dans leur genre, réunissant les professionnels des PASS du département afin qu'ils échangent et apprennent à se connaître. Les professionnels des permanences d'accès aux soins du département entamaient ainsi une marche vers l'autonomie et la spécialisation que je me suis proposé d'observer plus attentivement pendant la thèse. Le premier colloque national des professionnels de PASS qui a eu lieu cette même année et la création d'un Collectif national des PASS m'ont conforté dans cette voie et m'ont permis d'identifier d'autres acteurs actifs dans cet espace.

## 3 - 2 Analyse de l'organisation

Dans la continuité de la réflexion sur la constitution d'un espace de la précarité, je me suis intéressé à son insertion dans l'espace hospitalier. Comme je l'ai déjà évoqué, il a été assez évident dès le début de l'enquête que les structures PASS ne sont pas dans une position privilégiée à l'intérieur de l'espace hospitalier. Les réformes en cours à l'hôpital semblent jouer un rôle important dans les rapports de forces. Par ailleurs, lors de mon premier terrain, j'avais pu remarquer qu'il existe des différences importantes entre les PASS, notamment au niveau de leur taille et de leur mode de fonctionnement. Ces constats m'ont conduit à m'interroger plus précisément sur ces différences et sur leurs origines. Ces questionnements ont donné naissance à la deuxième partie de ce travail qui porte sur l'espace du soin de la précarité dans le champ hospitalier.

[93] Strauss, Anselm et Rue Bucher, « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, vol. 66, n° 4, 1961, p. 325-334.

Afin de situer le premier à l'intérieur du second, il a été nécessaire d'élargir l'enquête de terrain. Parallèlement à l'enquête ethnographique à la PASS Apollinaire (hôpital C), je me suis donc impliqué dans le Collectif PASS naissant et au sein du sous-groupe de travail sur les PASS animé par l'ARS. J'y ai noué des contacts et réalisé des observations. Cela m'a permis de rencontrer des personnes travaillant sur les PASS au sein de tutelles (ARS, AP-HP et ministère de la santé) avec qui j'ai réalisé des entretiens au cours desquels il a principalement été question de la place de la « précarité » et des PASS dans ces institutions. Je suis aussi allé à la rencontre d'acteurs du monde associatif ayant une activité de lobbying afin de défendre une certaine vision des PASS[94]. La collecte de discours sur la PASS d'acteurs agissant autour d'elles, celui des tutelles et des acteurs associatifs, a permis de varier les niveaux d'analyse. C'est également dans cette phase de l'enquête que j'ai été à la rencontre d'autres professionnels de PASS, d'abord dans Paris, puis en région. Lors de la construction de l'échantillon, j'ai fait attention à diversifier les acteurs et les PASS étudiés. J'ai interrogé des professionnels issus de PASS aux différentes organisations (parmi les différents modèles identifiés), insérées dans différents types d'hôpital (hôpital général, CHU, à Paris, en banlieue, en région). Les thèmes abordés lors des entretiens ont tourné autour des pratiques et des parcours biographiques. Une attention particulière a été portée à l'histoire de la structure, au modèle organisationnel, aux relations à l'intérieur de l'hôpital avec d'autres services et avec la direction, mais aussi à l'extérieur, etc.[95]. J'ai tenté d'identifier les problèmes rencontrés par les professionnels dans la réalisation de leur travail, la manière dont ceux-ci s'exprimaient dans la bouche des enquêtés et à quels éléments plus structurels ils renvoyaient, etc. J'ai passé un certain temps à étudier le fonctionnement organisationnel et financier de la PASS, mais aussi celui de l'hôpital (je me suis notamment penché sur les récentes réformes hospitalières), à identifier les différents acteurs qui interagissent autour des PASS, etc. Ces informations ont été essentielles pour construire mon objet de recherche et comprendre le statut et la place de la prise en charge de la précarité dans l'organisation hospitalière et dans le système de santé. Cette démarche a été appuyée par une conceptualisation en termes champs sociaux permettant d'identifier des sous-espaces à l'intérieur d'un espace hospitalier hiérarchisé et concurrentiel (voir prochaine section).

[94] Notamment Médecins du Monde, le Comede (association de défense de la santé des exilés) et l'Observatoire de défense de la santé des étrangers (ODSE), collectif d'association (voir chapitre II).

[95] Voir dans la partie 5 des annexes le tableau n° 4 « Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés » et les tableaux n° 1 et 2 ci-dessus, pour une présentation synthétique de la diversité de l'enquête de terrain.

## 3 - 3 Du terrain à l'étude des biopolitiques de la question sociale en santé

Un dispositif mis en place à la PASS Apollinaire (hôpital C) a particulièrement retenu mon attention : les Réunions de concertation pluridisciplinaire médico-sociale et éthique (RCP-MSE). Ces réunions réunissaient les professionnels de la PASS, d'autres spécialités, des membres de la direction et des personnes extérieures pour discuter des « cas complexes » de patients de la PASS. Lors de ces réunions était discutée l'opportunité d'intégrer au dispositif PASS des patients aux maladies complexes (souvent des cancers) et sans possibilité de prise en charge. En règle générale, ces réunions concernaient des « migrants thérapeutiques », c'est-à-dire des personnes venues en France dans le but de soigner une maladie qu'ils ne pouvaient traiter dans leur pays d'origine. J'ai mis en relation l'étude de ce dispositif avec les thèmes souvent abordés lors des entretiens avec les professionnels des différentes PASS étudiées, celui des « patients sous visa » et celui des critères d'inclusion et d'exclusion des patients au dispositif. Les RCP-MSE et les « patients sous visa » ont en commun de concerner des patients dont la légitimité à intégrer le dispositif de la PASS n'est pas acquise. Au contraire, ces patients sont vus par les professionnels comme *a priori* illégitimes. Se concentrer sur les situations incertaines permet de comprendre les règles d'inclusion et d'exclusion de la PASS et de rendre ses marges visibles. La construction de catégories de patients en fonction de critères basés sur leur statut de citoyenneté et sur leur solvabilité, étonnante pour une structure de soin, m'a poussé à sortir d'un cadre d'analyse biomédical.

L'analyse de ces situations m'a amené à construire plusieurs thèmes de recherche autour des dimensions politiques et biopolitiques de la PASS qui constituent la troisième et dernière partie de la thèse. Tout d'abord, il s'est agit de traiter de la question de la catégorisation des patients par les professionnels et de la production de la norme lors des interactions. Pour cela, m'appuyant sur la nature assistancielle de ce dispositif de l'État social et sur la particularité des patients reçus (des étrangers), j'ai réalisé une analyse de « l'État au guichet ». Pour cela, une attention particulière a été portée aux différents moments de l'interaction entre patients et professionnels.

# 4 L'ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ, UNE FUSION DE DEUX CONCEPTS

Afin de conceptualiser l'espace du soin de la précarité et de le situer à l'intérieur de l'espace plus large de l'hôpital ou de la santé, nous avons eu recours à deux outils théoriques, les champs sociaux de Pierre Bourdieu et les mondes sociaux de Anselm Strauss.

## 4 - 1 La PASS, les mondes sociaux et les segments

> « Chaque monde social, centré sur une activité spécifique, développe ses propres modes de fonctionnement, sa division du travail et ses formes de rapports sociaux de production, ses marchés intérieurs et sa hiérarchie interne, ses normes, son langage spécifique, les connaissances et capacités nécessaires pour y exercer une activité, ses valeurs et conflits de valeurs, ses croyances, ses enjeux et les "jeux" autour de ces enjeux »[96]

Le monde social permet de conceptualiser un type d'activité spécifique (métier, activités culturelles, sportives, associatives, etc.) s'insérant dans un espace social essentiellement dynamique. Il permet de s'intéresser aux interactions et aux situations de négociations tout en les replaçant dans un contexte structurel et d'étudier comment se produit le changement. Un monde social constitue un mésocosme (échelle inférieure du macrocosme de la société) qui se décline en plusieurs microcosmes. D'après Daniel Bertaux, la démarche ethnosociologique, grâce à l'étude de plusieurs microcosmes que l'on compare entre eux (ici, une ou plusieurs Permanences d'accès aux soins), donne des informations sur l'ensemble du mésocosme[97]. Dans notre cas cette activité correspond aux soins spécifiques prodigués à des groupes sociaux spécifiques, ceux situés aux marges du système de santé.

Le cadre conceptuel du monde social[98] est l'une des bases qui a servi à l'analyse de la première partie de la thèse dédiée à la construction de l'objet d'étude. L'espace du soin de la précarité, dont nous retraçons la constitution dans ces deux chapitres, est le produit de l'interaction entre des acteurs provenant de différents mondes sociaux (monde humanitaire, monde médical, monde politique) que nous nous sommes attachés à identifier. Plus précisément,

---

[96] Bertaux, Daniel, *Le récit de vie*, Paris, Armand Colin, (2005) 2010, 126 p. (p. 12).

[97] *Ibid*.

[98] L'analyse des mondes sociaux repose sur le concept développé par Anselm Strauss. Voir Strauss, Anselm, « A social world perspective », *Studies in Symbolic Interaction*, vol. 1, 1978, p. 119-128 ; Strauss Anselm et Bucher Rue, « Professions in Process », American Journal of Sociology, vol. 66, no 4, 1961, p. 325-334 (p. 332) ; Strauss, Anselm et Rue Bucher, « La dynamique des professions », in Strauss, Anselm L., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992a, p. 67-86 (citations p. 68, 69 et 82). On peut se référer à l'article de Cefaï, Daniel, « Mondes sociaux », *SociologieS*, en ligne, consulté le 05 novembre 2015, URL: http://sociologies.revues.org/4921.

il est étudié comme un segment[99] naissant dans l'espace hospitalier, notamment au travers des PASS. Ce segment défend une idéologie (basée sur le droit à l'accès aux soins) et développe une organisation du travail et des pratiques du soin qui lui sont propres (approche médico-sociale, intégration du travail social dans l'activité de soin, travail en réseau, etc.).

## 4 - 2 La PASS et les champs sociaux

Les mondes sociaux et les segments ne sont pas les seules constructions théoriques pertinentes pour étudier le soin de la précarité. Le concept de champs social élaboré par Pierre Bourdieu[100] permet d'aborder cet objet dans une autre perspective examinant l'hôpital moderne comme un espace structuré hiérarchiquement et délimité où des groupes en concurrence sont en lutte pour le monopole du capital spécifique légitime[101]. Appliquée à l'hôpital, la théorie des champs permet de situer la PASS et les professionnels qui y travaillent et de manière plus générale l'espace du soin de la précarité dans un espace concurrentiel.

Dans le champ hospitalier, le capital spécifique est le soin au sens large[102], cela comprend toutes les activités de soin et celles autour de celui-ci. Par exemple, on intègre dans cette définition les soins strictement médicaux, les activités de soins élargies réalisées par les soignants (infirmières ou aides-soignantes) ou les travailleurs sociaux, les activités d'organisation du

---

[99] Les *segments* désignent « les groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession » et qui caractérisent sa grande hétérogénéité et les différences d'intérêts et de valeurs en son sein. Ils ont montré qu'au-delà d'une homogénéité de surface, de nombreux écarts et divergences s'observent à l'intérieur de ce groupe, voire même à l'intérieur d'une même spécialité, au niveau des valeurs, des intérêts et des règles de travail. La professions médicale est morcelée en une multitude de *segments* interdépendants et en mouvement qui sont autant de groupes à l'intérieur du groupe plus large de la profession médicale. La profession médicale est « une agrégation de segments poursuivant des objectifs divers, plus ou moins subtilement maintenus sous une appellation commune à une période particulière de l'histoire ». Chaque segment développe sa propre identité, sa propre histoire et ses propres objectifs et intérêts ; il développe un *appareil organisationnel*, des *idéologies* et des *tactiques*. Le segment n'est pas une unité stable, ni dans sa forme, ni dans le temps, il se développe, se modifie, disparaît. Une remarque importante pour l'analyse de notre terrain est que les segments poursuivent des intérêts différents qui peuvent être contradictoires et antagonistes. Pour défendre leurs intérêt, les membres d'un segment sont susceptibles de s'organiser (en association, en société savante, etc.) et de chercher à obtenir des enseignements spécifiques dans les universités chacun. Cela amène les auteurs à comprendre la profession médicale comme profondément dynamique et soumise à des changements organisationnels dont les mouvements et variations sont animés par ces segments qui s'affrontent (et non comme ayant un mouvement d'ensemble). Les segments traversent les différents statuts formels et se forment à partir d'une compréhension commune de la profession et de leurs intérêts. Ils se caractérisent par une redéfinition constante de leur identité, ils se développent, évoluent et disparaissent ; ils tentent d'accéder au pouvoir institutionnel et sont pris dans des processus de « transformations de leur appareil conceptuel et technique, de leurs conditions institutionnelles [et] dans les transformations de leurs relations avec d'autres segments (...) ». Strauss et Bucher, *op. cit.*, 1961 et Strauss, Anselm et Rue Bucher, « La dynamique des professions », in Strauss, Anselm L., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992a, p. 67-86 (citations p. 68, 69 et 82).

[100] Nous reprenons ici les propriétés des champs que Pierre Bourdieu a notamment présentées dans ses cours à l'École normale supérieure en novembre 1976 et qui sont reprises dans son ouvrage *Question de sociologie* (p. 113-120) et dans l'article paru dans le premier numéro des *Actes de la recherche en sciences sociales* dans lequel il les applique au champ de la haute couture. Bourdieu, Pierre, *Questions de sociologie*, Paris, Les Editions de Minuit, 2002, 277 p. ; Bourdieu, Pierre et Yvette Delsaut, « Le couturier et sa griffe: contribution à une théorie de la magie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 1, n°1, 1975, p. 7-36.

[101] Le capital est spécifique car « le capital vaut en relation avec un certain champ, donc dans les limites de ce champ, et qu'il n'est convertible en une autre espèce de capital que sous certaines conditions. »). Bourdieu, Pierre, « Quelques propriétés des champs », in *Questions de sociologie*, *op. cit.*, 2002, p. 113-120 (citation p.114).

[102] Nous appelons ce capital spécifique « capital de soin », il faut entendre par là les différents attributs accumulables, les savoirs et les savoir-faire, permettant de dispenser le soin (et non de le recevoir).

soin, etc. Nous l'appelons le capital de soin. Le soin n'a pas de définition fixe et stable (il peut être lu dans sa dimension économique ou budgétaire dans une logique managériale, dans sa dimension strictement médicale, dans sa dimension globale, etc.). La conception du soin, tout comme la manière de le pratiquer, vont être l'objet de luttes et de conflits entre les différents groupes qui composent ces espaces. Elles évoluent en fonction des rapports de force à l'intérieur du soin. Chaque groupe peut adopter une définition et des pratiques qui lui sont propres ; les groupes dominants sont cependant les seuls ayant la capacité d'imposer de la légitimité à leurs définition et pratiques à l'intérieur du champ.

En tant que capital spécifique dans un espace hiérarchisé et complexe, le soin se découpe en différentes activités auxquelles on attribue plus ou moins de valeur qui les rend plus ou moins légitimes. Les activités les plus légitimes sont celles exercées par les acteurs dominants, elles indiquent et déterminent les éléments du capital spécifiques qui sont les plus valorisés (l'acte technique, la valeur scientifique sur le marché du soin, l'efficience, la productivité, etc.). Le capital spécifique légitime et dominant de l'hôpital contemporain, fruit de l'histoire des luttes à l'intérieur du champ, est caractérisé par des soins centrés sur l'organe, par la technicité de l'acte médical[103] et par sa rentabilité financière[104].

Les agents et entités sociales qui ont la meilleure maîtrise de ces éléments dans la pratique et la conception du soin qu'ils portent sont en haut de la hiérarchie de l'espace hospitalier. Plusieurs groupes et acteurs défendent et promeuvent différentes pratiques du capital spécifique en fonction d'ensembles normatifs qui sont en concurrences les uns avec les autres. Par exemple, un des groupes dominants à l'hôpital est constitué des médecins qui pratiquent des soins légitimés par l'ensemble normatif médico-technique. Un des groupes dominés est celui des infirmières pratiquant des soins qui ne sont pas légitimes dans l'ensemble normatif médico-technique. Elles tentent d'imposer un autre ensemble normatif, celui des soins d'accompagnement ou celui des soins compassionnels, qui leur permet de légitimer leurs pratiques[105]. Ces différents groupes sont en concurrence dans la détention du capital spécifique.

---

[103] Voir notamment Chauvenet, *op. cit.*, 1973a ; Chauvenet, Antoinette, « La qualification en milieu hospitalier », *Sociologie du Travail*, vol. 14, n° 2, 1973b, p. 189-205 et Herzlich, *op. cit.*, 1973.

[104] Voir notamment Domin, Jean-Paul, « La nouvelle gouvernance sauvera-t-elle les hôpitaux publics? », *Mouvements*, vol. 32, n° 2, 2004, p. 55-59 ; Domin, Jean-Paul, *op. cit.*, 2007 ; Domin, Jean-Paul, « Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise (1980-2009) », in *Actes du colloque « Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management »*, 2010b ; Belorgey, *op. cit.*, 2010 ; Pierru, Frédéric, *op. cit.*, 2007.

[105] Sur la constitution de la profession infirmière et sur ses luttes pour la reconnaissance de leur activité à l'hôpital, voir Knibiehler, Yvonne, *Histoire des infirmières: en France au XXe siècle*, Paris, Hachette Littératures, 2008, 441 p. et Knibiehler, Yvonne, Véronique Leroux-Hugon, Odile Dupont et Yolande Tastayre, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française: 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984, 366 p. Sur la période plus récente et la confrontation des pratiques infirmières avec les réformes néo-managériales, voir Acker, Françoise, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, 1/2005 (n°1), p. 161-181 et Acker, Françoise, « Les infirmières en crise ? », *Mouvements*, 2/2004 (n° 32), p. 60-66.

S'ils ont des définitions du soin différentes, les différents groupes s'accordent tous sur « la valeur du jeu » (l'hôpital est un lieu de soin) et les aspirants à plus de légitimité ne la remettent pas en cause, mais souhaitent plutôt ajuster sa définition en fonction de leurs pratiques. Les partisans d'une pratique du soin néo-managériale, par exemple, souhaitent avant tout avoir une nouvelle approche du soin en termes d'efficacité, d'efficience et de qualité[106].

À l'aide de cette lecture du champ hospitalier, nous avons conçu un cadre d'analyse pour notre deuxième partie dans lequel les agents issus de l'espace du soin de la précarité sont de nouveaux entrants investissant les PASS afin d'imposer une version particulière du capital de soin.

## 4 - 3 Quel usage des concepts de « champ » et « segment » ?

En ce qui concerne l'utilisation de la théories des champs sociaux de Pierre Bourdieu ou celle des mondes sociaux et des segments de Anselm Strauss et Ru Bucher, nous n'avons pas cherché à privilégier ou à choisir l'une ou l'autre dans notre analyse. L'usage que nous en faisons n'est pas le but de l'analyse, auquel cas l'espace que nous décrivons ne serait que le moyen de démontrer leur pertinence ou leur opérationnalité. Au contraire, nous nous en servons comme des moyens soutenant notre analyse dont les résultats les dépassent. À bien des égards ces théories se recoupent d'ailleurs (dans leur approche dynamique et différenciée, l'intégration du conflit, la présence de différents groupes aux intérêts divergents, etc.). Néanmoins, chacune d'entre elles apporte un modèle conceptuel différent permettant de saisir des phénomènes particuliers (mettant la focale sur les luttes concurrentielles ou sur les interactions, etc.). Nous en avons donc extrait leurs capacités analytiques et conceptuelles afin d'étudier notre objet. Appliquées à notre terrain, elles se sont révélées toutes les deux utiles et complémentaires en fonctions des thèmes abordés ou des phénomènes observés. C'est pour cela que nous avons utilisé la notion « d'espace social », plus neutre, et parlons donc de « l'espace du soin de la précarité ». Ce concept de synthèse fait le lien entre les deux concepts. À certains endroits de la thèse, lorsque le cadre analytique se fonde explicitement et principalement sur l'une ou l'autre de ces théories, nous avons cependant choisi de recourir aux termes de « champ » ou de « segment ».

[106] Voir l'ouvrage de Nicolas Belorgey (*op. cit.*, 2010) dans lequel il montre comment les réformes néo-managériales de deux services d'urgence visent à apporter une nouvelle approche du soin en terme

# 5 PLAN DE LA RECHERCHE

Ce travail s'articule autour de trois grandes parties découpées en huit chapitres. La première partie (chapitre 1 et 2) est consacrée à la définition de nos objets d'étude. Elle retrace ainsi la généalogie[107] de la question sociale en santé et de l'espace du soin de la précarité. À l'aide d'une approche macrosociologique et sociohistorique, nous retraçons les conditions sociales d'existence de ces deux objets. Une histoire du long terme permet de saisir les tendances lourdes qui encadrent l'évolution du traitement de la question sociale dans les institutions médico-sanitaires et les rapports de pouvoir de ce domaine. Elle permet également d'identifier les éléments qui, à l'intérieur du système de santé et de la société tels qu'ils se sont construits depuis la seconde moitié du XXe siècle, ont permis la constitution d'un espace du soin de la précarité (chapitre 1). Le second chapitre part des évolutions des rapports de forces dans la société française depuis les crises économiques des années 1970. Il présente les éléments et dynamiques qui caractérisent la question sociale contemporaine en santé, notamment le cheminement menant de l'apparition des « nouveaux pauvres » à la constitution d'un espace associatif humanitaire dans le domaine de la santé dans les années 1980 et à son institutionnalisation dans les années 1990. La filiation des Permanences d'accès aux soins avec le monde de l'humanitaire du soin en France donne une identité et une place particulière aux PASS à l'intérieur de l'institution hospitalière.

À l'aide d'une analyse au niveau méso, les quatre chapitres de la seconde partie visent à situer la PASS et l'espace du soin de la précarité à l'intérieur du champ hospitalier. Le premier chapitre apporte un aperçu sur les PASS et leur fonctionnement (notamment sur le mode de financement). Il présente entre autres les différents types organisationnels de PASS observés sur le terrain que nous mettons en relation avec les conceptions et pratiques du soin développés en amont dans l'espace du soin de la précarité. Dans le second chapitre, nous nous interrogeons sur l'origine des divergences organisationnelles entre les différents types de PASS. Nous identifions trois logiques professionnelles concurrentes (traditionnelle, engagée et organisationnelle) caractérisant la pluralité des activités entre les PASS. Ces différentes logiques mettent en lumière deux types de normes dominantes à l'hôpital, celles issues de la nouvelle gouvernance et celles héritées de l'organisation professionnelle traditionnelle. Le troisième chapitre étudie les effets de ces normes dominantes sur les PASS et leur pénétration dans les activités quotidienne de la structure. Ces analyses font ressortir un contexte général peu propices

[107] Démarche empruntée à Michel Foucault, faire la *généalogie* d'un objet d'étude consiste à rendre compte, dans une perspective socio-historique, des affrontements et des luttes dont il est issu et qui en sont se conditions d'apparition. Nous revenons plus précisément sur cette démarche dans l'introduction du chapitre I.

aux pratiques du soin de la précarité et aux PASS de manière générale. Enfin, le quatrième chapitre se penche sur les stratégies développées par l'espace du soin de la précarité pour faire face à ce contexte défavorable.

La troisième partie s'intéresse aux dimensions politiques et biopolitiques des PASS. À l'aide d'une analyse micro des interactions entre professionnels et patients et des discours des professionnels, les deux chapitres se penchent sur la dimension de gouvernement dans ses différents aspects. Le premier chapitre étudie la PASS en ce qu'elle est une institution d'assistance et qu'elle remplit des fonctions de maintien de l'ordre social grâce à des activités d'intégration et de contrôle social. Ce chapitre examine les limites du dispositif PASS et ses points de tension entre exclusion et inclusion qui sont établis à partir d'un discours moral sur ce qui est légitime et ce qui ne l'est pas. Nous nous intéressons également dans ce chapitre aux fondations économiques et politiques des discours moraux. Enfin, le dernier chapitre de la thèse vise à monter en généralité et à caractériser la stratification aux marges du système de santé que les PASS réalisent. Grâce à l'analyse d'un dispositif éthique exceptionnel visant à juger de l'opportunité de prendre en charge des « migrants thérapeutiques », nous montrerons que les décisions délaissées aux médecins concernant ces patients sont d'ordres économique et politique et dépassent le champ de leurs compétences. Elles contribuent ainsi à la construction d'une éthique d'un nouveau genre qu'on appelle « éthique organisationnelle ».

# PARTIE I — GÉNÉALOGIE DE LA QUESTION SOCIALE EN SANTÉ ET CONSTITUTION D'UN ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ

La première partie de ce travail est consacrée à la définition de notre objet de recherche : la question sociale en santé. La prise en charge des personnes aux marges du système de santé est aujourd'hui essentiellement vue comme une activité philanthropique ou militante, réalisée par des acteurs engagés dans une logique de bienveillance et de compassion et sous-tendue par le principe d'un droit universel à la santé. Cette lecture cache en fait les rapports de pouvoirs qui existent dans le domaine de la prise en charge de la santé des groupes les plus pauvres, ou encore les politiques de santé de la population qu'elle contient. Afin de construire notre objet d'étude, il nous faut déconstruire cette représentation du sens commun. Faire la généalogie de la question sociale en santé permettra de restituer l'histoire des luttes qu'elle contient. Pour cela nous allons retracer, dans une perspective historique et morphologique, le processus de construction et les conditions d'apparition de ce que nous avons identifié comme un espace du soin de la précarité, espace à l'intérieur duquel les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) s'insèrent. La PASS est une structure hospitalière et assistancielle dont nous nous attacherons à cerner le double aspect.

Pour définir notre objet d'étude plusieurs questions se posent. Comment l'espace du soin de la précarité s'est-il construit ? Au travers de quels rapports de forces ? Autour de quelles problématiques ? Quels en sont les acteurs et d'où viennent-ils ? Nous y répondrons en recourant à la littérature existante et ayant trait à ce sujet. Cette partie s'insère dans un cadre théorique constitué, d'un côté, par le concept de la question sociale développé par Robert Castel et, de l'autre, par celui de la biopolitique construit par Michel Foucault. C'est à l'intérieur de ce cadre que nous penserons notre objet d'étude de manière transversale. Nous mobiliserons également, mais dans une moindre mesure, notre matériel empirique, entretiens et observations, afin d'illustrer notre propos. Enfin, nous travaillerons également à partir d'une littérature grise produite par les différents acteurs et institutions présents dans notre champ de recherche.

Nous retracerons en deux temps la généalogie des luttes et des rapports de forces qui réalise la question sociale en santé telle qu'elle existe aujourd'hui. Dans un premier chapitre, nous verrons, dans une approche historique du temps long, quelles ont été les conditions d'apparition de la question sociale en France et les outils mobilisés pour la combattre (menant à un droit au secours, puis au développement de l'État social). Nous nous pencherons sur le rôle que les institutions d'assistance et de soins ont joué dans ce contexte. Nous nous intéresserons également à l'histoire de l'institution hospitalière et décrirons les principales caractéristiques de sa forme actuelle (médecine hyper-spécialisée et technique, médecine sociale, évolution néo-managériale de l'organisation) qui constituent le cadre d'action d'une partie de l'espace du soin de la précarité. De manière transversale, nous présenterons l'évolution des représentations de la santé et de ses rôles dans la société, notamment de gouvernement (apparition d'un droit

à la santé, développement de la santé publique, développement de l'État social). Le second chapitre sera consacré à l'histoire du temps court. Nous verrons les processus qui, depuis les années 1970, ont conduit aux modes de fonctionnement actuels de l'État social (regain des politiques d'assistance) et à la constitution de catégories d'individus aux marges du système de santé (certaines catégories d'étrangers en situation précaire). Le rôle des acteurs associatifs et humanitaires dans la définition des politiques sociales et de santé publique sera mis en avant au travers du thème de l'institutionnalisation. Enfin, nous porterons une attention particulière à définir les éléments qui constituent les biopolitiques à l'œuvre dans ces processus.

# CHAPITRE I — GÉNÉALOGIE DE LA QUESTION SOCIALE EN SANTÉ

> « Il faut, en se débarrassant du sujet constituant, se débarrasser du sujet lui-même, c'est-à-dire arriver à une analyse qui puisse rendre compte de la constitution du sujet dans la trame historique. Et c'est ce que j'appellerais la généalogie, c'est-à-dire une forme d'histoire qui rende compte de la constitution des savoirs, des discours, des domaines d'objet, etc., sans avoir à se référer à un sujet, qu'il soit transcendant par rapport au champ d'événements ou qu'il coure dans son identité vide, tout au long de l'histoire »[1].

## INTRODUCTION

Dans ce premier chapitre, nous retraçons l'historio-genèse, la question sociale en santé, afin de le définir le plus précisément possible. Pour l'analyser dans le temps présent, il est nécessaire de comprendre d'où elle vient, dans quel contexte elle s'est construite, au travers de quels enjeux et rapports de forces elle s'est développée, etc. En reprenant le programme de recherche de Michel Foucault[2], nous tenterons d'en dresser la « généalogie », c'est-à-dire de recoller les différents morceaux qui ont, au fil du temps, réalisé les conditions d'apparition de cette problématique. La généalogie se conçoit comme une « entreprise pour désassujettir les savoirs historiques et les rendre libres » afin de rendre compte « des affrontements et des luttes »[3]. Dans notre cas, il s'agit de comprendre pourquoi la question sociale en santé se présente sous la forme, qu'elle a prise à travers les PASS, d'une lutte contre l'exclusion et pour l'intégration dans le système de santé de certaines catégories de la population. Pour cela, il est essentiel de remettre en cause une vision linéaire de l'histoire de la médecine comme celle d'une marche progressive vers le progrès scientifique et la « bonne santé », une sorte d'histoire de l'émancipation de l'homme par rapport à la nature, à la mort et à la maladie. Au contraire, nous verrons en quoi l'histoire qui a mené aux PASS est certes une histoire du

---

[1] « Entretien avec Michel Foucault », in Foucault Michel, *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, coll. « Dits et écrits. 1954 -1988 », 2001, 1736 p. (p. 140-160), citation, p. 147.

[2] Voir notamment les cours donnés au Collège de France en 1975 et 1976, Foucault, Michel, *Il faut défendre la société: cours au Collège de France, 1975-1976*, Paris, Gallimard/Seuil, coll. « Hautes études », 1997.

[3] *Ibid.* p. 12.

progrès scientifique, mais aussi une histoire du pouvoir, du pouvoir capitaliste et de son exercice et une histoire d'une lutte contre ce pouvoir. Les histoires que nous présentons dans ce chapitre se rapportent aux conditions sociales d'existence de la question sociale.

Considérant la question sociale en santé, nous avons cherché à en retracer les cadres d'action, leurs origines et le contexte structurel dans lequel elles naviguent. Les questions servant de fil rouge à ce chapitre sont les suivantes : quels sont les éléments d'évolution du système de santé qui ont des retentissements sur l'organisation et l'activité de la PASS ? Quels sont les éléments et espaces constitutifs d'un espace du soin de la précarité ? Les réponses sont multiformes. Tout d'abord, l'analyse de la fonction sociale historique de l'hôpital soulignera le poids d'une tradition séculaire qui permet de comprendre pourquoi les politiques publiques de lutte contre l'exclusion en santé ont trouvé domicile dans cette institution. La forme particulière de l'assistance gratuite aux pauvres d'hier trouve ainsi un écho ou une survivance dans la PASS d'aujourd'hui. Dans un second temps, nous présenterons la construction et la structuration du système de santé moderne à partir de la seconde moitié du XXe siècle. Nous aborderons notamment le développement de la Sécurité sociale et de son projet d'une protection de la santé universelle, mais aussi les limites rencontrées, notamment en termes de financement. Nous verrons que le développement de la conception de la santé totalisante et celui du droit à la santé ont participé à l'essor des politiques de santé publique. Ces dernières, principalement dirigées vers les groupes sociaux défavorisés, ont modelé l'espace du soin de la précarité. Enfin, il s'agira de montrer dans une troisième partie les transformations principales de l'activité soignante hospitalière ayant apporté aux PASS son approche du soin : la dynamique de spécialisation, la tension entre ouverture et fermeture[4], la technicisation du soin, mais aussi les nouvelles formes de prise en charge engendrées par la métamorphose de certaines maladies (dont les soins sont devenus chroniques, palliatifs, etc). En partant d'une analyse des trajectoires sociales des médecins de notre corpus, nous étudierons plus particulièrement la filiation entre la prise en charge du sida dans les années 1990 et les PASS. Enfin la fin du chapitre traite des changements organisationnels et budgétaires dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière et ses incidences sur les activités des acteurs de cette institution.

[4] Pour reprendre l'analyse de Nicolas Dodier et d'Agnès Camus dans leur article « Openness and specialisation: dealing with patients in a hospital emergency service », *Sociology of Health & Illness*, vol. 20, n° 4, Juillet 1998, p. 413-444.

# 1 HISTOIRE DE LA QUESTION SOCIALE À L'HÔPITAL

La prise en charge socio-sanitaire des personnes démunies à l'hôpital public a une histoire aux racines moyenâgeuses, aussi anciennes que l'histoire même de l'institution. Elle y a longtemps tenu une place centrale et a pris différentes formes, allant de l'assistance et du secours à l'enfermement ou à la répression. De nombreux ouvrages retracent cette histoire longue et plurielle[5]. Il ne s'agit pas pour nous de la restituer dans ses détails, mais plutôt d'en souligner les traits qui font encore aujourd'hui écho à la prise en charge des patients de la PASS.

## 1 - 1 L'assistance et le soin aux plus démunis

L'hôpital public a incarné jusqu'au début du XXe siècle une mission d'assistance et un principe de charité institutionnelle. Il avait cependant peu de fonctions soignantes. C'était un lieu d'accueil pour les déshérités, les personnes âgées et malades où l'on ne venait bien souvent que pour y mourir[6]. Robert Castel situe dans le Haut Moyen-Âge la naissance de ce qu'il appelle le « social-assistanciel » prenant place dans une société qui se complexifie et où les liens sociaux se distendent. La prise en charge des démunis va alors faire l'objet de pratiques spécialisées : orphelinat, hôpitaux, distribution organisée de l'aumône. C'est « à partir de ce décrochage [que] des montages de plus en plus complexes vont se déployer, donnant naissance à des structures de prise en charge assistantielle de plus en plus sophistiquées »[7]. Ces dernières participent au maintien de la cohésion et de la stabilité d'une société en ce qu'elles visent à prendre en charge les individus exclus de la société ou menacés de l'être. Il voit dans la naissance et le développement du social-assistanciel, la solution que les sociétés complexes proposent pour résoudre les problèmes internes qu'elles rencontrent en matière de protection et d'intégration

---

[5] Pour ne citer que quelques ouvrages majeurs : Imbert, Jean, *Les Hôpitaux en France*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1966, 128 p. ; Imbert, Jean et Michel Mollat, *Histoire des hôpitaux en France*, Privat, 1982, 568 p. ; Geremek, Bronisław, L*a potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*, Paris, France, Gallimard, (1987) 2010, 330 p. Pour une analyse sociologique, voir Castel, Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio/Essais; 349 », (1995) 2007, 813 p. ; Foucault, Michel, Blandine Kriegel, Anne Thalamy, François Béguin et Bruno Fortier, *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, Belgique, 1979, 184 p. ; Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, Presses universitaires de France, 2009, 214 p.
Pour une analyse du passage de l'hôpital public d'un lieu d'assistance aux pauvres vers un lieu de soins voir l'article de Dodier, Nicolas et Agnès Camus, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 52, n° 4, 1997a, p. 733-763. On peut également se référer au premier chapitre de l'ouvrage de Parizot, Isabelle, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social », 2003, (p. 25-58) qui reprend l'histoire de la prise en charge des pauvres par l'hôpital public.

[6] Foucault, *et al.*, *op.cit*, 1979.

[7] Castel, *op. cit.*, 2007, p. 60-61.

des catégories menacées de désaffiliation[8]. Le social-assistanciel a plusieurs caractéristiques formelles qui prennent forme dès le Moyen-Âge et qui se retrouvent encore aujourd'hui :

- Il construit un ensemble de pratiques à fonction protectrice ou intégrative. Le social-assistanciel relève d'une intervention de la société sur elle-même, c'est ce que Castel appelle la « sociabilité secondaire » (en contraste d'une sociabilité primaire constituée par les liens de la famille, de voisinage, du travail, etc.).
- Il se caractérise par une forme de spécialisation : la charge de ce type de problème est confiée à des individus ou des groupes partiellement mandatés et repérés comme tels : curé, marguillier, officier municipal. « La délimitation d'une sphère d'intervention sociale suscite ainsi l'émergence d'un personnel spécifique pour l'instrumentaliser. C'est l'ébauche de la professionnalisation du secteur social »[9].
- Il esquisse une technicisation minimale : celui qui est mandaté doit faire une sélection de ceux qui méritent le secours, construire des catégories pour guider son action : celle-ci doit se fonder sur un minimum de savoir, d'expertise et de technicité. « Il n'y a pas de pratique sociale sans un noyau, fût-il minime, de connaissances sur les populations concernées et sur les manières de les prendre en charge, ou au contraire de les exclure de la prise en charge »[10]. Cette caractéristique est essentielle dans notre étude car elle souligne la fonction de tri et la tension entre inclusion et exclusion consubstantielle à l'assistance que nous retrouvons à la PASS (voir chapitre VII).
- Enfin, la dernière caractéristique découle de la précédente : il ne suffit pas d'être démuni de tout pour relever de l'assistance. « Au sein des populations sans ressources, certaines seront rejetées et d'autres seront prises en charge ». Deux critères se dessinent alors : celui de l'appartenance communautaire (l'assistance s'attache de préférence aux membres du groupe et rejette les étrangers) et celui de l'inaptitude au travail (elle se destine prioritairement à ceux qui sont incapables de subvenir à leurs besoins, c'est ce que R. Castel appelle l'« handicapologie »). « Cette distinction [...] circonscrit le champ du social-assistantiel dans sa différence avec les autres formes d'intervention sociale en direction des populations capables de travailler »[11].

Les valeurs historiques de l'hôpital français sont celles de la religion catholique, elles mettent en avant la charité envers les pauvres qui est comprise comme la vertu chrétienne par excellence. Mais, l'Église ne secoure pas toutes les pauvretés, elle distingue la « bonne

---

[8] R. Castel définit la désaffiliation comme la dissociation du lien social en raison de l'absence de travail et de l'isolement social. C'est « le décrochage par rapport aux régulations à travers lesquelles la vie sociale se reproduit et se reconduit » (Castel Robert, *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*, Paris, Éditions du Seuil, 2009, p. 92).

[9] Castel, *op. cit.*, 2007, p. 61.

[10] *Ibid.*, p. 62.

[11] *Ibid,* voir notamment le premier chapitre, « La protection rapprochée » p. 47-108. Les citations se trouvent à la p. 63.

pauvreté » — celle qui souffre (dans son corps) et qui n'est pas responsable de son état (catégories de l'handicapologie) — de la « mauvaise pauvreté » — celle soupçonnée d'oisiveté[12].

> « L'exaltation chrétienne d'un type de pauvre qui doit être accablé de maux pour être secouru et sa condamnation de l'oisiveté "mère de tous les vices" ont gardé à ces critères un sens très restrictif. [...] Le pauvre doit manifester beaucoup d'humilité et exhiber des preuves convaincantes de sa condition malheureuse pour ne pas être soupçonné d'être un "mauvais pauvre" »[13].

## 1 - 2 Une fonction d'enfermement et de contrôle social

> **Amandine Cornet** : « Donc pour revenir à ta question première qui était "dans nos institutions, c'est quoi la place de la précarité ?" Comment le dire politiquement correct ? C'est une mission qui est historiquement dans les hôpitaux, de l'histoire, d'assistanat, de l'hôpital général, où on n'accueillait pas les pauvres, on les enfermait ! Bon on va pas faire l'histoire de l'hôpital général, mais c'était ça, c'est-à-dire que... et c'est quand même assez fort que pour accueillir les plus précaires, on s'en réfère à cet historique qui était un hôpital général qui était quand même un lieu d'enfermement et de contrôle social. Enfin, ça s'appelait pas comme ça avant, mais "contrôle de l'indigence", c'était "trouble de la paix social", qu'on a enfermé les pauvres. Enfin, Louis XIV, c'était pas parce qu'il les aimait les pauvres, hein ! Et c'est fou qu'aujourd'hui, on se référence de notre historique de cet hôpital général, du fait qu'on accueille les plus démunis, on n'a pas d'autres références pour, j'dirais, assoir la mission de service public. »[14]

La fonction d'assistance de l'hôpital est à articuler avec une autre fonction, celle du contrôle social et d'enfermement des pauvres qui s'accentue fortement à partir du XVIIe siècle en raison d'une forte augmentation de la pauvreté. Louis XIV crée en 1656 l'Hôpital Général de Paris dont le but est d'enfermer tous les pauvres afin de les éduquer et de les mettre au travail. Vingt ans plus tard, en 1676, un nouvel édit ordonne la création d'hôpitaux généraux dans chaque ville du royaume. C'est le début du « grand renfermement », période d'« enfermement » et de répression de la pauvreté qui va se poursuivre jusqu'au XIXe siècle[15]. Les hôpitaux généraux oscillent alors entre un rôle correctionnel et un caractère carcéral[16], tout en maintenant une fonction de secours des indigents. Les milices des « archers des hôpitaux » traquent et emprisonnent tous ensemble, malades indigents, mendiants, orphelins et aliénés[17]. L'histoire de l'hôpital[18] est donc marquée par celle de la répression de la question sociale, du maintien

---

[12] À propos des classifications de la pauvreté par l'Église, voir Castel, *op. cit.*, 2007 ; Mollat, Michel, *Les pauvres au Moyen Âge*, Bruxelles, Belgique, Éd. Complexe, 2006, 389 p. et Geremek, *op. cit.*, 2010.

[13] Castel, *op. cit.*, 2007, p. 96.

[14] Extrait d'entretien avec la coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP, février 2013, siège de l'AP-HP.

[15] Voir Foucault, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1976a, 585 p.

[16] Fossier, Arnaud, « Le grand renfermement », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n° 1, Janvier 2002.

[17] Imbert, *op. cit.*, 1966, voir notamment le premier chapitre.

[18] Cette histoire n'est pas particulière à la France, une évolution similaire se retrouve partout en Europe. Voir notamment Geremek, *op. cit.*, 2010.

de l'ordre public[19] et de l'équilibre social et du contrôle de la déviance[20]. Tous ces éléments vont dans le sens de l'analyse de R. Castel qui voit une fonction de régulation de la société dans les institutions d'assistance[21]. Loin du lieu de soin d'aujourd'hui, c'est plutôt un « lieu de promiscuité sociale où s'entassent, dans un état de totale absence d'hygiène, tous ceux que frappent la maladie et la misère et que la société rejette, l'hôpital est une institution destinée en grande partie à contrôler les couches sociales pauvres, errantes et donc dangereuses »[22]. Lorsqu'on le considère en dehors (ou au-delà) de sa fonction soignante, l'hôpital se caractérise par cette ambivalence entre secours d'un côté et répression et contrôle social de l'autre[23]. Toujours selon R. Castel, celle-ci se cristallise autour de « l'indigent valide » et des représentations de la légitimité de la pauvreté au regard de la capacité à travailler : « [L'assistance] pose et réitère l'exigence de l'incapacité de travailler pour bénéficier des secours, et elle l'aménage et la trahit aussi souvent »[24]. Cette ambiguité ne disparaît pas avec la médicalisation de l'institution puisqu'on en retrouve encore des traces aujourd'hui (voir chapitre VII). Cette histoire, comme en témoigne les propos mis en exergue d'Amandine Cornet, la coordinatrice des services sociaux de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), marque encore aujourd'hui la « mémoire collective »[25] au sein de l'institution.

Un courant de la sociologie américaine, qui s'est intéressé à l'hôpital moderne, a décrit les fonctions sociales de l'institution au-delà de celles soignantes, notamment celles de maintien de l'ordre social[26] et d'enfermement[27], montrant la survivance de ces fonctions dans l'hôpital d'aujourd'hui.

---

[19] Voir Rosen, G., « The Hospital: Historical Sociology », in Elliot, Freidson *The Hospital in Modern Society*, New York, Free Press of Glencoe, 1963, cité par Carricaburu, Danièle et Marie Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, France, A. Colin, 2004, 235 p. (p. 15).

[20] Foucault *et al.*, *op. cit.*, 1979.

[21] C'est là le cœur de la théorie de R. Castel sur la question sociale : « Si le vagabondage est bien la pointe avancée d'un processus de désaffiliation menaçant des secteurs beaucoup plus vastes de la société, il pose un problème qui vaut bien au-delà de ces marges. La question du vagabondage est en fait la manière dont *se formule et s'occulte à la fois* la question sociale dans la société préindustrielle. Elle l'occulte parce qu'elle la déplace à l'extrême bordure de la société, jusqu'à en faire quasiment une question de police. Mais elle permet aussi de la reformuler, si l'on suit, en amont du vagabondage, la ligne de fracture qu'il révèle. On dégage alors une sorte d'effet boomerang du vagabondage : le processus par lequel une société expulse certains de ses membres oblige à s'interroger sur ce qui, en son centre, impulse cette dynamique. C'est cette relation cachée du centre à la périphérie [...] Le coeur de la problématique de l'exclusion n'est pas là où l'on trouve les exclus. » (p. 170-171).

[22] Steudler, François, « Hôpital, profession médicale et politique hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 13-40, p. 21.

[23] C'est également l'analyse de Numa Murard qui dit à propos de cette période : « Aider et contrôler : c'est le couple qui définit la moderne assistance » (p. 14) (*La protection sociale*, Paris, Ed. La Découverte, coll. « Collection Repères », n° 72, 1993, 125 p.).

[24] Castel, *op. cit*, 2007, p. 106.

[25] Halbwachs, Maurice, *La mémoire collective*, Paris, Albin Michel, 1997.

[26] Parsons, Talcott, « The Mental Hospital as a Type of Organization », in Greenblatt, M., D. Levinson et R. H. Williams (eds), *The Patient and the Mental Hospital*, New York, The Free Press, 1957, cité par Carricaburu *et al.*, *op. cit.*, 2004, p. 17.

[27] Voir Goffman, Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, France, Éd. de Minuit, 1984, 447 p. Il voit l'hôpital psychiatrique comme une « institution totale », au même titre que les prisons ou les camps militaires.

## 1 - 3 Prémices d'un droit à l'assistance et développement de la santé publique

Le XVIIIe siècle est le témoin d'une transformation de l'institution hospitalière qui devient peu à peu une « machine à guérir ». Les médecins s'imposent comme les acteurs prédominants à l'hôpital, des règles d'hygiène sont posées transformant l'organisation (malades séparés des miséreux et spécialisation des hôpitaux selon différents types de maladies) et la pratique de la médecine clinique s'installe (anatomo-pathologie, examen médical, palpation, etc.)[28]. Mais, s'il est le lieu des progrès médicaux, c'est en partie grâce aux nombreuses autopsies pratiquées sur les corps des patients pauvres qui y meurent toujours en grand nombre. La transformation de l'hôpital en un lieu de soin est très lente, elle s'étendra tout au long du XIXe siècle et jusque tard dans le XXe siècle[29]. Les signes de ces progrès médicaux se manifestent à partir de la seconde moitié du XIXe siècle avec l'ouverture de l'hôpital à d'autres groupes de la population, notamment aux militaires, puis aux accidentés du travail (1898). L'hôpital reste cependant très lié à l'assistance aux démunis. Ainsi, en 1849, on inaugure l'Assistance publique à Paris, succédant aux Hospices civils de Paris, confortant cette mission de prise en charge de la pauvreté. Puis, une loi de 1851 relative à l'organisation des secours distingue les hôpitaux des hospices, marquant ainsi le début de la séparation de la mission sociale d'accueil des démunis et de la mission sanitaire. Mais l'ambiguïté entre assistance et soin persiste. En 1856, on inaugure les premières consultations hospitalières gratuites pour les nécessiteux. C'est à ce moment qu'on voit se profiler le dilemme qui ne quittera plus l'hôpital public, comme le souligne ici Marie-José Imbault-Huard :

> « sous couvert de vertueux principes administratifs, économiques ou moraux, gouvernement et société se refusèrent à ce choix, acceptant ainsi tacitement la création d'un bicéphalisme ingérable, avec, d'un côté, un hôpital voué à la médecine et à ses progrès et, de l'autre, un hôpital voué à accueillir toutes les misères et toutes les déchéances. Entre médecins et administrateurs se creuse un fossé infranchissable, fait d'incompréhension et d'indifférence mutuelles, deux mondes clos qui s'ignorent ou s'opposent, au nom de leur autonomie réciproque et de leurs intérêts opposés »[30].

---

[28] Voir Foucault *et. al.*, *op. cit.*, 1979 et Foucault, *op. cit.*, 2009.

[29] L'ouvrage de Jean Imbert donne un bon aperçu des difficultés que rencontrent les hôpitaux à la fin du XVIIIe et au début du XIXe siècle liées notamment à l'instabilité politique, compliquant les évolutions médicales et empêchant son développement numérique. Voir Imbert, Jean, *Le Droit hospitalier de la Révolution et de l'Empire*, Paris, France, Recueil Sirey, 1954, 455 p.

[30] Imbault-Huart, Marie-José, « Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital : convergences et contradictions », in *La société, l'hôpital et les pauvres*, Paris, Musée de l'AP-HP, 1996, p. 53-86, cité par Parizot, Isabelle, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social », 2003, p. 39.

### 1 - 3 - 1 Construction d'une nouvelle biopolitique

Autour de la Révolution française s'affirme un nouveau principe : la société est redevable à l'individu et doit donc intervenir afin de protéger sa santé. L'assistance sort du giron de l'Église et devient une affaire publique. C'est à cette période que Michel Borgetto situe la naissance d'un « droit à l'assistance sociale » qui « va ainsi constituer la matrice du droit aux soins reconnu à l'individu sans ressources »[31]. Ce droit de l'individu, accouplé au devoir de la société, est long à se mettre en place. Il s'impose davantage par nécessité, face à une prise de conscience d'une vulnérabilisation de masse des classes populaires dans une société qui s'industrialise[32] et à une nécessité de maintenir en bonne forme la force de travail de la classe ouvrière naissante, que par bonne volonté.

Parallèlement, les premières enquêtes sociales menées par Louis-René Villermé[33] en France et par Friedrich Engels[34] au Royaume-Uni font le lien entre santé et conditions sociales et sonnent le développement de la santé publique. Ce processus s'inscrit dans le contexte d'une industrialisation qui s'accompagne d'une augmentation de la mortalité due aux mauvaises conditions d'hygiène. C'est à partir de ce moment que des politiques de santé publique se développent (amélioration du logement, assainissement de l'eau, égouts, etc.). Elles s'accélèrent à la fin du XIXe siècle avec ce qu'on appelle l'« hygiénisme » et la révolution pastorienne[35]. De nouvelles normes d'hygiène s'imposent et s'insinuent jusque dans la vie quotidienne et intime des individus.

La santé publique marque une révolution dans ce que Michel Foucault appelle la « biopolitique », ces actions de l'État qui vont dans le sens d'un renforcement de son pouvoir en agissant sur la vie elle-même. Le gouvernement des populations se modernise vers un exercice du pouvoir qui se fait sur le mode du « laisser vivre » (en opposition au « faire mourir »). La biopolitique est l'entretien et le gouvernement de la vie des citoyens par l'État, c'est une pratique gouvernementale qui s'exerce par les phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en population[36]. Jusqu'ici, la biopolitique du « laisser vivre » s'exerçait principalement dans les institutions d'assistance envers les plus démunis et était peu efficace. Avec la santé

---

[31] Borgetto, Michel, « Santé et action sociale: d'hier à aujourd'hui », *Les Tribunes de la santé*, vol. 38, n° 1, 2013, p. 29-40 (p. 31).

[32] Castel, *op. cit.*, 2007, voir chapitre 3, 4 et 5.

[33] Voir son enquête la plus célèbre : Villermé, Louis-René, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers: employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Lyon, France, (1840) 2007, 191 p.

[34] Engels, Friedrich, *La Situation de la classe laborieuse en Angleterre*, Paris, France, Ed. sociales, (1844) 1960, 411 p.

[35] Bourdelais, Patrice, « Histoire de la santé publique », in Fassin, Didier et Boris Hauray, *Santé Publique. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, p. 317-328.

[36] Voir notamment le chapitre V « Droit de mort et pouvoir sur la vie » *in* Foucault Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1976a, 585 p. ou Foucault Michel, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, France, EHESS, Gallimard, Seuil, 2004, 355 p.

publique, elle devient plus consciente et stratégique : elle a pour but explicite d'allonger les durées de vie dans un contexte capitaliste où le besoin de main d'œuvre est fort. Elle s'adresse à toute la population, tout en se concentrant davantage sur les groupes les moins favorisés. Son action ne se dirige pas seulement sur les infrastructures, mais vise également à transmettre les nouvelles règles d'hygiène chez les individus et à modifier leurs comportements. Les bureaux d'hygiène qui se multiplient à partir de 1880 en sont un exemple. En plus de surveiller les vaccins en cas d'épidémie, ils interviennent dans les écoles pour apprendre l'hygiène aux enfants[37]. Un autre exemple est celui des infirmières visiteuses, profession apparue pendant l'Entre-deux-guerres dans le cadre du dépistage de la tuberculose. Elles se rendaient dans l'espace privé de familles pauvres pour les éduquer, les conseiller, etc[38]. Ces deux exemples illustrent le travail « d'acculturation des classes populaires par l'ensemble des institutions et des personnels de santé publique [qui] a été systématique, massif et en grande partie victorieux »[39].

C'est avec le développement de la santé publique et cette mission d'assurer la protection sanitaire de la société, mais aussi son développement démographique, que s'est construit et s'est légitimé finalement le droit à l'assistance médicale à la fin du XIXe siècle dont la création en 1893 de l'Aide médicale gratuite (AMG), reconnaissant aux individus sans ressources le droit aux soins hospitaliers est emblématique[40]. Michel Borgetto synthétise les différents types d'arguments mobilisés par les parlementaires à l'Assemblée nationale ayant motivé le vote de la loi du 15 juillet 1893 relative à l'aide médicale gratuite. Parmi eux, on trouve : la réparation des forces de travail et la réinsertion du travailleur dans les circuits productifs, la lutte contre la stagnation de la population, la lutte contre les épidémies et la protection de l'ensemble de la population, la prévention sanitaire (vaccination), la prévention des troubles et apaisement du climat social[41]. Ces arguments illustrent l'importance du calcul biopolitique contenu dans les pratiques de gouvernement. La prise en charge des populations démunies n'est plus seulement comprise comme un acte de charité ou un devoir moral, mais également (et surtout) comme un programme biopolitique en vue de faire prospérer la nation dans un contexte de concurrence internationale. Cette dimension est une caractéristique essentielle des politiques de santé

[37] Bourdelais, Patrice, *Les épidémies terrassées. Une histoire de pays riches*, Paris, France, Éd. de La Martinière, 2003, 246 p. cité par Bourdelais, *op. cit.*, 2010, p. 20.

[38] Bourdelais, Patrice, « Health Visitors, a Central Figure in The Fight Against Tuberculosis. The Example of France (1920-1939) », in Sanden, A., *Seeing People*, LiU Trick, Linköping, p. 151-160, 2008, cité par Bourdelais, *op. cit.*, 2010, p. 20.

[39] Bourdelais, *op. cit.*, 2010, p. 20.

[40] L'AMG n'est autre que l'ancêtre directe de l'actuelle Aide médicale d'État (AME). Elle s'adresse à « tout Français malade et privé de ressources [et lui permet de recevoir] gratuitement l'assistance médicale à domicile ou dans un établissement hospitalier. L'accès au secours se fait par l'inscription, renouvelée chaque année, sur une liste dite "liste d'assistance", qui assure de la gratuité des soins ». Renard, Didier, « Assistance publique et bienfaisance privée, 1885-1914 », *Politiques et management public*, vol. 5, n° 2, 1987, p. 107-128 (p. 113).

[41] Borgetto, *op. cit.*, 2013.

orientées vers les catégories les moins privilégiées qui trouve encore une forte résonance aujourd'hui comme nous le verrons dans ce travail.

## 1 - 4 Construction de l'État social et modernisation de l'hôpital

Un moment fort de l'histoire de la construction de l'État social est la Révolution de 1848[42], s'interrompt plus ou moins avec le coup d'État de 1851 et reprend avec la IIIe République. Elle peut être vue comme un compromis entre une position moralisatrice envers le peuple des dominés et la lutte des exploités contre les exploiteurs. Robert Castel résume cette situation ainsi :

> « l'État social [...] commence sa carrière lorsque les notables cessent de dominer sans partage et lorsque le peuple échoue à résoudre la question sociale pour son propre compte. Un espace de médiations s'ouvre qui donne un sens nouveau au "social" : non plus dissoudre les conflits d'intérêts par le management moral ni subvertir la société par la violence révolutionnaire, mais négocier des compromis entre des positions différentes, dépasser le moralisme des philanthropes et économiser le socialisme des "partageux" »[43]

À la fin du XIXe siècle, avec la IIIe République, un droit au secours est promu au travers de l'aide médicale gratuite (AMG) et de l'aide aux vieillards indigents et aux invalides. Parallèlement, les prémices de la société assurantielle sont posées (loi sur les accidents du travail de 1898 et loi sur les retraites ouvrières et paysannes de 1910). L'AMG introduit deux éléments importants : (1) un droit institutionnalisé à l'assistance sous condition de critères sociaux et (2) une transformation de l'assisté en malade payant dont le coût des soins est porté par la collectivité locale. Ce deuxième élément va contribuer à faire perdre à l'hôpital son statut d'établissement d'assistance pour lui conférer celui d'établissement de soins[44]. Cependant, malgré l'introduction d'un droit à l'assistance, le mode de distribution de l'aide conforte un jugement moral sur la pauvreté. La loi de 1905 sur les vieillards indigents introduit un droit soumis à des conditions de ressource strictes qui sont contrôlées par l'administration. Le demandeur doit apporter la preuve de sa pauvreté. Cela amène Robert Castel à considérer que :

> « le passage de l'assistance à un statut de droit ne parvient pas à effacer totalement le stigmate attaché à l'indigence. Il ne parvient pas non plus complètement à délocaliser, ou si l'on préfère à universaliser le droit : l'octroi du droit au secours dépend d'une expertise menée sur le plan local. [...] Le droit au secours continue de véhiculer une image du "mauvais pauvre" portée par les indigents, et le jugement des instances dispensatrices de secours, qui risque d'être davantage un jugement de valeur sur la moralité des solliciteurs que l'application d'un droit-créance »[45].

---

[42] Voir Donzelot, Jacques, *L'invention du social: essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, France, Éd. du Seuil, 1994, 263 p.
[43] Castel, *op. cit.*, 2007, p. 430.
[44] Borgetto, *op. cit.*, 2013.
[45] Castel, *op. cit.*, 2007, p. 459-460.

Ce rapport ambivalent entre droit et jugement moral va perdurer dans le temps et continuer à caractériser les rapports dans les structures d'assistance. Il dévoile la tension autour de la question de la responsabilité de la situation de pauvreté placée, soit du côté de la société dans la reconnaissance du droit à l'assistance, soit du côté de l'individu dans la condamnation morale. C'est ce que nous observerons dans les PASS (voir chapitre VII).

Le développement de l'assurance, notamment à partir des lois de 1928 et de 1930 sur les assurances sociales, introduit un autre modèle de solidarité qui rend la « vie sociale [...], du moins tendanciellement, assimilable à un certain nombre de risques (sociaux) »[46] et entraîne une mutation de la propriété elle-même par l'émergence d'une « propriété sociale ». L'avénement de la « société assurantielle » s'épanouit au travers d'un État providence définissant des droits (à la santé, à l'éducation, à la sécurité, etc.) dits de « seconde génération ». On assiste à un basculement d'une définition morale du secours vers une lecture en termes de droits dans la répartition des risques[47]. Selon Castel, l'avénement de l'assurance « sanctionne le caractère irréversible de la stratification sociale dans les sociétés modernes et le fait qu'elle est fondée sur la division du travail et non plus seulement sur la propriété ». Il ajoute :

> « C'est donc bien une mutation de la propriété que va permettre de réaliser la technologie assurantielle : la promotion d'une "*propriété de transfert*" au sens strict du mot. Les sommes épargnées sont prélevées automatiquement et obligatoirement ; elles ne peuvent être replacées sur le marché par leurs bénéficiaires ; l'entrée en jouissance est subordonnée à certaines circonstances ou échéances précises, la maladie, l'âge de la retraite... Le paiement des cotisations est une obligation inévitable, mais il ouvre un droit inaliénable. La propriété de l'assuré n'est pas un bien vendable. [...] C'est une [...] *propriété pour la sécurité*. L'État qui s'en fait le garant joue un rôle protecteur. [...] Il s'est fait le gardien d'un nouvel ordre de distribution des biens »[48].

L'assistance et l'assurance sont de plus en plus opposées dans les discours comme deux modèles de solidarité antagonistes, l'un basé sur la redistribution verticale et sans contribution et l'autre sur la redistribution contributive horizontale, adossé au travail salarié. On voit se dessiner une dichotomie du « social », déchiré entre l'assistance moralisante envers les plus démunis et l'avénement d'une justice sociale dans la protection des risques sociaux. M. Borgetto résume ce dilemme par une question : « La protection sociale devait-elle s'inscrire dans une solidarité d'appartenance au corps social (universalisme) ou au contraire dans une solidarité de participation reposant sur le travail salarié ? »[49]. Dans les faits, l'organisation sociale mêlera les deux formes de solidarité, privilégiant l'une ou l'autre selon le contexte socio-économico-politique.

---

[46] *Ibid*, p. 478.

[47] Ewald, François, *L'État providence*, Paris, France, B. Grasset, impr. 1986, 608 p.

[48] Castel, *op. cit.*, 2007, p. 504 et p. 506.

[49] Borgetto, Michel, « La protection sociale fondée sur l'emploi : un modèle inadapté ? », *Informations sociales*, n° 6, 2007, p. 6-17 (p. 7).

### 1 - 4 - 1 Modernisation de l'hôpital

Le début du XXe siècle est une période charnière pour l'hôpital. Alors que les progrès de la médecine en font le lieu de la modernité du soin où se concentrent les nouvelles machines (radiologie et radiothérapie), il est paradoxalement toujours réservé en grande majorité aux populations démunies. En effet, les détenteurs d'une assurance et les patients non-indigents n'y ont pas accès. Cependant l'accueil des mutilés et des blessés de la Première guerre mondiale apporte tout de même un nouveau public qui s'éloigne de celui des indigents. Cette période ne durera pas longtemps puisque la loi de 1941, dite « Charte hospitalière »[50], marque l'ouverture de l'hôpital aux plus riches et aux assurés sociaux. L'institution s'écarte ainsi un peu plus de son rôle « d'assistance aux pauvres » pour devenir le lieu « de soins aux malades »[51]. La pratique caritative et l'accueil des démunis restent cependant très ancrés à l'hôpital[52]. Le XXe siècle voit l'hôpital devenir le haut lieu du soin avec ses techniques modernes. Il est marqué par les énormes progrès dans le domaine de la médecine qui se caractérisent notamment par une forte spécialisation en sous-disciplines[53] et par une profonde modification de la conception du soin à l'hôpital. Les médecins ont également gagné en importance sociale depuis les années 1880. Dans cette société où la biopolitique s'affirme, ils sont devenus des experts (notamment depuis la loi sur les accidents du travail) qui mesurent le vivant[54]. On verra dans le chapitre VIII que cette dimension aussi perdure aujourd'hui et qu'elle trouve même une fonction dans le traitement de la question sociale en santé en mesurant des vivants socialement différenciés.

Avec la création de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et le vote de la charte médicale en 1927, les médecins tentent de défendre une forte autonomie vis-à-vis de l'Etat. Ce qui fait écrire à Numa Murard que cette charte constitue :

> « une véritable machine de guerre contre toute forme de contrôle par l'État de la médecine. La charte médicale promulgue les quatre principes que le corps médical, de 1928 à aujourd'hui, brandira comme des principes sacrés : le secret professionnel ; le libre choix du médecin par le malade ; la liberté de prescription du médecin ; l'entente directe entre le médecin et le malade sur le montant des honoraires et le paiement direct ou "à l'acte" »[55].

---

[50] Loi du 21 décembre 1941 relative à la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils.

[51] Jamous, Haroun, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, France, Éditions du Centre national de la recherche scientifique, 1969, 257 p.

[52] Domin, Jean-Paul, « Les assurances sociales et l'ouverture des hôpitaux à l'ensemble de la population : les prémices d'une politique globale de santé publique (1914-1941) », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1, 2002, p. 131-154.

[53] Voir Pinell, Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 156-157, n° 1, 2005, p. 4-36.

[54] Voir la note de lecture de N. Dodier sur l'ouvrage de F. Ewald : Dodier, Nicolas, « L'Etat-providence, de François Ewald (Note de lecture) », *Sciences sociales et santé*, vol. 4, n° 3, 1986, p. 195-204.

[55] Murard, *op. cit.*, 1993, p. 44.

Ces éléments historiques, bien que partiels, montrent que la prise en charge médicosociale des populations les plus pauvres a, depuis le début, fait partie de l'histoire de l'hôpital public en France. Celle-ci a rempli plusieurs fonctions : (1) d'assistance aux plus démunis (associée à un travail de tri entre une « bonne » et une « mauvaise » pauvreté), (2) de biopolitique (une politique du « laisser vivre » qui comprend une action sur les comportements, la protection de la population générale, etc.), (3) de contrôle social et d'enfermement, de soin. Cette perspective historique montre également que la forme de la prise en charge de la santé des populations démunies est fortement dépendante du contexte socio-économique et surtout politique. Elle reflète d'une certaine manière la « gouvernementalité »[56], ce mode spécifique d'exercice du pouvoir, intimement lié au traitement de la « question sociale »[57].

## 2 LE SYSTÈME DE SANTÉ ET L'ÉTAT PROVIDENCE

La France d'après la Seconde guerre mondiale se caractérise par un renforcement de la société de classes à travers l'apparition d'une société salariale dont la stratification est saisie à partir des catégories socioprofessionnelles[58]. L'État-providence, grâce à la création de la Sécurité sociale en 1945, a largement contribué à cette reconfiguration[59]. La forte croissance économique permet le développement d'un État social fort qui conduit à son tour à une moyennisation (égalisation des conditions) des groupes sociaux. Il y a une synergie entre la croissance économique, le développement des droits du travail et de la protection sociale. La Sécurité sociale apparaît comme le compromis qui permet une importante redistribution des richesses et semble conduire à la fin de la misère des classes populaires.

Cette sous-partie présente les principales caractéristiques du système de santé tel qu'il s'est construit depuis la seconde moitié du XXe siècle. Nous insisterons sur deux aspects : le développement de la Sécurité sociale et celui des structures de santé publique[60]. Exposer les bases de fonctionnement et les grandes tendances du développement de l'Assurance maladie est essentiel à notre étude car c'est précisément de cette institution que sont exclus les patients

[56] Parmi les nombreux écrits de Michel Foucault, on peut se référer à son cours au Collège de France sur la gouvernementalité et à celui sur la sécurité, le territoire et la population : Foucault, Michel, « La "gouvernementalité" », in Foucault, Michel, *Dits et écrits II. 1976 - 1988*, Paris, Gallimard, coll. « Dits et écrits. 1954 -1988 », 2001, 1736 p. (p. 635-656) ; Foucault, Michel, « Sécurité, territoire et population », in Foucault Michel, *Dits et écrits II. 1976 - 1988*, Paris, Gallimard, coll. « Dits et écrits. 1954 -1988 », 2001, 1736 p (p. 719-723).

[57] Castel, *op. cit.*, 2007.

[58] *Ibid.*

[59] La Sécurité sociale comporte plus de 120 régimes et 1 200 régimes complémentaires dont la construction témoigne d'une logique de distinction et de différenciation entre les nouvelles Catégories socioprofessionnelles (CSP) dans une logique de statut. Voir Hatzfeld, Henri, *Du paupérisme à la Sécurité Sociale. Essai sur les origines de la Sécurité Sociale en France. 1850-1940*, Paris, Armand Colin, 1971, 349 p.

[60] La troisième sous-partie se penche sur la médecine hospitalière.

des PASS. L'affiliation à l'Assurance maladie, comme on va le voir, constitue une norme sociale qui s'est généralisée et qui est signe d'intégration sociale. Enfin, l'étude de l'organisation des soins dans la santé publique vise à identifier les structures et les activités qui sont constitutives de ce qu'on a appelé l'espace du soin de la précarité.

## 2 - 1 Le développement de la Sécurité sociale : l'introduction d'un droit à la santé

La création de la Sécurité sociale en 1945 annonce tout à la fois un mouvement de généralisation rapide de la protection contre différents risques (maladie, vieillesse, chômage, décès, frais liés à la maternité), l'avénement d'un « droit à la santé » (parmi ceux dits de « seconde génération ») et la victoire de la logique assurantielle sur la logique assistancielle.

Le projet de Sécurité sociale, en germe depuis les années 1930 et construit par Pierre Laroque au sortir de la Seconde guerre mondiale, est inspiré des systèmes en place chez les voisins allemand et anglais. Elle comprend un vaste système de solidarité socioprofessionnelle obligatoire auquel sont associés des droits sociaux qui protègent les travailleurs et leur famille contre les grands risques que nous venons d'évoquer. L'objectif — qui se révèlera être une illusion — est de couvrir l'ensemble de la population dans l'idée d'une société de plein emploi. En réalité, ce système comprend dès le départ de nombreuses prestations attribuées à des inactifs : les ayants droit, les pré-actifs (étudiants), les retraités n'ayant jamais cotisé, etc.[61]. Au niveau de la santé, c'est l'Assurance maladie qui protège ainsi les travailleurs et leur famille grâce à ce système de redistribution des cotisations d'une partie du salaire entre les assurés lorsqu'ils tombent malade. Elle incarne une gestion du risque dans un système de redistribution horizontale[62]. À côté de ce système, l'assistance, rebaptisée « aide sociale » en 1953, constitue l'autre moyen d'action de l'État social confirmant l'existence d'un droit au secours issu de la tradition révolutionnaire. Au niveau de la protection maladie, l'Aide médicale gratuite (AMG) continue d'exister, elle agit comme un dernier filet de protection en couvrant ceux qui échappent à la protection de l'assurance. Ces deux systèmes, assistance et assurance, marquent une cohabitation du principe de sélectivité (en se concentrant spécifiquement sur les groupes les plus vulnérables) et du principe d'universalité de la Sécurité sociale.

La généralisation à toute la population de la protection contre le risque maladie est très rapide et se réalise en contrepartie d'une déconnection entre prestations, travail et cotisations.

---

[61] Chauchard, Jean-Pierre et Romain Marié, « La couverture maladie universelle: résurgence de l'aide sociale ou mutation de la sécurité sociale? », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, Décembre 2001, p. 137-156.

[62] Pour une analyse plus complète de l'histoire de la Sécurité sociale, on peut se référer à l'ouvrage de N. Murard (*op. cit.*, 1993).

La loi sur l'assurance personnelle de 1978 permet l'affiliation au régime général de la Sécurité sociale en contrepartie d'une cotisation proportionnelle aux revenus (permettant à des non-salariés d'être affiliés), rendant ainsi ainsi un peu plus lâches les liens entre droit à la santé et travail salarié. En 1980, pas loin de 99,6 % de la population française y est affilié. L'assurance maladie englobe de plus en plus de monde au prix de l'abandon d'un mode de fonctionnement exclusivement assurantiel. De plus en plus de dispositif d'assistance se chargent de payer les cotisations d'inactifs qui deviennent des assurés sociaux sans participer directement au financement ; c'est l'impôt qui s'en charge dans un système de redistribution verticale. La Couverture maladie universelle (CMU) et la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), votées en 1999, poursuivent la construction de cette hybridité en incluant dans l'Assurance maladie la plupart des inactifs qui relevaient de l'aide médicale gratuite jusqu'alors[63]. La réforme de la Protection universelle maladie (PUMa), mise en place au 1er janvier 2016, parachève ce mouvement en simplifiant le mode d'affiliation à l'assurance maladie qui se fait désormais par l'activité professionnelle de manière principale (sans condition d'une quantité minimum d'heures travaillées comme c'était le cas jusqu'alors et donc sans condition de cotisation) ou par une condition de résidence stable et légale lorsque l'activité professionnelle fait défaut[64].

C'est donc une victoire de l'assurance dans son idéologie (en tant que système légitime d'organisation sociale contre les risques et en tant qu'outil de redistribution des richesses) et non pas dans son application pratique qui, en fait, échoue à intégrer toute la population (et qui recourt régulièrement à l'assistance pour pallier ses manques)[65]. Jusqu'à la fin des années 1980, les politiques de redistribution qui portent le nom d'assistance sont réduites à une portion congrue. Pourtant, nombreuses sont les prestations non contributives, d'assistance dans leur mode de fonctionnement, qui complètent les manques de l'assurance et qui sont absorbées sous son étiquette (l'exemple le plus frappant est la Couverture maladie universelle complémentaire qui entre dans la catégorie des prestations d'assurance alors qu'elle est non contributive et destinée aux personnes pauvres). Bruno Palier explique que le camouflage des prestations d'assistance dans le système d'assurance témoigne d'un jugement de valeur négatif associé à l'assistance, selon lui :

> « le passage de l'assistance aux assurances est ressenti comme un progrès, passant d'un mécanisme de protection sociale stigmatisant et souvent arbitraire à une protection sociale moderne, fondée

[63] Voir Chauchard et Marié, *op. cit.*, 2001 et Kerleau, Monique, « De la couverture maladie universelle aux politiques d'accès à l'assurance-maladie complémentaire: diversité des modèles et des protections », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 9, n° 1, 2012, p. 171-189.

[64] La PUMa supprime et remplace la CMU ; en revanche la CMUc continue d'exister. Cette réforme étant intervenue après la fin de notre terrain, nous parlerons de CMU et de CMUc et exclurons de notre analyse la PUMa (qui est très proche de la CMU).

[65] Pour une analyse du rapport entre assistance et assurance, voir Castel, (*op. cit.*, 2007) ou l'article de Viguier, Frédéric, « Les paradoxes de l'institutionnalisation de la lutte contre la pauvreté en France », *L'Année sociologique*, vol. 63, n° 1, 2013, p. 51-75.

sur des droits et non plus sur le bon vouloir des philanthropes ou des autorités publiques locales »[66].

L'assistance et l'assurance ont souvent été placées dos à dos comme deux modes de protection distincts qui se destinent à différentes catégories de la population et parmi lesquels celui d'assurance serait prédestiné à se généraliser et à remplacer celui d'assistance. En fait, dès le départ, elles se sont complétées et mélangées dans la pratique et dans le financement[67] ; leurs différences fondamentales sont davantage situées au niveau du discours politique et concernent le modèle de solidarité. Tout au long du XXe siècle, l'idée d'une société basée sur le travail salarié, régulée et protégée par un système de solidarité assurantiel, s'est imposée. Alors que le modèle de l'assistance symbolise tout à la fois un reliquat du passé basé sur la charité qui est amené à disparaître et un devoir et une dette de l'État envers les plus démunis et les personnes incapables de travailler[68]. En ce sens, le maintien de l'assistance est vécu comme l'échec du modèle d'organisation sociale de l'assurance qui apparaissait comme le résultat logique d'un processus historique de progrès social. L'assurance s'est construite comme un droit (à la base, obtenu en échange de cotisations) intimement lié au travail. De l'autre côté, l'Aide sociale conserve sa fonction de protection des pauvres, notamment ceux en incapacité de travailler. Elle n'est pas liée au travail salarié et est dispensée gratuitement (financée par l'impôt). Contrairement à l'assurance, ce n'est pas un droit lié à un statut, mais plutôt une « faveur »[69] ou un « droit subjectif »[70] que l'État accorde face à une condition ou à un état. Son attribution se fait au cas par cas (et non selon des critères de droit) et de manière locale et n'est pas pensée sur la durée (elle est ponctuelle).

Une autre caractéristique de la Sécurité sociale est la « sédimentation de régimes » (plus de 120 régimes différents) impliquant une identification précise des bénéficiaires et des cotisants des différents régimes et l'élaboration de conditions d'ouverture des droits que les agents de l'assurance maladie auront la charge de vérifier[71]. Cette caractéristique va contre la volonté initiale d'un modèle beveridgien doté d'une caisse unique et favorise une dynamique de catégorisation et de différenciation des groupes sociaux, mais aussi l'exclusion de ceux qui ne rentrent pas dans ces catégories. Nous verrons dans le chapitre suivant que la généralisation de l'Assurance maladie a ainsi laissé une petite partie de la population dans un système d'assistance à part et que certains

---

[66] Palier, Bruno, *Gouverner la sécurité sociale: les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige. Essais débats », 2005a, 502 p. (p. 35).

[67] Renard Didier, « Assistance et assurance dans la constitution du système de protection sociale française », *Genèses*, vol. 18, n° 1, 1995, p. 30-46.

[68] Voir Castel, *op. cit.*, 1995, notamment la Deuxième partie, les chapitres V et VI (à partir de la p. 347) et Renard Didier, « Assistance publique et bienfaisance privée, 1885-1914 », *Politiques et management public*, vol. 5, n° 2, 1987, p. 107-128.

[69] Chauchard et Marié, *op. cit.*, 2001.

[70] Dans le sens où il n'a pas d'application universelle, mais qu'il s'applique de manière individuelle après évaluation par l'administration compétente. Thévenet, Amédée, Louis Dessaint et Bernard Kouchner, *L'aide sociale aujourd'hui*, Issy-les-Moulineaux, France, ESF, 2002, 436 p.

[71] Chauchard et Marié, *op. cit.*, 2001.

groupes, notamment parmi les étrangers en situations de précarité économique et sociale, sortent complètement des filets de sécurité de la couverture maladie.

Le nouveau « droit aux soins »[72] porté par le développement de la Sécurité sociale, qui prend une vocation universelle, se construit autour d'une redéfinition de la santé portée dans l'ensemble du monde occidental. « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition inscrite dans le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1946 résume bien cette nouvelle conception qui dépasse largement le simple cadre de la médecine pour englober la vie tout entière. Elle caractérise un nouveau rapport à la santé et au bien-être. Ces deux éléments sont devenus des valeurs sociales essentielles dont la mesure permet d'évaluer et de comparer les sociétés. La « bonne santé » est ainsi vue tout à la fois comme un moyen d'atteindre un épanouissement personnel et d'optimiser les capacités physiques et physiologiques des individus dans une société productive. Les normes de santé et d'hygiène imprègnent de plus en plus les comportements individuels et s'étendent à tous les domaines de la vie (pratiques sexuelles, sommeil, exercice physique, pratiques alimentaires, etc.)[73]. La santé se construit ainsi comme une idéologie, et le corps comme une propriété sociale dont l'individu jouit[74]. L'avénement d'un « homme comportemental » est le produit d'une « "industrie sanitaire" quadrillant l'espace social et politique de l'humain, prolongeant la mécanisation rationnelle, morcelante, calculatrice et aliénante du travail et du loisir »[75]. D'un autre côté, le droit à la santé, comme les autres droits de seconde génération, est le fruit d'un combat social. Il tend à protéger la vie elle-même et reconnaît chez tous les individus une « bio-légitimité ». C'est-à-dire une « reconnaissance supérieure donnée au principe de maintien en vie »[76] qui dépasse le seul calcul biopolitique pour entrer dans le champ de la morale. Le rapport

---

[72] Le droit au soin est entériné dans le préambule de la Constitution de 1946, repris dans celle 1958, qui évoque un « droit à la protection de la santé ». Il fait partie de cette nouvelle génération des droits-créances.

[73] L'exemple du développement du champ de la psychothérapie comportementale est à ce titre exemplaire. Cette « science » cognitive vise à traiter des épisodes de « mauvaise santé » psychique dont les facteurs sont essentiellement socialement induits (stress au travail, dépression, troubles alimentaires, etc.) et à atteindre une « bonne santé psychique » qui se mesure principalement en fonction des capacités à s'intégrer dans la société productive et reproductive (capacité à travailler et à avoir une famille).

[74] M. Foucault parle d'un concept « de l'individu en bonne santé [comme étant] au service de l'État ». Voir Foucault, Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine » in Foucault, Michel, *Dits et écrits II. 1976 - 1988*, Paris, Gallimard, coll. « Dits et écrits. 1954 -1988 », 2001, 1736 p. (p. 40-58).

[75] Voir Gori, Roland et Marie-José Del Volgo, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, France, Flammarion, 2009 (2005), 336 p. Notamment l'introduction. Citation p. 23.

[76] Fassin, Didier, Jacqueline Costa-Lascoux et Marie-Antoinette Hily, « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration », Revue européenne de migrations internationales, vol. 17, n° 2, 2001, p. 139-151 (p. 146). Didier Fassin définit ce concept dans un autre article comme suit : « Une reconnaissance plus grande est reconnue à l'intégrité du corps qu'à l'intégrité de la personne [...]. La reconnaissance de la personne passe par la reconnaissance du corps altéré ou souffrant. Je suggère de nommer bio-légitimité cette priorité donnée au vivant dans le gouvernement des affaires humaines. ». Il qualifie cette bio-légitimité d'un « des fondements moraux du monde contemporain ». Ce concept s'appuie sur la théorie foucaldienne de la biopolitique. Fassin, Didier, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », Anthropologie et sociétés 24, 2000b, p. 95-116 (p. 105). Nous reviendrons sur ce concept dans la troisième partie de ce travail.

à la santé, selon nous, relève tout à la fois d'un droit de l'homme et est caractéristique d'un changement paradigmatique du mode de gouvernement s'orientant de plus en plus sur la vie elle-même.

## 2 - 2 La santé publique et les inégalités sociales de santé

L'universalisation du droit à la santé se réalise par l'affiliation à l'assurance maladie ou à l'AMG qui donne accès aux soins et aux médicaments, mais également par l'action de la santé publique. La santé publique a plusieurs missions : elle assure « une mission régalienne de sécurité sanitaire »[77] (protection de la société dans son ensemble face aux grands fléaux), diffuse dans la société des normes comportementales (lutte contre le tabagisme, promotion de « bonnes pratiques alimentaires », etc.) et protège la santé des groupes les plus vulnérables (protection de la petite enfance, toxicomanes, etc.). Ces missions se mêlent parfois, notamment parce que les groupes les plus vulnérables au niveau de la santé sont aussi ceux par qui les problèmes de santé publique ont le plus de chance de se propager. Ainsi, bien souvent les dispositifs visant à favoriser la santé des groupes les moins bien dotés dans une logique de discrimination positive ont aussi pour mission de protéger la population dans son ensemble. C'est le cas des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Cette mission régalienne de sécurité sanitaire doit pourtant être distinguée des autres missions de santé publique car elle cible la population dans son entier. Les soins qui s'y rapportent sont ainsi souvent prioritaires et gratuits.

À côté de cette mission régalienne de protection de la population, la santé publique s'attache donc à lutter contre les inégalités sociales de santé[78]. Les études sur les inégalités sociales de santé (inégalités dans l'espérance de vie, de mortalité, de morbidité, etc.), posant le constat d'un désavantage pour les catégories sociales basses, se sont fortement développées depuis les années 1950 (notamment grâce aux études statistiques de l'INSEE, voir introduction)[79]. La lutte contre ces inégalités s'appuie sur ce nouveau droit à la santé (dans sa conception élargie) qu'il s'agit de réaliser dans une visée égalitariste. Son outil privilégié est la santé publique.

---

[77] Tabuteau, Didier, « 1983-2013: les évolutions de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 31, n° 1, 2013, p. 53-67 (p. 55).

[78] La lutte contre les inégalités sociales de santé est couramment comprise et inscrite comme une mission de santé publique dans les politiques publiques de santé. Par exemple, les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) et les PASS sont des mesures de santé publiques dont les missions sont inscrites dans le Code de santé publique.

[79] Plus tard, à partir du milieu des années 1980, des équipes de chercheurs en épidémiologie et en sciences sociales s'attacheront à étudier de manière plus approfondie les inégalités sociales de santé. Pierre Aïach est la figure française de ces recherches en sciences sociales. Il a contribué à faire circuler le constat que les inégalités sociales de santé sont le produit final des autres inégalités sociales et que le moyen le plus efficace de lutter contre elles est de lutter contre les inégalités sociales en général (dans l'éducation, le logement, les revenus, le travail, etc.). Voir son livre de synthèse qui rassemble ses principaux articles. Aïach, Pierre, *Les inégalités sociales de santé : écrits*, Paris, Economica: Anthropos, 2010, 280 p. On peut aussi consulter l'article de Fassin, Didier, « Les inégalités de santé » in Fassin, Didier et Boris Hauray, *op. cit.*, 2010, p. 413-424. Voir également la partie introductive de ce travail.

Dans cette perspective, de nombreuses actions ciblées ont été mises en place (prévention, organisation de visites médicales, dépistage, vaccination, etc.) en direction de certains groupes parmi les plus vulnérables (détenus, jeunes en difficulté d'insertion, etc.)[80]. Pour ne citer qu'un exemple, on peut évoquer la création et le développement des centres de Protection maternelle et infantile (PMI) depuis 1945. Les objectifs au départ étaient de favoriser la santé de la mère et de l'enfant en luttant contre les fléaux sociaux et en diffusant des normes de prévention volontaristes. D'autres missions s'y sont ajoutées, notamment dans le domaine de la planification familiale, la prévention et le dépistage des maladies sexuellement transmissibles et des handicaps des enfants. Les centres de PMI représentent bien cette pluralité de la santé publique qui est tout à la fois un outil de protection des plus vulnérables, un outils de la biopolitique agissant sur la démographie, la prévention de maladies transmissibles, etc. C'est ce qu'affirment également le psychanalyste L. Gori et la psychologue M.-J. Del Volgo dans leur dénonciation de la médicalisation de la société :

> « Le développement de la médecine de santé publique, comme celui de l'épidémiologie, ou encore celui de la médecine préventive, ou encore de la médecine sociale (scolaire et du travail), s'avère inséparable de cette dilatation du magistère médical invité à surveiller et à protéger les populations, la santé morale des groupes et l'hygiène des individus.[81] »

Les structures qui remplissent ces missions de santé publique et dirigent leur action vers les populations les moins favorisées et la lutte contre les inégalités sociales font partie de ce que nous appelons l'espace du soin de la précarité, dans le sens où elles agissent dans le but de favoriser l'accès aux soins de groupes de la population dominés. Elles se situent principalement dans la médecine de ville, ce sont les centres de PMI, les centres de planning familial, les centres de santé municipaux, les dispensaires, la médecine scolaire ou la médecine du travail, etc. On les retrouve aussi dans les hôpitaux qui abritent des centres de dépistage, d'interruption volontaire de grossesse (IVG), de luttes anti-tuberculeuse (CLAT), les PASS, etc. Ces dernières années ont vu se multiplier des « pôles de santé publique » qui rassemblent toutes ces structures dans un même endroit présageant un phénomène de spécialisation de ce « soin de la précarité ».

L'objectif de santé publique de réduire les inégalités sociales de santé n'est pas poursuivi uniquement par des acteurs étatiques, mais également au sein de la société civile. Le milieu associatif et militant — au travers d'associations comme Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières, le Comède, mais aussi les associations de prévention comme Aides — y contribue dans des centres de soins gratuits et au travers de dispositifs spécifiques en direction de certains

[80] Voir Borgetto, *op. cit.*, 2013.
[81] Gori *et al.*, *op. cit.*, 2009, p. 81

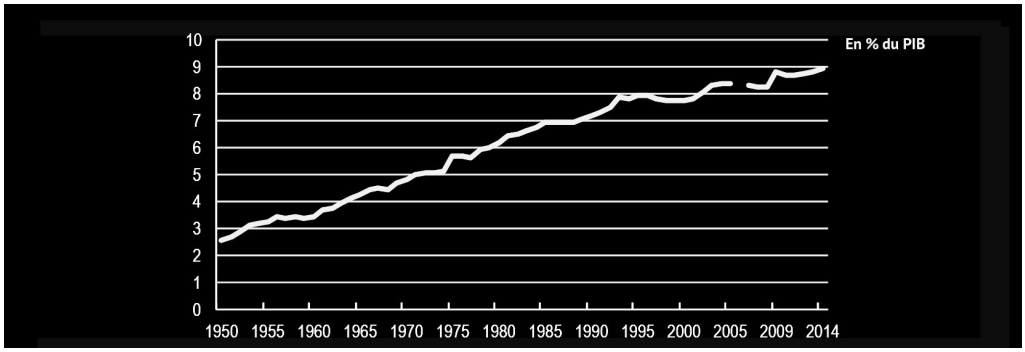
groupes de la population (toxicomanes, travailleurs/ses du sexe, Rroms, etc.). De même, des professionnels de santé de ville s'organisent pour lutter contre les inégalités de santé. Des médecins généralistes se sont par exemples organisés spontanément dans les années 1990 pour lutter contre l'épidémie de sida au sein de certaines communautés. Ils ont par exemple créé le réseau des « Généralistes et toxicomanies » qui s'inscrivait dans les réseaux de soin pour prendre en charge les usagers de drogues et faciliter leur accès aux soins aux pires moments de l'épidémie de sida. On peut également citer « Réso », réseau qui regroupe des médecins de toute la France, acceptant de recevoir gratuitement des patients sans couverture maladie (principalement des étrangers en situation irrégulière) qui s'est également constitué dans les années 1990.

Les PASS s'inscrivent à la suite de certaines de ces pratiques de santé publique (celles explicitement dirigées vers des groupes sociaux dominés) avec lesquelles elles partagent l'espace du soin de la précarité. L'unité de cet espace s'observe grâce aux circulations des acteurs. Plusieurs de nos enquêtés travaillant dans des PASS ont été ou sont actifs dans d'autres structures du soin de la précarité. Ainsi, 5 des 21 médecins de PASS que nous avons rencontrés lors de notre enquête de terrain travaillent parallèlement soit dans un Centre de santé municipal, une PMI ou dans un cabinet de ville engagé dans l'accès aux soins. On peut citer l'exemple du Dr Lamarche qui travaille deux demi-journées par semaine à la PASS de l'hôpital C à Paris et qui s'est installée dans une « maison de santé », cabinet médical pluridisciplinaire de ville qui accueille explicitement les patients en situation de précarité[82]. Ces circulations de personnes favorisent l'unité de l'espace grâce aux conceptions et pratiques de soins qui voyagent avec elles.

Pour résumer, on peut dire que l'avénement d'un droit à la santé se réalise depuis les années 1950 grâce à la généralisation de la couverture maladie (favorisant la logique d'assurance, mais n'abandonnant pas celle d'assistance) et à des politiques de santé publiques. La santé se révèle comme une conception paradigmatique et totalisante caractéristique du mode de gouvernement d'après la seconde Guerre Mondiale, mais aussi comme un moyen de défendre la vie dans une perspective de droit de l'homme et de justice sociale et de lutte contre les inégalités sociales. Ce sont tous ces aspects qui vont favoriser l'émergence d'un espace du soin orienté vers les personnes les plus éloignées de cette définition de la santé.

[82] Voir le tableau des trajectoires des professionnels des PASS dans l'espace du soin de la précarité hors hôpital en annexe (annexe 5 - 1). Voir aussi les notices biographiques de Christine Lamarche, Margaux Le Floch et Jean-Paul Vandenbulck en annexe (annexes 2 - 3, 9 et 10).

## 2 - 3 L'objectif de maîtrise de l'augmentation des dépenses de santé




**Graphique n° 1 : Consommation des soins et des biens médicaux exprimée en pourcentage du PIB**

Sources : DREES – Comptes de la santé (base 2005 pour la période 1950-2005, base 2010 pour 2006-2014) ; INSEE – comptes nationaux base 2010 pour le PIB.

Tout en même temps, la généralisation de la protection de la santé à tous les travailleurs et à leur famille, la modernisation du système de santé et les évolutions démographiques (notamment le vieillissement de la population) et culturelles (augmentation des besoins de santé et médicalisation croissante de nouveaux domaines de la vie[83]) ont conduit à une augmentation sans précédent des dépenses de santé dans la société française d'après-guerre. Ces dépenses de santé sont ainsi passées de 2,6 % en 1950 à 9,1 % du PIB en 2010 (voir graphique 1 ci-dessus)[84]. Cette croissance structurelle n'est pas propre à la France. Elle se retrouve aussi chez nos voisins occidentaux[85]. Les politiques visant à maîtriser cette augmentation se sont accentuées depuis les années 1970. Le sociologue Frédéric Pierru a montré les grandes tendances de ces réformes du système de santé : refus d'augmenter les recettes par une hausse conséquente des prélèvements obligatoires, privatisation et déremboursement de l'assurance maladie, baisse du taux de prise en charge publique[86]. Face aux puissants groupes de pression que constituent les médecins d'un côté, les assurances privées et l'industrie pharmaceutique de l'autre (ce sont les deux

[83] Voir Sicard, Didier et Claude Le Pen, *Santé : l'heure des choix*, Paris, France, Desclée de Brouwer, 2004, 289 p. ou Gori Roland et Del Volgo Marie-José, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, France, Flammarion, 2009 (2005), 336 p.

[84] Voir le numéro de *Études et résultats* consacré à cette thématique : DREES, « 60 années de dépenses de santé. Une rétropolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », *Études et résultats*, n° 831, février 2013.

[85] Voir Colombo, Francesca et David Morgan, « Évolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, 2006, p. 19-42.

[86] Pierru, Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, coll. « Collection Savoir-agir de l'Association raisons d'agir », 2007, 319 p.

libéralismes identifiés par F. Pierru), la marge de manœuvre des politiques de santé pour redresser les comptes de l'Assurance maladie a été réduite et les tentatives de réforme du système de santé ont souvent été bloquées. D'une manière générale, les économies réalisées ont largement été portées par les consommateurs et justifiées par des discours de responsabilisation des comportements individuels. Selon F. Pierru, cette volonté de responsabiliser les individus dans leur consommation de soin est inefficace et conduit à augmenter les inégalités sociales de santé car ce sont les personnes les plus pauvres qui ont le plus de mal à couvrir les coûts laissés alors à leur charge[87]. La réforme des hôpitaux de 1983 ouvre cette voie à l'hôpital en intégrant un forfait hospitalier qui est à la charge de l'assuré[88]. Cette « pression sur la demande »[89] en défaveur des plus démunis tend à être plus ou moins compensée par des politiques d'assistance[90]. Ces mesures compensatoires participent à l'enferment des patients les plus pauvres dans un système de protection sociale dévalorisé (l'assistance) et transforment des droits en « faveurs » (qui pourront donc leur être refusées)[91].

Effet combiné de la généralisation de l'assurance maladie et des difficultés budgétaires du système de santé, la place toujours plus importante de l'assurance maladie dans le financement du système de santé (au travers du conventionnement des médecins à partir des années 1960) et du système hospitalier a eu pour autre conséquence le recrutement préférentiel des patients parmi les assurés sociaux, conduisant à l'exclusion des individus non assurés.

La période récente est marquée par un tournant des stratégies politiques visant cette maîtrise de l'augmentation des dépenses, qui ciblent désormais l'offre de soin. Les mesures portant sur les retraites et l'assurance maladie prises en 1995 et connues alors sous l'appellation « Plan Juppé », alors premier Ministre, est emblématique du basculement en faveur de la maîtrise de l'offre de soin. Il instaure l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixant un plafond aux dépenses publiques de santé qui est voté tous les ans au parlement à l'occasion

---

[87] Il résume sont propos ainsi : « [Le] thème de la responsabilisation vise, en réalité, à maquiller en choix ce qui n'est qu'un pis-aller, la conséquence de la démission politique vis-à-vis des rentiers et des médecins. Elle permet de justifier le fait que les seuls salariés doivent supporter les coûts financiers de la lutte contre le « trou de la Sécu », [qui] est la créature d'une « politique des caisses vides » : faute de vouloir augmenter les recettes à hauteur de la croissance des dépenses de santé, le gouvernement fabrique un déficit qui lui sert ensuite à justifier les mesures d'économies. » (*ibid.,* p. 26). Constat qu'il partage avec Mireille Elbaum (voir « Protection sociale et solidarité en France », *Revue de l'OFCE*, n° 102, 20 Novembre 2007, p. 559-622). Voir également Duval, Julien, *Le mythe du « trou de la Sécu »*, Paris, France, Raisons d'agir, 2007, 135 p.

[88] Décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

[89] Murard, Numa, *La protection sociale*, Paris, Ed. La Découverte, coll. « Collection Repères », n° 72, 1993, 125 p. (p. 74).

[90] Il existe aussi des politiques qui tentent d'agir sur l'offre de soin. C'est le cas de l'installation du *numerus clausus* au début des années 1970 qui a ralenti la démographie médicale (menant à la pénurie de médecin qu'on connaît aujourd'hui). Cette réduction du nombre de médecin a conduit à une augmentation de la concurrence entre les médecins, et donc du nombre de spécialistes et de la proportion de médecins conventionnés en secteur II (autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraire). Tout cela participe à rendre l'offre de soin de la médecine de ville peu adaptée aux catégories sociales les plus basses qui ne peuvent se permettre de payer des dépassements d'honoraires et qui vont plus volontiers voir le médecin de famille, plutôt que le spécialiste. De même, le problème des déserts médicaux, en particulier pour la médecine générale, se concentre dans les zones d'habitat populaire (zones rurales et banlieues défavorisées).

[91] Chauchard et Marié, *op. cit.*, 2001.

du Projet de loi du financement de la Sécurité sociale (PLFSS). Le budget du système de santé est donc théoriquement plafonné et est organisé grâce à un système d'enveloppes (hôpital, médicament, médecine de ville, etc.).

Ainsi, les politiques de maîtrise de l'augmentation des dépenses de santé ont agit en tentant de maîtriser d'abord la demande de santé, puis l'offre. Elles ont conduit à faire porter une part toujours plus importante des coûts aux particuliers, défavorisant les groupes les moins dotés économiquement, et particulièrement ceux qui n'entrent pas dans le système de couverture maladie.

Une autre caractéristique importante du champ de la santé dans la société moderne est qu'il s'est progressivement constitué en un marché économique important, qui est l'objet de luttes et de concurrences entre des acteurs sociaux puissants : laboratoires pharmaceutiques, laboratoire biotechnologiques, médecins, assurances, etc. L'industrie de la santé a un poids conséquent sur l'économie moderne[92] et les acteurs qui la composent ont des intérêts qui leur sont propres et que nous devons garder à l'esprit dans notre enquête. Ils jouent un rôle dans le développement de la médicalisation de la vie et dans le développement d'une conception de la bonne santé totalisante. La marchandisation de la santé, qui s'est accélérée depuis la seconde moitié du XXe siècle, n'est pas toujours compatible avec la réalisation du droit à la santé, notamment en ce qui concerne la défense de la bio-légitimité. Une caractéristique des politiques de maîtrise de l'augmentation des dépenses de santé est qu'elles peinent à réguler cette industrie de la santé, qui pourtant participe pour une part importante à l'accélération et à l'augmentation de ces coûts. En plus d'être une propriété sociale dont l'individu jouit, la santé est également une propriété économique fortement rentable dans un système économique capitaliste et néo-libéral.

[92] Voir Clarke, Adele E., Laura Mamo, Jennifer R. Fishman, Janet K. Shim et Jennifer R. Fosket, « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *American Sociological Review*, vol. 68, n° 2, Avril 2003, p. 161-194.

# 3 L'HÔPITAL MODERNE DANS UN « TOURBILLON DE VENTS CONTRAIRES »[93]

Pour faire une étude de la prise en charge des populations démunies à l'hôpital et comprendre son ancrage dans l'institution hospitalière, il faut conceptualiser l'espace de la médecine hospitalière comme segmenté. C'est-à-dire, d'une part, qu'on ne peut pas considérer l'espace du soin de la précarité de manière isolée, en le considérant comme autonome dans son processus de construction et de développement par rapport aux autres segments de la médecine[94] et, d'autre part, qu'il ne s'agit pas non plus de considérer le développement de cet espace comme une partie d'un tout dans lequel « "la médecine" [serait] envisagée comme un exercice idéal qui traverserait toutes ces activités »[95]. Pour comprendre cet espace à travers les interrelations entre les différents segments qui le constituent, on peut recourir à l'hypothèse structurale à la manière de Marie Jaisson dans sa thèse sur les logiques des pratiques médicales. Ainsi l'espace du soin de la précarité s'analyse dans ses relations avec les autres éléments des espaces plus larges à l'intérieur desquels il s'insère[96]. Dans l'espace de la médecine hospitalière, l'étude de la structure des spécialités est un angle d'approche pertinent pour en étudier sa morphologie sociale. La spécialisation résulte « d'un processus de différentiation des activités médicales » aux causes multiples et changeantes. Elle est « le produit de la dynamique d'un jeu social complexe qui participe du processus de construction du champ médical français »[97]. C'est ainsi que nous considérons la formation d'un espace du soin de la précarité à l'intérieur de l'hôpital public français.

L'hôpital s'est transformé en profondeur depuis la Seconde guerre mondiale. Il est devenu un lieu de haute technicité du soin. C'est le lieu du soin spécialisé et de la recherche médicale. Cependant, les fonctions sociales n'ont pas disparu à l'hôpital, la mission de service public continue d'être une valeur forte et fédératrice de l'institution. De même, l'augmentation de la prise en charge des maladies chroniques, ainsi que la médicalisation de nouveaux domaines de la vie (fin de vie, naissance, mais aussi opérations de changement de sexe, médecine reproductive, etc.) ont eu tendance à mettre le patient au centre de la prise en charge, à redonner du poids à la subjectivité de l'expérience de la maladie et à donner une actualité aux questions dites de

---

[93] Expression utilisée par la juriste Mireille Delmas-Marty dans sa conférence donnée au Centre Marc Bloch pour qualifier la mondialisation juridique. « La mondialisation juridique dans un tourbillon de vents contraires : terrorisme et dérèglement climatique », conférence inaugurale du 19 octobre 2016, Centre Marc Bloch, Berlin.

[94] Strauss Anselm et Bucher R., « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, vol. 66, n° 4, 1961, p. 325-334.

[95] Jaisson, Marie, « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, n° 3, 2002, p. 44-52 (citation p. 45).

[96] Jaisson, Marie, Les lieux de l'art. Études sur la structure sociale du milieu médical dans une ville universitaire de province (Dijon), Thèse de doctorat, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France, 1996.

[97] Pinell, Patrice, *op. cit.*, 2005, p. 5-6.

« bioéthique ». Enfin, les réformes organisationnelles ont également modifié l'hôpital en profondeur, mettant au centre de sa pratique les préoccupations budgétaires et une recherche de rationalité organisationnelle. C'est cette évolution complexe que nous souhaitons présenter dans cette partie, afin de montrer les courants pluriels qui agitent l'hôpital contemporain, à l'intérieur duquel le soin de la précarité porté par la PASS va devoir trouver sa place.

## 3 - 1 L'hôpital temple de la technique et de la recherche

La réforme de 1958 de Robert Debré[98] confirme le visage de l'hôpital moderne comme celui d'un temple de la technique. Elle crée le temps plein hospitalier et le CHU (Centre hospitalo-universitaire) qui attire les grands spécialistes et accapare les moyens techniques modernes. L'hôpital universitaire attire les plus grands médecins et concentre les moyens techniques, il assure une triple fonction : le soin, l'enseignement et la recherche[99]. Cette période s'accompagne d'un spectaculaire accroissement des dépenses de santé dû au progrès technique, mais aussi à l'élargissement de la clientèle et des besoins et demandes de soins[100]. Les sociologues écrivant sur l'hôpital au début des années 1970 observent un recentrage de l'activité sur les pathologies ayant un intérêt scientifique, alors que les maladies ordinaires sont traitées par la médecine de ville. La mission traditionnelle d'assistance « paraît s'opérer au détriment d'une vocation plus moderne, autre que celle de l'asile, [qui] en vient à être dévalorisée par l'hôpital lui-même comme par le corps médical »[101]. Le développement de l'activité hospitalière semble s'accompagner inexorablement d'une spécialisation des services et de la mise à l'écart de la médecine de premier recours[102]. Les services sont de plus en plus spécialisés, sélectifs et agissent à une échelle déterritorialisée.

[98] Décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics.

[99] Voir l'ouvrage de H. Jamous (*op. cit.*, 1969) pour une analyse de la modernisation de l'hôpital au travers de la réforme de 1958.

[100] Steudler, François, *op. cit.*, 1973, p. 34.

[101] Herzlich, Claudine, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 41-59 (p. 46), voir aussi dans le même numéro, Steudler, François, « Hôpital, profession médicale et politique hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 13-40, p. 34 et Chauvenet, Antoinette, « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973a, p. 61-76.

[102] Chauvenet, *op.* cit., 1973a ; Vassy, Carine et Frédéric Renard, « Quels malades pour l'hôpital public? Deux stratégies de segmentation », *Annales des mines*, coll. « Gérer et comprendre », 1992, p. 29-39.

## 3 - 2 La fonction sociale de l'hôpital

Claudine Herzlich, d'après les observations qu'elle avait réalisées dans un service d'un grand hôpital de l'AP-HP, remarquait en 1973 une persistance de la fonction d'assistance :

> « Cette forme de pratique demeure donc extrêmement proche d'une pratique d'assistance, liée à la conception traditionnelle de l'hôpital : celle de la prise en charge sur tous les plans, et non exclusivement médicale, d'un secteur de la population. Dans ce cas, aujourd'hui plus rare mais qui fut longtemps prédominant à l'hôpital, le malade ne se distingue pas toujours de l'improductif et du marginal. La "maladie" apparaît comme intriquée à divers types de "déviance" (le vagabondage du clochard par exemple) voire même peu différenciée d'états tels que la vieillesse dont le caractère proprement "pathologique" est loin d'être certain. Accueil, soin et gardiennage s'entremêlent alors avec, toujours présente, la perpétuation d'une dimension de contrôle social. »[103]

Cette fonction asilaire a aujourd'hui quasiment disparu de l'hôpital public. Elle s'est exportée dans d'autres établissements, comme les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), par exemple. Cependant, l'hôpital public continue de remplir une mission « sociale » qui ne peut se dissoudre complètement dans une activité purement médicale ou technique. La création de la fonction d'assistante sociale hospitalière à partir de 1945 est le signe du maintien de cette dimension. Les permanences d'accès aux soins (PASS) en sont un autre exemple, elles n'ont pas de fonction d'hébergement, mais elles poursuivent une mission d'assistance aux plus démunis qui contient, elle aussi, une dimension de contrôle social[104].

Nicolas Dodier et Agnès Camus ont souligné la permanence de cette dualité de l'hôpital public contemporain qui se caractérise par une « tension entre ouverture et fermeture »[105]. La fermeture désigne le processus de spécialisation et de sélection des patients que nous venons de décrire. L'ouverture, quant à elle, s'incarne au travers de la notion de service public hospitalier institué par la loi de 1970 et de ses valeurs — l'égalité de l'accès, l'égalité de traitement et la continuité du service. Plus concrètement, on la retrouve dans les services ouverts (médecine interne, service de médecine générale, urgences) qui s'inscrivent dans un territoire avec des patients recrutés localement. Le lieu le plus ouvert est « la porte » (anciennes urgences) qui était attribuée à tour de rôle aux différents services[106]. Plusieurs autres espaces symbolisent également cette ouverture, au premier rang desquels la PASS ou les services de gériatrie et de médecine palliative et quelques autres services qui se sont développés depuis la seconde moitié du XXe siècle comme la médecine carcérale, les consultations pour patients sourds.

---

[103] Herzlich, Claudine, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 41-59 (p. 45).

[104] Nous traiterons cet aspect dans la troisième partie de ce travail.

[105] Dodier, Nicolas et Agnès Camus, « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, vol. 65, n° 1, 1997b, p. 109-119.

[106] Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Le service des urgences, étudié par les auteurs, illustre bien cette dualité. Alors qu'il est ouvert à tous et tout le temps, la sélection des patients dans un second temps écarte les demandes qui ne sont pas des « vraies urgences » de celles vitales ou nécessitant une prise en charge médicale immédiate. Cette tendance à la sélection des patients, caractéristique de la fermeture, génère de la part des professionnels de santé une « mobilisation différenciée selon les patients » dont la conséquence peut aller de la réorientation du patient à une place reculée dans l'ordre de passage. Dans ce contexte, les patients détiennent une « valeur mobilisatrice » plus ou moins importante qui va déterminer leurs chances d'accès aux soins.

Dans le prolongement de l'idée d'ouverture, on peut également citer, de manière plus générale, les hôpitaux généraux remplissant un rôle de proximité. Le « service public » est une valeur importante pour de nombreux professionnels du soin travaillant à l'hôpital, elle s'exprime dans une volonté d'ouvrir l'hôpital à tous ceux qui s'y présentent, et en particulier aux catégories sociales défavorisées n'ayant pas la possibilité de se rendre dans d'autres établissements de soin. Cette valeur est renforcée par l'éthique médicale dont le serment d'Hippocrate est une référence forte. L'hôpital public porte ainsi une médecine sociale et éthique qui est présente en son sein d'une manière diffuse.

D'autre part, ces valeurs sociales et d'ouverture sont à rapprocher d'une éthique relationnelle qui a été mise à jour par les études récentes sur le *care*. Elle est portée par des professionnels, surtout au sein des positions fortement féminisées (assistantes sociales hospitalières, infirmières, aide-soignantes), qui adoptent une pratique du soin attentive et attentionnée, dirigée préférentiellement sur la personne et non sur l'acte technique. L'« éthique du *care* » promeut un « prendre soin » relationnel[107] intégrant une vision globale et holistique des patients/individus (compris dans leurs dimensions biologique, sociale, politique, environnementale).

[107] Les théories du *care* ont été élaborées par la psychologue Carol Gilligan (2016) au début des années 1980 pour conceptualiser un mode de jugement contextuel (une *éthique du care*) priorisant l'entretien et la préservation des relations sociales. Ces théories ont été développées dans leur dimension politique par Joan Tronto (2009) dans les années 1990. Pour une synthèse des travaux sur le *care*, voir l'ouvrage de Fabienne Brugère (2014) et de Pascale Molinier *et al.* (2009). En sociologie de la santé, en éthique et en philosophie, les théories du *care* ont été mobilisées pour décrire les relations de soins. L'opposition entre une approche du soin intégrant les dimensions relationnelles et compassionnelles (le *care*) et une approche biomédicale et technique (le *cure*) est devenue classique. On peut se référer à l'ouvrage de Frédéric Worms *et. alii.* (2010) pour un exemple de recherches s'appuyant sur une approche du soin dans sa dimension de *care.* Gilligan, Carol, *In a different voice. Psychological theory and women's development*, Cambridge, 2016,184 p. ; Tronto, Joan C., *Un monde vulnérable: pour une politique du « care »*, Paris, Éd. La Découverte, 2009, 238 p. ; Brugère, Fabienne, *L'éthique du care*, Paris, PUF, 2011, 127 p. ; Worms Frédéric, Jean-Christophe Mino, Céline Lefève et Lazare Benaroyo, *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, 281 p. : Molinier, Pascale, Sandra Laugier et Patricia Paperman (eds.), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, France, Payot, 2009, 302 p.

## 3 - 3 Nouveaux espaces hospitaliers et origines de l'espace du soin de la précarité à l'hôpital

Depuis les années 1950, émergent à l'intérieur de l'hôpital public de nouvelles problématiques liées au développement de la médecine et des maladies contribuant à une nouvelle approche du soin. Elles accompagnent des processus de médicalisation de nouveaux domaines de la vie et de spécialisation.

Certaines maladies, notamment les maladies chroniques, ont pris de plus en plus de place dans le champ du soin et ont permis le développement de nouveaux segments de la médecine hospitalière. Le cancer, le diabète, mais aussi certaines maladies cardiaques ou vasculaires ou les insuffisances rénales, ont modifié la temporalité du soin[108]. L'incurabilité de ces maladies a contraint les soignants à repenser les normes biomédicales aboutissant, par exemple, au développement de la médecine palliative qui bouleverse les rapports hiérarchiques et l'organisation du travail habituels. Elle place au centre de la pratique de soin le patient, compris dans sa globalité, en intégrant les thématiques du *care*, de la douleur, de la gestion de la maladie au quotidien, etc. Pour pallier l'impuissance ou l'insuffisance du savoir des médecins, un travail d'équipe explicitement pluriprofessionnel intégrant tous les professionnels du soin s'est développé[109]. Toutes ces nouvelles problématiques et les pratiques qui les accompagnent font concurrence à la structuration dominante du champ médical hospitalier qui s'est construite depuis le milieu du XXe siècle autour d'une hyper-spécialisation et d'une médecine centrée majoritairement sur l'organe. Elles introduisent à l'hôpital de nouvelles pratiques qui vont, pour nombre d'entre elles, se retrouver plus ou moins complètement dans les Permanences d'accès aux soins. Ce sont, par exemple, une logique de travail explicitement pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, une logique de prise en charge du patient dans sa globalité (pratique holistique de la médecine), ou la thématique du *care*, l'ouverture de l'hôpital sur la ville, le décloisonnement entre le social et le médical, ainsi que les dynamiques de travail en réseau dans lequel des associations prennent en charges d'autres aspects de la vie des patients[110]. Ces nouvelles pratiques se développent autour de soignants qui les épousent, c'est ce qu'on peut lire

---

[108] Pour un aperçu des travaux en sciences sociales sur le sujet des maladies chroniques et des transformations des pratiques médicales, voir les chapitres 6 et 7 de Carricaburu, Danièle et Marie Ménoret, *op. cit.*, 2004, p. 93-121).

[109] Voir Baszanger, Isabelle, « Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *Revue Française de Sociologie*, vol. 31, n° 2, Avril 1990, p. 257-282 ; voir aussi Baszanger, Isablle, « Chapitre XI. La fin de vie : de nouvelles frontières entre curatif et palliatif », in Baszanger, Isabelle, Martine Bungener et Anne Paillet (eds.), *Quelle médecine voulons-nous?*, Paris, France, la Dispute, 2002, 249 p. (p. 211-234). On peut également découvrir ces nouvelles pratiques et conceptions du soin apportées par les soins palliatifs et une analyse de la médicalisation de la fin de vie dans Moulin, Pierre, « Les soins palliatifs en France : un mouvement paradoxal de médicalisation du mourir contemporain », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, vol. 108, 2000, p. 125-159.

[110] Voir par exemple le chapitre Joël, Marie-Ève (« Chapitre IV. Organiser des soins en réseau », in Baszanger *et. al., op. cit.*, 2002, p. 75-90) qui prend l'exemple de la prise en charge des personnes âgées dépendantes ou Bercot, Régine, « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles », *Négociations*, vol. 1, n° 5, p. 35-49, 2006.

dans cet extrait d'entretien mené auprès d'une médecin généraliste responsable d'une permanence d'accès aux soins de santé :

> **Éloïse Fradet** : « C'était ça ! J'ai pas voulu passer l'internat, à l'époque il y avait pas. Et puis il y avait pas de spécialités qui me branchaient, moi je voulais faire de la médecine générale ! Dans un cabinet de groupe en ville, voilà ! Et puis après j'ai rencontré le VIH et puis voilà ! »
> **J.G.** : « Et la médecine générale, c'était pour être auprès des personnes, enfin pour pouvoir suivre… »
> **Éloïse Fradet** : « Ça m'intéresse bien de gérer en même temps le volet médical, psychologique et social. Et donc j'ai retrouvé ça dans le VIH, à l'époque on faisait aussi du soin paliatif dans le VIH. Maintenant on en fait plus, mais il y avait aussi ces trois volets. Et puis, à la PASS il y a le volet social qui est très développé, le volet psychique un peu moins. Et puis, j'ai aussi découvert en 2002 l'éducation thérapeutique du patient, et c'est aussi un travail pluridisciplinaire. Alors là beaucoup avec les infirmières, avec les pharmaciens, qui est une profession que j'ai découverte […], en éducation thérapeutique, il y a les diététiciennes aussi. Et puis là, on est en train… je m'occupe du projet d'éducation thérapeutique pour les patients VIH en maladie infectieuse et on est en train de monter un projet d'atelier social avec l'assistante sociale de là-bas, euh et un projet de diététique. Donc j'ai toujours aimé le travail en équipe. […] Une conception de la médecine c'est plus sur le patient global. Le goût pour la prise en charge globale, ça clairement. Et alors, et le goût aussi de travailler avec les spécialistes des différents domaines, ça c'est intéressant aussi. Je peux pas tout faire à moi toute seule. Et puis finalement, j'ai un métier qui est la médecine, mais, de pouvoir confier le patient pour les autres aspects avec des gens avec qui on travaille vraiment en partenariat. »[111]

### 3 - 3 - 1 La prise en charge du sida à l'origine de l'espace du soin de la précarité dans le champ hospitalier

Un autre nouvel espace de soin a participé plus directement à la constitution de ces nouvelles pratiques : celui lié à la prise en charge du VIH. Notre enquête de terrain a montré que l'espace construit autour des soins aux séropositifs, en bien des aspects, a été le précurseur, dans le monde hospitalier, de l'espace du soin de la précarité. C'est lui qui a, en premier lieu, transmis ces pratiques et conceptions du soin vers l'espace du soin de la précarité, notamment au moyen d'une circulation des acteurs.

Dans l'histoire de la lutte contre le sida, les années 1980 ont été celles du début de l'épidémie et de la construction de cette maladie comme objet politique habité par un fort engagement associatif, notamment en raison du retard de l'intervention des pouvoirs publics[112]. De nombreux ouvrages ont montré le rôle déterminant qu'a joué l'activisme (notamment au travers des associations Vaincre le Sida, Aides et Arcat-Sida) dans la reconnaissance de la maladie par les pouvoirs publics et sur les modalités de la prise en charge de cette maladie. L'histoire de la lutte contre le sida marque une rupture dans le champ médical, l'obligeant à se confronter à

[111] Extrait d'entretien réalisé avec la médecin attachée responsable de la PASS d'un CHU d'une grande ville de province. Mars 2012, hôpital L.
[112] Voir Pollak, Michel, « Histoire d'une cause », *Autrement*, n° 130, mai 1992.

un pouvoir nouveau, celui de la société civile[113]. Une partie moins connue de l'histoire de la lutte contre le sida est celle qui a abouti à l'émergence de ce que nous appelons « l'espace du soin de la précarité ». Elle est à relier aux caractéristiques des soignants qui ont pris en charge les malades du sida à la fin des années 1980 et dans les années 1990 et à celles d'une partie des patients (les patients toxicomanes avant tout, mais aussi les patients immigrés)[114]. Une communauté soignante assez isolée dans le champ médical se construit autour du traitement de cette maladie. De nombreux médecins et soignants investis dans la prise en charge du sida à l'hôpital sont des personnes engagées politiquement et sensibles aux questions d'inégalités sociales[115]. La nouveauté de la maladie, sa mauvaise image (maladie des homosexuels et des toxicomanes), sa transmissibilité en faisant un problème de santé publique aigu, son caractère très politisé, le peu de moyens et de savoirs disponibles à l'hôpital pour y faire face et sa place à l'hôpital (reléguée dans des services peu attractifs pour les médecins)[116], tous ces éléments lui donnent une place particulière dans le champ de la santé qui va favoriser l'émergence de nouvelles approches du soins portées par des professionnels engagés.

Le soin du sida rassemble donc des équipes soignantes à contre-courant qui innovent beaucoup en lien très étroit avec les associations de soutien aux malades : appartements thérapeutiques, réseaux « ville-hôpital », aide à domicile, etc. Le sida va avoir comme conséquence une réorganisation des pratiques de soins à l'hôpital[117]. Face à l'incapacité de la médecine à guérir, ils s'emparent aussi de pratiques émergentes que nous avons évoquées plus haut, celles développées parallèlement dans les espaces prenant en charge les maladies chroniques et de la médecine palliative (comme on a pu le lire dans l'extrait d'entretien ci-dessus). Ces transferts sont logiques lorsqu'on considère la proximité des situations que ces différents espaces rencontrent : chronicité de la maladie et prise en charge de la fin de vie. D'ailleurs les malades du sida sont aussi les patients des services de médecine palliative. Ainsi,

---

[113] Voir les ouvrages de Pinell, Patrice (ed.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2002, 415 p., de Pollak, Michael, *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, France, A.M. Métailié, 1988, 212 p. et de Dodier, Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, (2003) 2015, 578 p.

[114] Il faut bien sûr différencier cette prise en charge hospitalière de celle qu'ont connu les malades du sida au début des années 1980, maltraités par l'institution et la communauté soignante et qui a abouti à la naissance de l'une des premières associations de lutte contre le sida, Aides, créées par Daniel Defert en 1984. Voir Pinell, Patrice (ed.), *op cit*., 2002, p. 46 et suiv.

[115] Marjorie Gerbier-Aublanc, dans sa thèse sur l'engagement associatif des femmes d'Afrique subsaharienne dans la lutte contre le VIH en France, montre le rôle des « médecins et infirmières, acteurs de santé à "double casquette" (para-)médicale et militante » dans la construction d'associations communautaires d'accompagnement de personnes séropositives dans les années 1990 (p. 259). Gerbier-Aublanc, Marjorie, « Du *care* à l'*agency*: l'engagement associatif des femmes d'Afrique Subsaharienne dans la lutte contre le VIH/sida en France, 2016 », université Paris 5, soutenue le 30 mai 2016.

[116] En tant que maladie infectieuse, la prise en charge du sida a souvent été réalisée dans les services des maladies infectieuses et tropicales. Avec la révolution pasteurienne, ces services plutôt connus pour soigner les maladies exotiques ou rares et étaient en grande perte de vitesse dans les années 1980 dans l'univers hospitalier concurrentiel. Voir à ce propos Thiaudière, Claude, *Sociologie du sida*, Paris, France, Ed. la Découverte, 2002, 120 p.

[117] *Ibid*, p. 29.

le soin du sida adopte une approche pluriprofessionnelle, le travail d'équipe, l'accompagnement social et psychologique, le travail en réseau, le décloisonnement ville-hôpital[118], la thématique du *care,* etc., et les intègrent à ses pratiques. Ces nouvelles pratiques tendent « à faire de la "prise en charge globale" de la personne malade le modèle de soin »[119]. Il faut également souligner les dimensions fondamentales de santé publique, celles de prévention, d'information et de dépistage, qui donnent à la pratique soignante autour du sida une fonction normative de régulation des comportements qui s'insinue dans l'intimité des individus. La stratégie de réduction des risques chez les usagers de drogue est emblématique de ces innovations marquées par un progressisme libéral.

La prise en charge des toxicomanes d'abord, puis celle des « migrants », contribuent à faire évoluer les pratiques de soin vers des problématiques qui dépassent la spécificité du sida : celles de la précarité et de l'accès aux soins, et aux droits sociaux de groupes en situation de précarité économique et sociale. Les patients séropositifs de la fin des années 1980 et du début des années 1990 sont, pour un certain nombre d'entre eux, des toxicomanes[120] qui amènent des problématiques de santé que l'hôpital d'alors, dans sa forme et son fonctionnement, ne pouvait que difficilement résoudre. Les patients concernés étaient dans une situation de précarité sociale et économique, ils faisaient face à une grande pauvreté et n'avaient souvent pas les moyens matériels de suivre leur traitement dans de bonnes conditions (absence de domicile fixe, mauvaises conditions d'hygiène générale, etc.). Tous ces éléments ont nécessité une approche du soin qui était nouvelle dans les services d'infectieux. L'énergie sans précédent, tout comme les moyens matériels et financiers[121], déployés dans la lutte contre le sida, au sein même de la communauté soignante, ont fourni les moyens de créer de nouveaux espaces de prise en charge adaptés à certaines formes de précarités sociales, administratives et économiques. C'est ce dont témoigne ce médecin, responsable de la PASS, qui travaille depuis plus de vingt ans à l'hôpital B, hôpital général d'une ville de banlieue parisienne défavorisée :

> **Didier Mégnen** : « Après, [quand j'ai travaillé dans le service d'infectieux, à partir des années 90, ça a été beaucoup lié au sida. C'est-à-dire que ma carrière elle-même de l'infectieux, ça a été le service d'infectieux pour répondre à l'épidémie de sida. Et donc, les choses ont commencé à se

[118] Les « réseaux ville-hôpital » sont par exemple nés de la lutte contre le sida. Voir Bungener, Martine et Anne-Sylvie Poisson-Salomon, *Travailler et soigner en réseau. Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne*, Paris, France, INSERM, 1998, 161 p.

[119] Musso, Sandrine, « Sida et minorités postcoloniales. Histoire sociale, usages et enjeux de la cible des "migrants" dans les politiques du sida en France, » Paris, EHESS, 2008, 446 p. (p. 213)

[120] La prise en charge des « migrants » dans ce contexte a moins souvent été évoquée par nos enquêtés. C'est sans doute parce qu'elle se développe un peu plus tard, au milieu des années 1990, parallèlement à l'espace du soin de la précarité. Voir à ce propos la thèse de Sandrine Musso (*op. cit.*, 2008), notamment le chapitre six qui retrace l'apparition des « migrants » dans les politiques publiques de luttes contre le sida. Elle évoque notamment le développement des pratiques dans les domaines de l'interprétariat et de la médiation culturelle.

[121] À partir du début des années 1990, la lutte contre le VIH a bénéficié d'une forte implication des pouvoirs publics qui s'est d'abord matérialisée par des financements ciblés dans les hôpitaux sur les thématiques du sida et de la toxicomanie et aussi de la migration. C'est aussi ce dont témoigne Patrice Blanchet et Didier Mégnen dans les propos rapportés ci-dessous.

> mettre en place pour moi à partir de là. [...] Et donc, dans les années 90, le sida monte en charge dans l'hôpital et c'est avant tout des usagers de drogue. Avec une précarité un peu particulière, à ce moment-là, qui est plutôt des problèmes avec la loi, des choses comme celles-là que, que peuvent avoir des jeunes toxicos, donc elles qui vont être un peu différentes des problèmes tels qu'ils vont se poser une dizaine d'années après. À ce moment-là, effectivement, déjà les réponses auxquelles je vais participer ce sont des réponses de type "réseaux de soins". C'est-à-dire, l'idée que c'est impossible de répondre tout seul à des problématiques qui ne sont souvent pas des problématiques purement médicales, mais des problématiques médicales, psychologiques souvent, des problèmes d'accès aux soins, les éléments relationnels des personnes et social, même si c'est un social d'un type particulier. Mais enfin il y a souvent à ce moment-là des gens désinsérés, qui ont des problèmes de logement, des choses de cet ordre-là. Donc effectivement, j'ai adapté mon expertise de médecin hospitalier, dit un peu spécialiste, de médecine interne et de maladies infectieuses, à cette modalité d'exercice, qui est une organisation en réseau, c'est-à-dire pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, donc de croiser un petit peu ça. » [122]

La filiation de l'espace du soin de la précarité avec celui du sida s'est souvent retrouvée dans notre enquête de terrain. De nombreux professionnels de PASS interrogés nous ont raconté leurs activités passées dans la prise en charge du sida. C'est dans cet espace très vivant qu'ils se sont familiarisés avec une pratique de la médecine engagée et ces nouvelles méthodes de travail. Leurs activités se sont élargies et transformées au cours des années 1990 et 2000 vers une action envers des publics précaires[123]. C'est le cas de Didier Mégnen et de Patrice Blanchet, ces médecins qui sont aujourd'hui tous les deux responsables d'une PASS, comme on peut le lire dans leurs propos ci-dessus et ci-dessous. Anne Jourdan, l'assistante sociale qui a participé à la création de la PASS René Barthe de l'hôpital A, a un parcours similaire. Reconvertie du privé, elle voit le travail social comme une forme d'engagement politique. Elle a fait ses premiers pas dans un service de maladies infectieuses au début des années 1990 où elle accompagnait dans leur fin de vie des patients toxicomanes en situation de précarité. Elle a poursuivi cet engagement professionnel par un engagement militant chez Aides[124]. Ils sont nombreux dans ce cas : parmi les 21 médecins de PASS de notre corpus, 8 ont eu un parcours dans la prise en charge du VIH dans les années 1990. La plus jeune génération des médecins aussi a parfois eu une expérience antérieure à la PASS dans l'espace du soin de la précarité, notamment dans le domaine du VIH, c'est le cas de trois autres médecins de notre corpus. Pour ces jeunes, l'expérience dans l'espace du soin de la précarité se concentre souvent au moment des études, soit lors des différents stages d'internat, soit au cours de leur thèse (voir les trajectoires de Christine Lamarche et de Margaux Le Floch en annexe 2 - 9 et 2 - 10). La prise en charge du sida semble constituer une porte d'entrée ayant une certaine visibilité vers une pratique de la médecine qu'on pourrait

[122] Extrait d'entretien avec le médecin responsable de la PASS d'un hôpital général de banlieue parisienne. Février 2011, hôpital B.

[123] Nous verrons, dans le prochain chapitre, en quoi l'évolution du contexte politique et social a abouti à la mise en avant des thématiques de l'accès aux soins et de la précarité.

[124] Voir à ce propos la notice biographique d'Anne Jourdan dans les annexes (annexe 2 - 2) qui retrace son parcours professionnel et militant. On pourra aussi se référer à celles de Antoine Violette (chapitre II, encadré 1), de Jean-Paul Vandenbulck (annexe 2-3) et d'Éloïse Fradet (2-6).

qualifiée de « sociale » ou « engagée »[125]. Il semble ainsi qu'une partie des acteurs du monde médical de la prise en charge du sida, notamment parmi ceux qui travaillaient auprès des toxicomanes au début des années 1990, ont tourné leurs activité vers la prise en charge des exclus du système de santé de manière plus générale.

Accompagnant ces acteurs, les réseaux qui s'étaient construits dans les années 1990 autour de la prise en charge des toxicomanes et du VIH ont pris la même direction. C'est ce que raconte ce médecin, responsable d'une PASS dans un CHU d'une ville moyenne dans le sud-est de la France :

> **J.G.** : « Vous êtes dans les murs de l'hôpital depuis 20 ans…?
> **Patrice Blanchet** : « Je suis à l'hôpital depuis… 94 et là dessus depuis 95. J'étais au SAMU avant. Depuis janvier 95, ça fait 17 ans. J'ai eu cet avantage-là, c'est d'avoir pu créer au fur et à mesure tout ça. Et d'avoir l'histoire et d'avoir, et de créer en même temps que de travailler avec le réseau "ville-hôpital" qui était le réseau "SIDA-toxicomanie" à l'époque[126]. […] Alors l'histoire ici, c'est l'histoire du VIH. L'histoire ici, voilà, 1993, si je dis pas de bêtises, premier médecin infectiologue qui arrive, pleine épidémie VIH, euh, à l'époque. Les toxicomanes, un sur trois, voire un sur deux ici. Le secteur d'accès, bah par exemple séropositif, à l'époque. Un poste d'infectiologie financé sur les crédits VIH à l'époque. Premier infectiologue […] et donc, il s'est retrouvé avec les toxicomanes, et il a travaillé sur, à la fois à monter un réseau "ville-hôpital-VIH", où les gens mourraient à l'époque, tous hein ! Donc sur les soins à domicile, sur monter un réseau ville-hôpital. Et en même temps, il y avait un médecin généraliste de ville qui travaillait beaucoup sur la toxicomanie, qui voulait monter un réseau toxicomanie sur ces circulaires de l'époque. Et en fait, donc le chef de service d'ici, […] s'est retrouvé avec d'abord pas mal de toxicomanes à soigner et à dire "il y a ce réseau "toxicomanie" qui se met en place, euh.., […] on va faire les demandes de financement de ce réseau". À cette époque, en 94, il y en a dû en avoir six qui ont été financés. Euh donc ce réseau toxicomanie, où il y avait une enveloppe "ville", pour développer la prise en charge des toxicomanes dans la médecine de ville, et une enveloppe hospitalière de coordination de la prise en charge des toxicomanes à l'hôpital (qui a servi à créer un poste pour Patrice Blanchet). […] Et donc on a créé ce poste sur la prise en charge des toxicomanes. […] Et du coup à travers ce poste "toxicomanie", on a travaillé sur la toxicomanie des plus exclus, on a travaillé du coup sur les gens dans la rue, […] sur le montage du Point santé[127]… euh…. Et petit à petit on a construit…, et puis, en plus, il y a eu la question, en 1994, des détenus. Personne voulait récupérer les détenus, il y a eu ce jeune médecin qui débarque, qui dit "personne veut prendre, je prends", voilà. Donc on a créé… voilà donc avec les prisons. […] Et ce qu'on constate quand même, moi ce que j'ai vécu, c'est vraiment des nouveaux moyens, une amélioration, on a travaillé, on a amélioré les choses. Après il y a eu toute la politique sur les réseaux de soins, il y a eu plein de choses qui sont arrivées entre temps. Aujourd'hui, on est à plutôt, on a du mal à construire. C'est-à-dire qu'on est plutôt dans la résistance de pas perdre. C'est un peu… c'est un peu là-dessus. Ce qui est moins stimulant. Mais ce qui en même temps nous oblige à… à inventer d'autres choses. »
> **J.G.** : « Et du coup, au milieu des années 90, c'est aussi un moment où vous avez construit des nouvelles manières de soigner, enfin des nouvelles, de trouver des nouvelles problématiques avec un public qui était à la fois… »
> **Patrice Blanchet** : « Soigner mais aussi de prévention… […] C'est lié à l'histoire du sida, qui est de dire sida, réseaux ville-hôpitaux, il faut décloisonner la ville et l'hôpital, il faut décloisonner le médical et le social. Et qui ensuite a été étendu à plein de choses, les réseaux "diabète", les réseaux… ils sont issus de toute cette histoire. Et aujourd'hui, pour nous, en ce qui nous concerne, donc, on avait un réseau "SIDA", un réseau "toxicomanie" qu'on a fusionné à un moment donné,

[125] Pour plus de détails sur les circulations des enquêtés, voir les tableaux en annexe (annexes 5 - 1, 2 et 3)

[126] Patrice Blanchet s'était déjà intéressé à la question du VIH auparavant puisque, comme il le raconte dans cet entretien, il a passé un diplôme universitaire (DU) sur le sida au moment de son doctorat quelques années avant.

[127] Centre d'accueil et de soin municipal pour les personnes exclues des soins.

c'était un peu les mêmes qui étaient dedans, et puis on a mutualisé. Donc on a développé un certain nombre de choses, tout le programme maintenant… C'est vrai, l'intérêt c'est qu'on a pu innover sur un certain nombre de choses qui ont été reprises ensuite. Un exemple : le sida, le dépistage. Le réseau, euh, a créé du dépistage itinérant en station de sport d'hiver auprès des saisonniers, qui ont des conditions de vie catastrophiques, les saisonniers. Les stations de sport d'hiver, c'est une belle image, c'est la neige, c'est tout ça, mais ce qu'il y a dessous, ce n'est pas si beau que ça. Et donc, on a créé ce dépistage, on a bricolé au départ, on allait faire du dépistage comme on pouvait à mains nues en station de sport d'hiver. Aujourd'hui c'est complètement organisé, euh, il y a onze, je sais pas combien, onze, douze stations, chaque année, où on va. On ne s'en occupe plus du tout, le réseau, ça a été pris en charge par l'espace de santé publique. Voilà. Il y a des choses qui ont progressé comme ça, qui ont été innovantes à un moment donné. Et ces réseaux, c'est pareil pour le programme d'échange de seringues, on a été, on s'était lancés dans les programmes d'échange de seringues en cherchant des financements comme on pouvait, etc., je sais pas, maintenant, les CARUD prennent en charge les programmes d'échange de seringues. Voilà, et nous, on cherche toujours à être dans cette histoire d'innovation et en espérant que ça marche si c'est important. Et après c'est pris en charge mollement. Donc nous, la difficulté sur laquelle on est aujourd'hui sur nos réseaux… donc on a fusionné réseau "SIDA", "Toxicomanie", "Hépatite". Parce que après il y a eu le réseau "Hépatite", alors on l'a inclus au réseau "SIDA" pour pas faire un troisième réseau. […] Le pôle hépatite du réseau il existe plus, plus comme il existait avant. Par contre, quels besoins il y a ? La problématique de la "santé précarité". Il y a un vrai besoin. […] Qui fait que ce réseau « SIDA, hépatite, toxicomanie » devient un réseau « santé - précarité » et va devenir… on a aussi des appartements de coordination thérapeutique, on a 17 appartements. […] Donc ce réseau, mais là on peut en parler des heures, c'est compliqué, ce réseau devient un réseau "santé - précarité", parce que les appartements de coordination thérapeutique c'était purement VIH historiquement et maintenant c'est toute pathologie. Donc on devient un réseau multi… santé-précarité… porte d'entrée non plus pathologie, mais porte d'entrée public précaire. […] Donc ce réseau "VIH, Toxicomanie, hépatite" est en train de devenir un réseau "santé - précarité" coordonné en tant que tel dont la PASS est un élément. »[128]

La transformation des réseaux « ville-hôpital », « VIH » et « toxicomanie » en des réseaux plus larges autour des questions de l'accès aux soins n'est pas un fait isolé. C'est également le chemin qu'a pris le Réseau Louis Guilloux en Bretagne, ancien réseau « ville - hôpital » qui réunit aujourd'hui des professionnels travaillant auprès d'étrangers en situation précaire dans le domaine de la santé[129]. Avec la « normalisation » du sida due aux évolutions thérapeutiques et au remplacement des luttes des premières années par une « gestion de l'épidémie (médicale et sociale) » dans le courant des années 1990[130], on assiste à un relatif épuisement des innovations de prise en charge autour du sida. Dans le même temps, les missions des structures qui se sont développées dans ce cadre s'élargissent à de nouveaux domaines de la santé publique (l'accès aux soins des plus démunis). Une autre piste explicative de cette évolution est celle de l'institutionnalisation de ces structures qui les a rendu dépendantes des financements ministériels. Ces réseaux sont devenus des entités paraétatiques spécialisées dans la prise en charge de la question sociale en santé. Ils suivent l'évolution des politiques de santé publique au rythme des subventions ciblées et des appels d'offre. Ils se sont aussi institutionnalisés au cours du temps et

[128] Extrait d'entretien réalisé avec médecin responsable de la PASS de l'hôpital G, CHU d'une ville moyenne de région, mars 2012.

[129] On pourrait également cité le cas du réseau ARèS 92 qui est également un ancien réseau ville-hôpital qui s'est construit au début des années 1990 autour de la prise en charge du sida et qui est aujourd'hui un réseau de prise en charge en santé de la précarité.

[130] Thiaudière, *op. cit.*, 2002, p. 45, cité par Musso, *op. cit.*, 2008, p. 245.

remplissent des missions pour l'État. Souvent, ce sont eux qui gèrent les appartements thérapeutiques, font des opérations de préventions ou de dépistages auprès de groupes de populations particuliers, etc. En Savoie, le « Réseau Santé Précarité », qui rassemble des professionnels de santé concernés par la thématique de la précarité (personnels hospitaliers, de structures médicosociales et du secteur libéral), est également un partenaire des tutelles auxquelles il demande des financements pour mener des actions qui s'inscrivent dans l'espace du soin de la précarité.

D'autres circulations à l'intérieur du champ hospitalier existent entre des espaces développant une approche similaire du soin. Une des médecins interrogés vient d'un service de gériatrie ; trois d'entre eux viennent ou pratiquent parallèlement la médecine en milieu carcéral (mais dans ce cas-là, c'est un peu différent car dans deux des cas, le poste à la PASS se partage avec celui à la prison)[131]. Mais, la filiation avec la prise en charge du sida constitue un phénomène beaucoup plus direct.

La filiation des PASS avec la prise en charge du sida et de la toxicomanie dans la première moitié des années 1990 est importante, car les premières ont hérité des secondes un certain nombre de pratiques et de valeurs qui les marquent encore fortement aujourd'hui. Celles-ci sont structurantes et ont donné un cadre dans lequel l'espace du soin de la précarité évolue. Cette évolution s'apparente à un modèle d'action straussien qu'Isabelle Baszanger décrit comme suit :

> « l'idée d'individus actifs répondant créativement aux événements qu'ils rencontrent et le fait que ces réponses, ces actions individuelles et/ou collectives ne peuvent s'analyser que comme enchâssées dans des ensembles de conditions eux-mêmes antérieurs affectant la situation présente et qui sont affectés par ces actions, les conséquences présentes de l'action devenant à leur tour des conditions pour les actions à venir »[132].

De manière plus générale, les nouvelles spécialités hospitalières qui ne correspondent pas à l'image d'un hôpital hyper-spécialisé et technique révèlent des changements structurels dans le champ de la santé, notamment au niveau des prises en charges. Celles-ci apparaissent au niveau local, mais circulent à l'intérieur du champ et se transmettent à d'autres espaces à travers la circulation des acteurs. Ces nouveaux espaces de soin se construisent à contre-courant de l'hyper-spécialisation, à l'intérieur d'une structure hospitalière hautement hiérarchique et concurrentielle.

---

[131] Voir le tableau des circulations des professionnels des PASS dans l'espace hospitalier du soin de la précarité en annexe (annexe 5 - 3).

[132] Baszanger, Isabelle, « Introduction », in Strauss, Anselm L, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 11-63 (p. 21).

## 3 - 4 Les réformes gestionnaires et néo-managériales de l'hôpital public moderne

Dans cette sous-partie, nous soulignons les principaux éléments ayant conduit à ce qu'on appelle la « nouvelle gouvernance hospitalière », cette nouvelle organisation budgétaire et organisationnelle s'inspirant du *New public management*. L'objectif est de montrer en quoi ces réformes, qui se sont accompagnées d'un resserrement de plus en plus important des budgets hospitaliers face à une croissance de l'activité plutôt constante, ont entraîné des difficultés budgétaires et contraint à augmenter la productivité et à faire des économies qui n'ont pu être que partiellement compensées par les réorganisations[133]. Ces économies vont, on peut le supposer, avoir des conséquences sur des structures dominées comme les PASS.

L'hôpital public moderne, depuis le début de la crise économique au milieu des années 1970, se caractérise de plus en plus par sa dimension économique. Les budgets quasiment illimités, dont disposaient les hôpitaux d'avant la Crise, sont remis en question. Ce phénomène n'est pas spécifique à ce secteur public. D'une manière générale ce sont toutes les dépenses de l'État social qui sont montrées du doigt. D'après l'économiste Jean-Paul Domin[134], les tentatives d'inflexion de la logique de croissance des dépenses hospitalières se concentrent sur deux périodes cruciales : les années 1980 et le milieu des années 2000. L'instauration du budget global en 1983 marque le tournant de la rigueur à l'hôpital public et le début d'une centralisation et d'une main-mise de plus en plus importante de l'État dans la gestion budgétaire hospitalière. Cette tendance a été accentuée à partir de 1996 à l'occasion du plan Juppé avec la création de l'enveloppe hospitalière de l'ONDAM (budget limité) et des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), devenues les Agences régionales de santé (ARS) en 2010.

En même temps, afin de maîtriser l'augmentation des dépenses de santé, les réformes passent par une rationalisation de l'organisation : ce sont les réformes néo-managériales, qui ont abouti au financement à l'activité, dit « T2A » (tarification à l'activité), au milieu des années 2000. Ces réformes s'inspirent du *New Public Management* (NPM) qui va profondément transformer l'activité hospitalière. Ce courant de pensée n'est pas circonscrit à l'espace de l'hôpital, au contraire, il s'est largement imposé dans les bureaucraties des sociétés occidentales. Il se concrétise dans la « nouvelle gestion publique » qui se retrouve dans la gestion de presque toutes

---

[133] La seule évolution des charges pour maintenir une structure équivalente fait augmenter le budget hospitalier de 3 % par an. L'ONDAM hospitalière, elle n'augmente que de 1,9 % pour l'année 2017. Voir l'entretien avec F. Pierru au journal *L'Humanité* le 5 juin 2015, http://www.humanite.fr/lhopital-est-los-lui-demande-encore-3-milliards-deuros-576113 (consulté le 15 novembre 2016).

[134] Domin, Jean-Paul, « Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise (1980-2009) », in *Actes du colloque « Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management »*, 2010b et Domin, Jean-Paul, « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 17, 17 Juin 2015, revue en ligne, url: http://regulation.revues.org/11293.

les administrations depuis les années 1990, avec une forte accélération dans les années 2000[135]. Le NPM est une nouvelle manière de penser les systèmes administratifs publics. Il consiste en des techniques de gestions qui s'inspirent des méthodes de management de l'entreprise privée. Parmi ses principaux modes d'action on peut citer :

- fragmenter les bureaucraties verticales en créant des unités administratives autonomes (par exemple les agences régionales de santé dans le cas de l'hôpital) ;
- décentraliser et déconcentrer ;
- recourir systématiquement aux mécanismes de marché (notamment à la concurrence entre acteurs publics et avec le secteur privé, individualisation des incitations, externalisation de l'offre) ;
- mettre en place une gestion par les résultats fondée sur la réalisation d'objectifs, la mesure et l'évaluation des performances, et de nouvelles formes de contrôle dans le cadre de programmes de contractualisation[136].

Le sociologue Nicolas Belorgey dit encore à ce propos :

> « [Le NPM] s'intéresse au contrôle des agents producteurs, cherchant à accroitre leur productivité et leur fixant à cette fin des objectifs quantifiés. Ses outils de motivation sont alors essentiellement financiers. À son prisme, les questions sont reformulées en termes purement techniques, les aspects politiques étant réputés traités dans des instances extérieures comme le Parlement. Il se présente comme une simple recherche d'efficacité, donc transposable dans n'importe quel contexte, au service de n'importe quelle fin. Sous ce jour, il n'y aurait pas de différence fondamentale entre le secteur privé et public, et il serait donc temps d'importer dans le second qui serait si inefficace et irait si mal, les outils qui auraient fait la fortune du premier. »[137]

C'est tout d'abord le modèle économique de « l'hôpital-entreprise » développé à la fin des années 1970 qui a légitimé scientifiquement ce tournant[138]. Frédéric Pierru a montré que ces réformes ont amené l'instauration d'un fonctionnement libéral et gestionnaire. Elles prennent leur racine dès les années 1980 pendant lesquelles une série d'innovations gestionnaires dirigée par Jean de Kervasdoué, alors directeur des Hôpitaux au ministère de la Santé, sont mises en place[139]. C'est notamment au travers de l'introduction du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) que cette politique prend forme, inspirée des *diagnosis related*

---

[135] Bezes, Philippe, *op. cit.*, 2012.

[136] Cette définition du NPM a été donnée par Philippe Bezes dans « État, experts et savoirs néo-managériaux: Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 193, n° 3, 2012, p. 16-37.

[137] Belorgey, Nicolas, *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte, 2010, 330 p. (p. 9).

[138] On peut se référer à l'article de É. Levy, « L'hôpital est-il une entreprise ? » (1976) qui reprend les principales idées et concepts de la théorie de l'hôpital-entreprise ou l'article de Domin, Jean-Paul, « La nouvelle gouvernance ou le couronnement de vingt ans de réformes hospitalières », Économies et Sociétés, C*ahiers de l'ISMÉA*, n° 8, 2007, p. 459-487. L'ouvrage de Daniel Benamouzig apporte un éclairage sur le développement de la science économique et de son raisonnement dans le monde de la santé et dans la gestion du système de santé. Benamouzig, Daniel, *La santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Sociologies », 2005, 479 p.

[139] Pierru, Frédéric, « L'"hôpital-entreprise" Une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, vol. 12, n° 46, 1999, p. 7-47.

*groups* (DRG) américains. Son objectif est de mieux identifier et comparer l'activité médicale et ses coûts afin de compléter ce que les indicateurs traditionnels (nombre d'entrées, durée moyenne de séjour, etc.) ne permettaient pas de mesurer[140]. L'hôpital s'empare de l'outil du *benchmarking*, cette technique de marketing qui consiste à comparer les modes d'organisation des entreprises afin d'améliorer la performance des processus dans une organisation. Le principe est de mettre en concurrence les hôpitaux sur un marché fictif afin d'établir des prix moyens pour chaque activité et séjour ; l'objectif est de maîtriser l'inflation des dépenses hospitalières, encore financées à l'aide d'un système d'enveloppes dans un budget global. C'est sur ces outils que vont reposer les réformes gestionnaires qui se renforcent à partir des années 1990, notamment avec la création des agences régionales d'hospitalisation (ARH) qui sont chargées de la contractualisation des établissements hospitaliers (assurant un suivi plus proche de la gestion budgétaire des hôpitaux).

Au début des années 2000, l'hôpital fait l'objet de plusieurs réformes qui rentrent dans le cadre d'une « nouvelle gouvernance hospitalière » et qui font écho à la « nouvelle gouvernance de l'assurance maladie », appliquant les préceptes du NPM dans ces deux institutions. Le système de la T2A correspond au nouveau mode de financement unique des établissements de santé instauré en 2003 dans le cadre d'une série de mesures baptisée « Plan hôpital 2007 »[141] qui visait à moderniser les hôpitaux. Il permet de rémunérer les établissements de santé (publics et privés) en fonction de leur activité (et non plus au moyen d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative appelée « dotation globale » comme c'était le cas depuis 1983 pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participants à une mission de service public). Le financement de l'hôpital se fait désormais en fonction du volume et de la nature des activités (cela concerne toutes les activités de médecine, chirurgie et obstétrique). Pour chaque acte et séjour le prix est fixé chaque année par le ministre de la santé à l'aide du PMSI. Le PMSI est un système informatique de codage qui classe le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malade » (GHM) auquel est associé un (ou plusieurs) « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS).

Dans un climat de critique et de stigmatisation de l'organisation de l'hôpital public (décrié comme peu efficient, cher, désorganisé, etc.), les nouveaux « managers » de l'hôpital public[142], et avec eux tous les personnels hospitaliers, sont sommés de réaliser ces économies. En plus des difficultés de gestion et budgétaires, les réformes des dernières années apportent donc une nouvelle morale hospitalière qui se retrouve également dans les PASS. L'efficience, la

---

[140] Pierru, *op. cit.*, 2007.

[141] « Plan Hôpital 2007 », (consultable sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000171.pdf [consultés le 14 juillet 2015]). Il comprend également des partenariats public/privé, le regroupement des services hospitaliers en pôles financièrement responsables, etc. Pour un aperçu des réformes néo-managériales, on peut consulter le chapitre 1 de Belorgey, *op. cit.*, 2010, p.35-64.

[142] La montée en puissance des directeurs d'hôpital dans la gestion de l'institution a été décrite et analysée par François-Xavier Schweyer. On peut se référer à ses articles « Les carrières des directeurs d'hôpital », *Revue française d'administration publique*, vol. 116, n° 4, 2005, p. 623-638 et « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales*, n° XLIV-135, 1 Août 2006, p. 45-60.

performance, l'économie et la productivité sont les notions qui s'insinuent de manière transversale dans tous les espaces possibles de l'hôpital et agissent comme des filtres à travers lesquels les acteurs se représentent leurs actions et agissent[143].

Afin de rendre plus intelligibles les difficultés budgétaires que rencontrent l'hôpital public dans le contexte du financement par la T2A, nous retranscrivons ici des passages de l'entretien mené avec la directrice financière de l'hôpital C — CHU parisien de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) — qui en illustrent certaines :

> **Marie Pralaut** : « Les difficultés aussi c'est que pour faire de la prévision budgétaire, les changements de tarifs, ils interviennent le 1er mars et on les connait le 28 février donc il y a aucune anticipation possible. Et ils s'appliquent le 1er mars ! Donc même si on vous annonce qu'on va mieux rémunérer l'ambulatoire, donc on voit des tendances… Mais, on a, par exemple on a perdu sur la cancéro, les greffes de moelle, ben ça… Ça baisse de 5 %, bah vous baissez pas vos dépenses de 5 %, c'est… Surtout quand vous les découvrez le 1er mars. Et puis objectivement, il n'y a pas de raisons que les dépenses elles aient baissé de 5 %. Moins 5 % sur la greffe de moelle… mais nos dépenses ont pas bougé par rapport à l'année dernière. Les - 5% viennent parce qu'il y a des coûts nationaux qui sont faits par 65 établissements nationaux, ceux qui participent vont avoir montré qu'ils ont baissé leurs coûts sur tel truc (ici la moelle), si vous vous avez pas baissez vos coûts, bah vous serez quand même moins payé parce que vous êtes plus cher. [L'Assistance publique] est plus chère, par rapport à la moyenne des coûts nationaux, que partout ailleurs en France, mais parce que plus de personnel, plus de frais. »[144]

La T2A est complétée par un autre type de financement. Les missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC) visent à financer par enveloppes les activités qui ne rentrent pas dans la tarification à l'activité, celles dont il n'est pas possible (pour l'instant) de mesurer l'activité ou de mettre en concurrence. Elles couvrent principalement les activités de recherche et d'enseignement et les activité dites « d'intérêt général » comprenant notamment une part du fonctionnement des services d'urgences et certains services spécifiques (comme par exemple ceux de lutte contre les exclusions tels que la PASS). Les MIGAC financent 15,9 % des activités hospitalières[145]. Dans ce contexte budgétaire serré, elles servent régulièrement de variable d'ajustement à tous les niveaux, à la fois au niveau parlementaire qui décide régulièrement de « gels de MIGAC » lorsque les dépenses dépassent l'ONDAM. Au niveau hospitalier, les MIGAC constituent des enveloppes relativement stables (en comparaison de la T2A qui fluctue davantage) dans lesquelles il est possible de piocher pour financer des activités déficitaires dans un jeu de vases communicants (ce que la tarification à l'activité ne permet pas de faire).[146]

> **Marie Pralaut** : « Si on prend le budget de 2011, si on ne fait rien, c'est-à-dire à structure de dépense équivalente, mathématiquement on se dégrade de 4 %, parce qu'on a un effet prix, vous voyez sur le marché d'entretien qui est revu, la restauration… le chauffage ! Vous voyez l'hôpital se paye son

[143] Voir Belorgey, *op. cit.*, 2010, notamment sur le rôle qu'ont les agences d'audit et les « convertis » dans la transmission de ces nouvelles normes.
[144] Extrait d'entretien avec la directrice financière de l'hôpital C, février 2012.
[145] Le taux de financement à l'activité (par rapport à un financement par enveloppes) est parmi l'un des plus élevé d'Europe.
[146] Nous revenons plus en détail sur le financement des MIGAC et de la PASS dans le chapitre III.

chauffage, peut-être que je l'exprime pas jusqu'au bout, mais quand je vous dis qu'on se pose aussi nous des questions quand on ferme des activités cliniques ou qu'on réduit, voilà. Moi je me demande jusqu'où l'hôpital est censé absorber l'augmentation du prix de l'énergie. Parce que dans notre déficit c'est ça aussi qu'on encaisse. Et là, il y a pas de MIGAC en face pour amortir les 10 % sur l'électricité. C'est là que je trouve qu'on est allé loin dans le financement à l'activité, comme vous voyez c'est quand même 5/6 du budget qui sont sur l'activité. Et la France, ce qu'on dit, c'est que par rapport à d'autres pays européens qui étaient assez précurseurs sur ça, au mieux ils sont à 50 %, enfin… Donc là, moi je pense qu'on est allé loin, trop loin. Enfin ça a permis de la réallocation, après il faudrait qu'on ait une enveloppe, vous voyez un socle intangible, quoiqu'on fasse, qui ne bouge pas. Mais on n'est pas censé financer avec plus de patients le fait que le chauffage ait augmenté, enfin, moi, on sait pas faire. Du coup on se dégrade. Vous voyez ce que je veux dire. Et puis il y a un effet prix sur le personnel, où voilà, le salaire en moyenne c'est 1 % pour an […], la pyramide des âges qui évolue, la qualification qui évolue, du coup il y a à structure équivalente, nos dépenses augmentent. Donc on est déjà censé faire un effort d'efficience de 4 millions, si on veut ne, sans viser l'équilibre. Du coup on propose un effort supérieur pour essayer au passage de s'améliorer. […] »[147]

Ces difficultés sont encore plus grandes pour les hôpitaux publics qui ont une mission de service public (voir plus haut) et qui reçoivent des patients issus de catégories sociales défavorisées. C'est notamment parce que l'offre de secteur 1 (tarif fixé par l'Assurance maladie sans dépassements d'honoraires) se fait de plus en plus rare (surtout dans des villes comme Paris) que l'hôpital public est débordé sur certaines activités qu'il n'est pas en mesure de développer parce qu'elles ne sont pas assez rentables :

**Marie Pralaut** : « Il y a aussi le fait que l'hôpital offre une offre en secteur 1 […], il y a tout, il y a le plateau d'imagerie aussi, sur le sein (à propos de la prise en charge du cancer du sein), on a un afflux, on est en croissance de 6% cette année et on avait tablé sur une stabilité en cible […]. Voilà, il y a la file active, il y a le besoin pour la population, et du coup, ce que nous disaient les médecins, c'est qu'ils essayaient d'habitude…, du coup on est engorgé aussi sur la radiothérapie, la chimiothérapie, les blocs, nous on arrive pas à faire face […]. Et donc ils me disaient que d'habitude en soupape, enfin ils continuent de le faire, ils demandent aux patientes par exemple d'aller faire des échographies en ville. Et en fait comme il y a des dépassements d'honoraire en ville ou qu'il faut faire l'avance de frais, il y a des patients qui ne peuvent plus quoi le faire. Donc c'est compliqué, donc on rallonge les délais de prise en charge et par exemple pour un cancer on sait qu'il y a une question de délais qui est fondamentale dans la qualité de la prise en charge. Après nous on est tiraillés sur le qualitatif, enfin et là on va tous se désespérer, y compris moi, si la variable d'ajustement c'est la qualité, quoi. Et il y a un vrai risque là-dessus. »[148]

### 3 - 4 - 1 Une continuité dans le changement

Les processus de spécialisation et de technicisation, ainsi que celui d'un renversement de l'équilibre des pouvoirs en faveur des gestionnaires imposant des logiques et des contraintes budgétaires dans les pratiques médicales sont volontiers vus comme les tendances qui caractérisent l'hôpital moderne des années 2000. Or, il suffit de passer en revue ce que les sociologues ont écrit sur l'hôpital depuis les années soixante-dix pour se convaincre que ce sont

[147] Extrait d'entretien avec la directrice financière de l'hôpital C, février 2012.
[148] Extrait d'entretien avec la directrice financière de l'hôpital C, février 2012.

des tendances structurelles de long terme qui caractérisent l'hôpital aujourd'hui. Le numéro spécial de la *Revue française de sociologie* de 1973 consacré à la sociologie médicale est édifiant à ce propos. Pour introduire son article, Antoinette Chauvenet y écrivait ainsi :

> « Les conditions actuelles d'exercice de la médecine hospitalière sont marquées, d'une part, par des tentatives de rationalisation financière, économique et organisationnelle, d'autre part, par une certaine industrialisation de la production hospitalière, au sens où l'acte médical est décomposé en une série d'interventions complémentaires, effectuées par des personnels médicaux spécialisés au sein d'unités techniquement différenciées. »[149]

Un peu plus loin, par rapport aux théories du *care*, elle ajoute :

> « L'idéologie scientifique, au fur et à mesure qu'elle étend son emprise, est doublée de l'idéologie de l'"humanisation" du "dévouement" au service de l'homme. Mais cette idéologie est véhiculée par le personnel soignant seulement (surtout les aides-soignantes dont le rôle actuel est défini légalement dans un contexte d'humanisation, tandis que l'infirmière devient à son tour une technicienne) et subordonnée à l'idéologie scientifique. »[150]

Ces quelques exemples visent à souligner que l'analyse contemporaine de l'hôpital doit garder à l'esprit une certaine permanence dans le changement caractérisé par des mouvements de fond avançant lentement : spécialisation, montée de la problématique budgétaire, transformation et persistance de la fonction sociale, etc.

## CONCLUSION

Ce premier chapitre a présenté différents éléments socio-historiques constitutifs de notre objet d'étude. La question sociale en santé s'enracine dans une histoire plurielle qui est loin de se résumer à une prise en charge de la santé des plus démunis. L'histoire de l'hôpital en France montre que la prise en charge des plus pauvres est intimement liée à la question de l'organisation sociale des sociétés complexes et à leur régulation. L'hôpital constitue d'abord une solution pour intégrer les groupes sociaux menacés d'exclusion dans une société différenciée adoptant un type de solidarité organique[151]. Mais cette fonction régulatrice ne s'exprime pas seulement par la solidarité ; elle contient une tension fondamentale entre inclusion et exclusion, entre contrôle et répression d'un côté et intégration et devoir de secours de l'autre. L'histoire de l'hôpital général en montre le versant répressif.

---

[149] Chauvenet, *op. cit.*, 1973a, p. 61.
[150] *Ibid*, p. 68.
[151] Durkheim, Émile, *De la division du travail social*, Paris, PUF, Quadrige, (1893) 2004, 416 p.

Avec la médicalisation de la société et la transformation du bio-pouvoir, la prise en charge des populations dominées acquiert une nouvelle dimension : elle a pour enjeu de « faire vivre », de reproduire et de renforcer la force de travail et de protéger l'ensemble de la population. La période révolutionnaire, puis la construction de l'État social, confèrent à tous les citoyens, mais surtout aux plus pauvres, un droit à la protection de leur vie (une bio-légitimité) et un droit au secours. Elles sont le témoin d'un processus d'un relatif équilibrage du rapport de force entre classes dominantes d'un côté et classes dominées de l'autre. Ce droit se renforce et se développe au cours du XXe siècle, notamment à travers l'extension de la Sécurité sociale ; puis, plus récemment, il est remis en cause et s'affaiblit. La configuration des groupes sociaux dans la société se transforme également, se construisant de plus en plus autour de catégories socioprofessionnelles. Ces différents développements montrent l'évolution du rapport de force fondamental qui caractérise la question sociale en santé.

Le prochain chapitre poursuit l'étude de la construction de notre objet d'étude en se penchant sur les dernières décennies du XXe siècle marquées par la crise par la crise du modèle social. L'objectif sera double : identifier la population concernée par la question sociale en santé et retracer la construction de l'espace du soin de la précarité. Nous définissons ce dernier comme l'arène où se joue le conflit autour de la question sociale en santé.

# CHAPITRE II – DES NOUVEAUX PAUVRES AUX PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ : RETOUR DE LA QUESTION SOCIALE ET CONSTITUTION D'UN ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ

## INTRODUCTION

Alors que le chapitre précédent a retracé les principales lignes de tension du temps long de la généalogie de la question sociale en santé, ce chapitre propose de s'intéresser à la généalogie du temps court. En partant des évolutions des rapports de forces dans la société française depuis les crises économiques des années 1970, nous chercherons à présenter les éléments et dynamiques qui caractérisent la question sociale contemporaine en santé. Nous verrons notamment le cheminement menant de l'apparition des « nouveaux pauvres » à la constitution d'un espace associatif humanitaire dans le domaine de la santé dans les années 1980 et à son institutionnalisation dans les années 1990. Il s'agit de comprendre quels sont les rapports de forces actuels constitutifs de la question sociale en santé. La filiation des Permanences d'accès aux soins (PASS) avec le monde de l'humanitaire du soin en France leur donne une identité et une place particulières à l'intérieur de l'institution hospitalière qui vont se mêler aux tendances structurelles de l'hôpital moderne évoquées dans le chapitre précédent. Ce processus ayant abouti au développement des PASS correspond à celui de la construction d'un problème de santé publique dont nous tenterons de restituer la complexité[1]. Elle est à lire à l'éclairage des éléments d'analyse que nous avons fournis dans le premier chapitre et qui constituent un échafaudage de structures rendant possible cette construction. Dans ce chapitre, et plus particulièrement dans la première et la troisième section, nous nous attacherons à identifier les acteurs qui ont fait émerger la précarité comme un problème de santé publique, tout comme le type et la forme de mobilisation qu'ils ont employés. Le rôle de la « publicisation »

[1] Ce travail fait écho à celui réalisé par l'équipe de recherche rassemblée autour de Claude Gilbert et Emmanuel Henry dans l'ouvrage collectif *Comment se construisent les problèmes de santé publique,* Paris, la Découverte, 2009, 290 p.

du problème sera ainsi étudié. En suivant le programme de recherche des sociologues Claude Gilbert et Emmanuel Henry et de la politiste Isabelle Bourdeaux[2], nous tenterons d'aller au-delà de ces analyses pour interroger la nature même du problème en portant le regard sur la manière dont il se construit.

C'est dans cette optique que nous verrons dans la seconde section que cette période se caractérise parallèlement par la construction d'une nouvelle catégorie d'exclus constituée d'étrangers en situation de précarité. Cette catégorie s'est construite à la fois au travers de politiques migratoires de plus en plus restrictives et d'un écartement progressif de certaines catégories d'étrangers des politiques sociales. Elle s'est également construite en négatif par l'inclusion dans l'État social et dans le système de santé des autres catégories de précaires. C'est cette tension entre inclusion et exclusion que nous étudierons. Ce processus a progressivement transformé le public des PASS qui est de plus en plus déterminé par les statuts administratifs de séjour et de citoyenneté des patients.

Pour cela, nous verrons, dans un premier temps, dans quel contexte apparaissent les thématiques des nouveaux pauvres, de la précarité et de l'exclusion au cours des années 1980 et en quoi elles ont mené à un retour des politiques d'assistance comme outil privilégié des politiques publiques dans la gestion de la question sociale. Parallèlement, nous remarquerons que cela n'exclut pas la poursuite du développement de l'État social dans sa logique assurantielle. Dans un second temps, nous nous pencherons sur la politique de fermeture des frontières et la construction des étrangers comme « problème social ». Nous décrirons les processus qui ont conduit à l'« illégalisation »[3] d'une partie de ce groupe et à son exclusion des prestations d'assurance, voire, pour une plus petite part encore, de tous les mécanismes de protection maladie[4]. Enfin, dans un troisième temps, nous expliquerons comment la visibilisation des franges sociales les moins intégrées va permettre la naissance au sein de la société civile d'un mouvement associatif et humanitaire dans le domaine de la santé en direction de ces populations. Nous verrons également quelles sont les conditions ayant permis l'institutionnalisation de leurs activités dans les années 1990.

---

[2] Gilbert, Claude, Emmanuel Henry et Isabelle Bourdeaux, « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », in *ibid.*, p. 7-33.

[3] Processus historique et légal de production d'illégalité parmi les étrangers. Voir De Genova, Nicholas P., « Migrant "Illegality" and Deportability in Everyday Life », Annual Review of Anthropology, vol. 31, n° 1, Octobre 2002, p. 419-447.

[4] Nous ne parlerons ici que de l'exclusion du système de protection maladie. Les étrangers en situation irrégulière ont été exclus en amont d'autres prestations de l'État social, notamment les allocations familiales. Voir la thèse en droit social d'Isidro, Lola, « L'étranger et la protection sociale », Paris 10, 2015.

# 1 LA QUESTION SOCIALE EN SANTÉ

L'objectif de cette section est double : il s'agit, d'une part, d'identifier les groupes de la population en France qui ont été identifiés comme étant concernés par le risque d'exclusion ou de désaffiliation et, d'autre part, de présenter le retour des politiques d'assistance comme outil privilégié des politiques publiques afin de lutter contre ces situations.

Robert Castel identifie la « transformation décisive » qui s'installe dans la France des années 1950 et 1960 comme étant « la dissolution de [l']alternative révolutionnaire et la redistribution de la conflictualité sociale selon un modèle différent de celui de la société de classe : la société salariale »[5]. Les conflits sociaux s'organisent autour des différentes catégories socio-professionnelles et « prennent la forme de luttes pour les placements et les classements plutôt que celle de la lutte des classes »[6]. La société salariale se caractérise également par une segmentation du marché du travail et une différence entre des noyaux protégés et des travailleurs précaires. Un écart se creuse notamment avec une force de travail marginalisée regroupant des occupations instables, saisonnières, intermittentes qui constitue le « bloc périphérique ou résiduel »[7]. Ce dernier est composé principalement de femmes, d'immigrés, de jeunes sans qualification, de vieux ayant manqué leur reconversion, etc.

> « [Ces travailleurs] occupent les positions les plus pénibles et les plus précaires dans l'entreprise, ont les revenus les plus faibles et sont les moins bien couverts par les droits sociaux. Ils campent aux frontières de la société salariale davantage qu'ils n'y participent à part entière. Ainsi, alors même que la condition ouvrière se consolide, subsiste ou se creuse au sein des travailleurs, principalement manuels, une ligne de partage entre des groupes vulnérables dont la condition rappelle celle de l'ancien prolétariat et une majorité qui paraît solidement engagée dans un processus de participation élargie aux bénéfices du progrès social et économique »[8].

[5] Castel, Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio/Essais; 349 », (1995) 2007, 813 p. (p. 581).
[6] *Ibid.*, p. 585.
[7] *Ibid.,* p. 597, italique dans le texte original. Il reprend cette expression de Dean Morse qui parle lui des « travailleurs périphériques ». Morse, Dean, *The peripheral worker*, New York, Columbia University Press, 1969
[8] *Ibid.*, p. 598.

## 1 - 1 Le renouveau de la question sociale, du Quart monde aux nouveaux pauvres puis à la précarité

Ces situations de marginalité au sens de Georg Simmel ne seront pas identifiées tout de suite comme telles, les représentations dominantes sont celles d'une société dynamique entrainant tout le monde vers le haut et cachent dans un premier temps ces situations. Il faut attendre la fin des années 1970 pour que la thématique de la pauvreté réapparaisse dans les débats publics et qu'un mouvement de lutte contre l'exclusion naît et se construit peu à peu en modèle du traitement de la question sociale contemporaine. La crise économique de 1974 et 1975 et l'apparition du chômage de masse et structurel grossissent les rangs des personnes menacées par la pauvreté. Elles remettent en cause le discours sur la constance du progrès économique et pointent du doigt l'échec d'un système social basé sur l'activité salariée. On assiste en effet à une augmentation des « surnuméraires » et des « inutiles au monde », ces individus que la société ne parvient pas à intégrer (notamment par le travail) en raison du « déficit de places occupables »[9]. L'intégration est comprise ici au sens durkheimien comme une appartenance à une société formant un tout d'éléments interdépendants ; c'est le processus par lequel l'individu prend place dans la société et se socialise[10]. Cette inutilité sociale se renforce d'une disqualification civique et politique : les « inutiles » ne peuvent pas facilement peser sur le cours des choses car ils n'ont pas de moyen de pression sociale[11].

C'est surtout grâce au travail de personnes comme le père Wresinski et du sociologue Jean Labbens que le « quart monde » (aussi désigné par la « grande pauvreté »), est médiatisé en France[12]. Le père Joseph Wresinski est un prêtre catholique. Il est le fondateur du mouvement Aide à Toutes les Détresses, créé en 1957 dans un bidonville de Noisy-le-Grand, devenu ATD-Quart Monde en 1969. Ce mouvement « lutte pour les droits de l'homme, avec l'objectif de garantir l'accès des plus pauvres à l'exercice de leurs droits et d'avancer vers l'éradication de

---

[9] Voir Castel, *op. cit.*, 2007, notamment la sous-partie sur les surnuméraires à partir de la p. 645. À côté de l'augmentation des surnuméraires, on assiste également à une « déstabilisation des stables » qui se caractérise par un processus de précarisation et une déstabilisation des emplois. Nous laissons cette question de côté car elle s'éloigne du sujet qui nous intéresse.

[10] Durkheim Émile, Education et sociologie, Paris, France, Presses universitaires de France, 1999 (1922), 130 p.

[11] À l'inverse des classes laborieuses dont la participation au système de production capitaliste est indispensable. Castel, *op. cit.*, 2007,. p. 665. Des initiatives voient tout de même le jour comme le premier syndicat de chômeurs créé en 1981, toujours actif aujourd'hui au sein du Mouvement national des chômeurs et précaires (MNCP). À ce propos voir l'introduction de l'article de Viguier, Frédéric, « Pauvreté et exclusion: des nouvelles catégories de l'État social », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 4, n° 2, 2008, p. 152-161.

[12] Ces deux personnes ont collaboré dès le milieu des années 1960 et conceptualisé le « quart monde ». Joseph Wresinski le définit ainsi : « ce sont ceux qui, n'ayant pas pu entrer dans les structures modernes, demeurent en dehors des grands courants de la vie de la nation » (Préface de Joseph Wresinski du livre de Jean Labbens, *La condition prolétarienne*, Paris, Sciences et service, 1965, p. 9, cité par Robert Castel).

l'extrême pauvreté »[13]. L'association est pionnière dans la pratique de l'*advocacy*, cette technique qui consiste à promouvoir les préconisations des organisations dont elles émanent[14].

La nomination du père Wresinski au Conseil économique et social (CES, ancien Conseil économique, social et environnemental, CESE) en 1979 marque l'entrée du thème de la lutte contre la pauvreté dans les institutions de l'État social d'après-guerre. Le gouvernement de Raymond Barre commande à cette époque un rapport pour proposer une série de réformes administratives pour résorber les « îlots de pauvreté » qui subsistaient en France[15]. Le changement de gouvernement quelques mois après sa publication empêche ce rapport d'être pris en considération. L'arrivée des socialistes au pouvoir en 1981 va même ralentir l'installation d'une politique de lutte contre la pauvreté. Ce thème n'est pas compris comme un problème structurel de la société contemporaine par le gouvernement de Pierre Mauroy. L'idée que la reprise de la croissance économique et la résorption du chômage supprimeraient des poches de pauvreté résiduelles est, en effet, encore largement partagée. Ce n'est qu'en 1983, par l'effet combiné de l'enracinement de la crise économique et sociale, de l'apparition sur le devant des scènes médiatique et politique de la thématique des « nouveaux pauvres »[16], ces déclassés sociaux victimes du chômage et de la précarisation du marché du travail[17], que le gouvernement élabore un plan « Pauvreté Précarité ». La focalisation de ce plan sur les effets de la pauvreté (distribution alimentaire, hébergements, aides médicales), et non sur ses causes structurelles, motive cependant le CES à prévoir un Rapport sur « la Grande Pauvreté » dont la réalisation est confiée à Joseph Wresinski en 1985 afin d'inscrire dans l'agenda politique une politique efficace de lutte contre la grande pauvreté[18]. Le « rapport Wresinski », intitulé « Grande Pauvreté et Précarité Économique et Sociale », paru au Journal Officiel du 28 février 1987[19], connaît une grande résonance en France et à l'étranger. Il symbolise encore aujourd'hui le texte fondateur de la lutte contre la grande pauvreté de la période contemporaine et est souvent vu comme étant à l'origine des grandes mesures politiques de lutte contre l'exclusion et la pauvreté qui lui

---

[13] Description de l'activité du mouvement sur sa page internet : www.atd-quartmonde.org/-Qui-sommes-nous-.html (consulté le 19 février 2015).

[14] Viguier, Frédéric, « Les paradoxes de l'institutionnalisation de la lutte contre la pauvreté en France », *L'Année sociologique*, vol. 63, n° 1, 2013, p. 51-75. L'*advocacy* peut être traduit en français par le terme plaidoyer. Cette pratique s'est généralisée au sein du monde humanitaire et associatif depuis ; elle a notamment largement été intégrée par les organisations Médecins Sans Frontières et Médecins du Monde qui en feront leur mode d'action princeps, comme on le verra dans la suite de ce chapitre.

[15] Oheix, Gabriel, « 60 propositions pour lutter contre la pauvreté et la précarité », Paris, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, 1981.

[16] On peut se référer à l'étude de Serge Paugam pour avoir une description des différents types d'usagers des aides sociales à la fin des années 1980. Paugam, Serge, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, France, Presses universitaires de France, (1991) 2009, 256 p.

[17] Pour une analyse des différentes forme de pauvreté dans les pays riche dans les années 1980, voir l'article de Pétonnet, Colette, « La pauvreté dans les pays riches », *Points d'Histoire*, 1987, p. 120-126.

[18] Fayard, Daniel, *Il y a vingt ans: le rapport Wresinski*, Revue Quart Monde, n° 200, 2006.

[19] Wresinski, Joseph, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Conseil Économique et Social, 1987.

succèderont (notamment en introduisant des propositions semblables à celle du RMI ou de la CMU)[20].

Le « rapport Wresinski » a, d'une manière générale, permis de poser le constat de la persistance de la grande pauvreté et de l'exclusion sociale et l'apparition de la « nouvelle pauvreté » dans la France des années 1980. La nouvelle pauvreté est constituée d'individus issus de catégories de la population fragilisées par la crise : les chômeurs de longue durée, les jeunes peu diplômés, les mères célibataires, les personnes âgées isolées, les travailleurs étrangers avec ou sans papiers. Elle souligne par ailleurs une transformation de la pauvreté, notamment celle de certains travailleurs dont les emplois se précarisent de plus en plus. Le rapport introduit et définit la notion de la précarité, caractéristique de ces nouvelles pauvretés. Ce concept est encore largement utilisé aujourd'hui et c'est également celui que nous utilisons dans ce travail :

> « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible »[21].

Cette définition sera reprise quelques années plus tard par Robert Castel[22] et importée ainsi de manière durable dans le champ de la sociologie française. Elle a l'avantage, en comparaison des concepts de pauvreté ou d'exclusion, de décrire un état de pauvreté qui s'inscrit dans un processus dynamique. La précarité souligne également le nouveau visage de la pauvreté dépassant la seule dimension économique pour l'élargir à une accumulation de conditions de vie instables engendrant des difficultés diverses. Ces difficultés cumulées augmentent le risque d'une rupture progressive des liens sociaux, avec la famille, le milieu professionnel, le réseau amical, etc. La précarité est cependant considérée comme un processus transitoire et/ou réversible dans le temps[23]. Dans ses formes les plus sévères, la précarité se transforme en exclusion ou en grande pauvreté. Elle touche certaines catégories de personnes très vulnérables de par leur trajectoire et/ou leur place dans la société. Parmi elles, on trouve les « jeunes en galère » et les « marginaux » (toxicomanes, prostitué-e-s, sortant de prison,

---

[20] D'autres personnes et les associations dans lesquelles ils ont agit ont contribué à « la cause des pauvres », c'est-à-dire à une reconnaissance sociale et un combat de la pauvreté. Ce sont l'Abbé Pierre et son association Emmaüs, dès 1949, ou Jean Rodhain fondateur du Secours catholique en 1946. Voir à ce propos la thèse de Viguier, Frédéric, « La cause des pauvres: mobilisations humanitaires et transformations de l'État social en France (1945-2010) », Paris, EHESS, 2010.

[21] Wresinski, *op. cit.*, p. 6.

[22] Castel, *op. cit.*, 2007.

[23] Paugam, *op. cit.*, 2009.

sans-domicile-fixe, etc.) pour qui s'ajoutent à la précarité économique et sociale les stigmates et handicaps de leur mode de vie[24].

La notion de précarité est donc utilisée à la fois dans le champ de l'action politique et dans celui des sciences sociales. Chargée négativement, elle renvoie à une valeur nouvelle dans les représentations combattant l'instabilité et l'incertitude des conditions d'existence. Cette précarité est présentée comme un dysfonctionnement social menaçant l'équilibre de la société.

## 1 - 2 Le retour des politiques d'assistance dans l'action de l'État social

Avec le rapport Wresinski, on assiste au développement de politiques assistancielles ciblant les plus exclus et dont la logique d'action est celle de l'insertion. Cette dynamique renoue ainsi avec l'idée d'un droit au secours défendue pendant la période révolutionnaire et mise en place aux XIXe et XXe siècles.

Dans ce rapport, pauvreté et précarité sont présentées comme empêchant d'exercer une pleine citoyenneté. C'est pourquoi les propositions qui y sont faites s'orientent vers des mesures favorisant l'acquisition de sécurités minimales dans différents domaines de la vie (logement, santé, revenu, etc.). Les mesures d'urgence, en revanche, ne sont comprises que comme des passerelles vers des actions d'insertion sur le long-terme. L'objectif est d'inviter à développer des mesures pour enrayer les facteurs structurels de la pauvreté. Le volet sur la santé souligne le rôle des déterminants sociaux de la santé comme des facteurs d'inégalités, invitant à dépasser le seul accès aux soins et à s'attaquer aux autres causes de la mauvaise santé (éducation, logement, etc.). Les propositions ont largement inspiré les réformes qui ont conduit à l'élargissement de la Sécurité sociale, notamment l'aide médicale gratuite (AMG) en 1992, puis la loi sur la couverture maladie universelle (CMU) en 1998. Le rapport Revol-Strohl[25] sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, paru la même année, adopte, quant à lui, un autre positionnement. Il se concentre plus spécifiquement sur la santé et propose de donner la priorité à l'urgence, c'est-à-dire l'accès aux soins des plus démunis. C'est cette option qui va être choisie dans un premier temps par les pouvoirs publics[26].

---

[24] Dubet, François, *La Galère. Jeunes en survie*, Paris, Fayard, 1987, 503 p.

[25] Revol, Joseph et Strohl Hélène, « Groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité », Rapport général IGAS, 1987, 45 p.

[26] Larcher, Pierre, L'intervention française sur les inégalités sociales de santé : une histoire et des enjeux », in Potvin, Louise, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones, « Réduire les inégalités sociales en santé », Inpes, 2010, p. 89-96.

Le retour de politiques d'assistance[27] marque un changement d'orientation des politiques sociales. Dans une double logique du secours (assistance classique) et de l'insertion, elles ciblent désormais des groupes particuliers de la population selon des critères de besoin, alors que les politiques d'assurance, privilégiées jusqu'ici, étaient destinées, à terme, à protéger l'ensemble de la population. Deux modes d'action cohabitent donc au sein des politiques d'assistance, le secours (ou l'urgence) offre une aide immédiate, ponctuelle et distribuée au cas par cas (logement d'urgence, paniers alimentaires, secours médical, etc.) et l'insertion qui vise son action sur l'intégration dans la société (par le travail ou le logement par exemple) et dans les dispositifs de protection sociale (en particulier dans le système de protection maladie). Ce mouvement ne signifie pas un abandon de la logique assurantielle. Au contraire, celle-ci reste largement dominante et de nombreuses politiques d'assistance agissent à titre supplétif et subsidiaire des politiques d'assurance[28]. La logique de sélectivité permet de corriger des inégalités sociales en agissant sur les marges et en essayant de les intégrer aux dispositifs d'assurance ou en en complétant la couverture.

L'assistance contribue ainsi à renforcer les protections des groupes fragilisés socialement par la crise et à réduire le clivage classique de l'assistance autour de l'aptitude au travail. La reconnaissance de la responsabilité de la société dans la production de la pauvreté consolide l'idée d'un droit au secours pour ceux que la crise a éloigné du marché du travail et de l'autonomie économique[29].

Le Revenu minimum d'insertion (RMI), introduit en 1988, est un symbole fort de ce retour des politiques d'assistance. Son idée motrice est d'apporter un revenu minimum permettant aux personnes menacées de désaffiliation de s'insérer dans la société et de les protéger contre les spirales de la pauvreté. Les réformes de l'Aide médicale gratuite (AMG) en 1992[30] poursuivent ce mouvement de renforcement des mécanismes d'assistance dans l'action de l'État social et soulignent leur rôle subsidiaire par rapport à l'assurance (ces réformes ont principalement consisté à simplifier l'accès à l'AMG permettant ainsi à de nombreuses personnes d'accéder à l'assurance personnelle, c'est-à-dire le régime général de la Sécurité sociale). C'est également dans cet esprit que seront votées, dix ans plus tard, la loi d'orientation du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions[31] et la loi instituant la couverture maladie

---

[27] Nous ne présentons ici que quelques réformes emblématiques afin d'illustrer notre propos.

[28] Chauchard, Jean-Pierre et Romain Marié, « La couverture maladie universelle: résurgence de l'aide sociale ou mutation de la sécurité sociale? », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, Décembre 2001, p. 137-156. ; Borgetto, Michel, « Santé et action sociale: d'hier à aujourd'hui », *Les Tribunes de la santé*, vol. 38, n° 1, 2013, p. 29-40.

[29] Nous revenons plus en détail sur les effets des politiques d'assistance dans le chapitre VII.

[30] Ces réformes ont permis une clarification du droit à l'aide sociale dont les critères ont été précisés. L'AMG prend désormais en charge des cotisations de l'assurance personnelle pour une partie des bénéficiaires de l'aide sociale (ces derniers sortent de l'assistance et basculent donc dans le système d'assurance maladie).

[31] Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

universelle (CMU) et l'Aide médicale de l'État (AME) réformée[32]. De l'autre côté, la création du SAMU social en 1993 par le Dr Emmanuelli, co-fondateur de Médecins Sans Frontières et président de l'association en 1982, incarne le versant du « secours de la détresse ». Cette association se réclame d'un « droit inaliénable à l'assistance »[33] prenant son inspiration sur le droit au secours construit par le Comité de salut public pendant la période révolutionnaire.

La loi de lutte contre les exclusions de 1998 part du constat que le non-recours aux droits existants est un facteur qui aggrave les situations de précarité économique et sociale pouvant mener à l'exclusion. Afin d'y remédier, elle « tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux »[34] et mobilise différentes institutions sociales et médico-sociales dans ce sens. Les processus d'exclusion sont compris dans leur dimension multi-factorielle et les différentes mesures portent sur plusieurs domaines de la vie : le logement, la santé, l'emploi, la situation économique, mais aussi l'accès aux loisirs ou à la culture ou encore les transports. Son action s'articule autour de deux grands principes : la prévention des exclusions et l'accès aux droits. Elle mêle donc des politiques d'insertion et d'urgence. C'est dans cette double approche que se déclinent les mesures du chapitre sur l'« accès aux soins ». Le premier article pose la centralité de l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies dans la politique de santé et définit la lutte contre l'exclusion dans le domaine de la santé comme une mission de santé publique :

> « L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.
> Les programmes de santé publique mis en oeuvre par l'État ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies. »[35]

Une des mesures concrètes constitue en la création de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les établissements de santé. Les PASS sont des dispositifs d'assistance qui visent à insérer dans le système de santé des personnes qui en sont éloignées et à leur prodiguer des soins (dans une logique de pallier l'urgence). Il s'agit de les accompagner dans leurs démarches vers l'acquisition d'une couverture maladie et de faciliter leur accès au système de santé.

Les administrations de prestations sociales ne sont donc pas les seules à connaître un regain des politiques d'assistance. La loi de 1998 est également une réponse au « débordement du social »[36] auquel on assiste dans toutes les administrations publiques où les fonctionnaires sont confrontés à une certaine précarisation des publics auxquels ils font face. C'est également

---

[32] Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

[33] Cefaï, Daniel et Edouard Gardella, *L'urgence sociale en action: ethnographie du Samu social de Paris*, Paris, la Découverte, 2011, 575 p. (p. 25).

[34] Article premier de la loi de lutte contre les exclusions.

[35] Cet article a été transféré dans la partie législative du Code de la santé publique (article L1411-1-1).

[36] Warin Philippe, *Les dépanneurs de justice: les « petits fonctionnaires » entre égalité et équité*, Paris, France, 2002, 134 p.

le cas à l'hôpital qui est touché dès le début des années 1990 et dont les services des urgences cristallisent cette question sociale. Les professionnels du soin sont débordés par des « demandes sociales » pour lesquels ils ne sont pas formés à répondre et venant de patients en situation de précarité qui montrent avant tout des difficultés d'accès aux soins primaires[37].

La loi créant la CMU et l'Aide médicale d'État (AME)[38], qui clôt le processus de généralisation de la Sécurité sociale, va dans le même sens. En intégrant dans l'Assurance maladie tous les inactifs qui en étaient encore exclus, elle vise les plus démunis et tente de les intégrer en les protégeant contre le risque maladie. La Couverture maladie universelle intègre, grâce aux mécanismes d'assistance, l'ensemble des inactifs dans l'Assurance maladie (voir chapitre I). Elle poursuit l'évolution déjà engagée vers l'affirmation d'un droit à la protection de la santé et termine (presque) le processus de généralisation de la Sécurité sociale dans le domaine de la protection maladie. Des problèmes d'accès à la couverture maladie subsistent qui sont en partie liés à la logique de l'assistance et son ciblage des catégories concernées. En définissant des critères de pauvreté, elles construisent artificiellement une limite de revenus au dessus de laquelle on n'a pas accès à la prestation et créent ainsi des « effets de seuil ». Des mesures correctives, telle que l'Aide à la complémentaire santé (ACS)[39], sont régulièrement mises en place, mais elles sont partiellement mises en échec en raison de la complexité administrative qu'elles produisent elles-mêmes et au non-recours des potentiels bénéficiaires que cela entraîne[40].

---

[37] Ces questions ont été traitées dans les années 1990 et au début des années 2000 par la sociologie de l'hôpital : Peneff, Jean, *L'hôpital en urgence. Étude par observation participante*, Editions Métailié, 1992, 268 p. ; Vassy, Carine et Frédéric Renard, « Quels malades pour l'hôpital public? Deux stratégies de segmentation », *Annales des mines*, coll. « Gérer et comprendre », 1992, p. 29-39 ; Dodier, Nicolas et Agnès Camus, « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, vol. 65, n° 1, 1997, p. 109-119 ; Fassin, Didier, Anne-Claire Defossez et Valérie Thomas, « Les inégalités des chances dans l'accès aux secours d'urgence », *Revue française des affaires sociales*, 2001, p. 91-110. ; Fassin, Didier, Marie-France Couilliot et Carine Vassy, « La question sociale à l'hôpital, Bobigny », CRESP, 2001 ; Vassy, Carine, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, vol. 32, n° 2, 2004, p. 67-74.

[38] L'Aide médicale d'État (AME) réforme l'Aide médicale gratuite (AMG). Elle est une couverture maladie d'assistance gratuite proche de la CMU complémentaire dans les prestations qu'elle offre. Elle est réservée aux personnes n'ayant pas le droit à l'assurance maladie, c'est-à-dire principalement les étrangers en situation irrégulière et certains étrangers en situation régulière pauvres (en particulier les ressortissants européens pauvres).

[39] L'ACS permet aux personnes qui dépassent le seuil de revenu de la CMU complémentaire d'obtenir une aide financière afin d'acheter une assurance complémentaire dans le secteur privé.

[40] Alors que le dispositif de l'ACS se destinait à environ deux millions d'usagers, seuls 200 000 personnes y ont eu recours en 2006. Franc, Carine et Marc Perronnin M, « Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS », *Questions d'économie de la santé,* 12, 1, 2007. Le taux de recours s'est n

## 1 - 3 Conclusion partielle

L'inclusion dans l'Etat social des catégories identifiées comme concernées par la pauvreté et la précarité au moyen de politiques d'assistance ciblées a montré la volonté d'intégrer socialement ces groupes afin d'éviter la formation d'une question sociale et de réduire les inégalités sociales. Ces politiques fournissent un éventail assez important de protections contre le risque de désaffiliation. Mais comme on le verra dans la partie suivante, cela s'est fait au détriment d'un autre groupe qui a été fragilisé et stigmatisé.

Les grands absents des débats sur la pauvreté des années 1980 sont les étrangers[41]. Alors que les personnes concernées par les différentes pauvretés mentionnées ci-dessus font l'objet de la nouvelle génération des politiques d'assistance, les étrangers connaissent un autre sort. Ils sont construits comme un problème social et une partie d'entre eux est illégalisée et en grande partie exclue de l'État social.

# 2 LA CONSTRUCTION DE BOUCS ÉMISSAIRES : LA MISE AU BAN DE L'ÉTAT SOCIAL DE CERTAINES CATÉGORIES D'ÉTRANGERS

Nous allons maintenant présenter les constructions juridiques qui se sont attachées, à partir des années 1970, à sortir de la légalité une partie des étrangers. Nous nous intéresserons, plus particulièrement, au processus d'exclusion de la Sécurité sociale des étrangers en situation irrégulière et à leur isolement, dans le champ de la protection maladie, au sein de l'Aide médicale d'État (AME). L'analyse vise à montrer que ces processus ont construit des catégories d'étrangers « indésirables » fragilisés par une « affiliation bridée »[42] aux dispositifs de protection contre les risques sociaux.

[41] Cela n'est pas complètement vrai puisque les étrangers sont pris en compte sur la thématique du logement. La SONACOTRA (Société nationale de construction de logements pour les travailleurs) est mise en place dès 1956 afin de construire des logements pour les travailleurs immigrés. Voir Brodiez-Dolino, Axelle, « Entre social et sanitaire: les politiques de lutte contre la pauvreté-précarité en France au XX e siècle », *Le Mouvement Social*, vol. 242, n° 1, 2013, p. 9-29. On peut également cité le fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles (FAS) créé en 1958. Mais, comme on le constate, les problèmes sociaux rencontrés par les étrangers sont traités séparément du reste de l'action de l'Etat social. Sur le FAS voir Math, Antoine, « Les allocations familiales et l'Algérie coloniale A l'origine du FAS et de son financement par les régimes de prestations familiales », *Recherches et prévisions*, vol. 53, n° 1, 1998, p. 35-44.

[42] L'affiliation est bridée parce qu'elle est volontairement réduite. Dans le cadre de la protection maladie, cela signifie que les droits réservés à ces catégories sont isolés, plus difficiles à obtenir et protègent moins que ceux mis à disposition de la population générale. Chauvin, Sébastien, « En attendant les papiers. L'affiliation bridée des migrants irréguliers aux États-Unis ? », *Politix*, vol. 87, n° 3, 2009, p. 47-69.

## 2 - 1 Les étrangers comme « problème social » et illégalisation

L'invention de l'« étranger », en tant qu'il s'oppose à un « nous » français, remonte au moment du processus de construction d'un idéal-type national français qui s'est étalé tout au long du XIXe siècle et qui a supposé l'inclusion de certains groupes et l'exclusion d'autres. La révolution française et l'invention des Droits de l'Homme et du Citoyen ont marqué la naissance d'une nouvelle approche visant à tenir à la fois la défense de droits universels et une application de ces droits qui se réalise autour de la nationalité. Double objectif qui peut se heurter à des intérêts divergents[43]. La diffusion de visions racistes et xénophobes, liées à la question migratoire, a émaillé l'histoire de la France depuis lors, se concentrant principalement sur les périodes de crise économique et d'insécurité sociale. Ainsi se sont développées à l'égard de ces groupes des pratiques de surveillance, de fichage et de contrôle apposées à un argumentaire sécuritaire. On peut citer l'exemple de la carte d'identité des étrangers mise en place en 1917 instaurant, entre autres, un contrôle de la mobilité résidentielle de cette population.

Dans la période de l'après Seconde Guerre mondiale, c'est surtout à partir des années 1980 que « l'immigré » est érigé en problème social[44]. Le Front national a participé activement, surtout à partir de son décollage politique au début des années 1980, à la mise en avant du « problème de l'immigration » dans les débats médiatiques et politiques[45]. Concomitamment à la construction d'une image sociale négative, les gouvernements successifs ont déployé un arsenal juridique et légal pour limiter le phénomène migratoire et illégaliser[46] une part toujours plus importante des étrangers[47] vivant en France[48]. Une réaction immédiate à la crise

---

[43] Schuster, Liza, *The use and abuse of political asylum in Britain and Germany*, Londres, 2003, 310 p., voir notamment le chapitre 2 « The Origins and Development of Asylum », p. 61-87 et la sous-partie sur la Révolution française, p. 75 et suiv.

[44] Pour une approche socio-historique de l'histoire de l'immigration en France, voir Noiriel, *Gérard, Le creuset français : histoire de l'immigration, XIXe-XXe siècle*, Paris, Editions Points, (1988) 2006, 447 p.

[45] Dézé, Alexandre, *Le Front national : à la conquête du pouvoir ?*, Paris, A. Colin, 2012, 189 p.

[46] Nous reprenons ici la terminologie développer par d'autres chercheurs en sciences sociales travaillant sur le phénomène migratoire. Il renvoie au processus contemporain dans les sociétés occidentales d'un processus historique de production légale ou juridique de l'illégalité du séjour d'étrangers. Voir notamment De Genova, *op. cit.*, 2002 ; Cvajner Martina et Giuseppe Sciortino, « Theorizing Irregular Migration: The Control of Spatial Mobility in Differentiated Societies », European Journal of Social Theory, vol. 13, n° 3, 1 Août 2010, p. 389-404 ; Calavita, Kitty, Immigrants at the margins: law, race, and exclusion in Southern Europe, Cambridge, Cambridge University Press, 2005, 257 p. ; Coutin, Susan, *Legalizing moves: Salvadoran immigrants' struggle for U.S. residency*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 2000, 228 p. ; Coutin, Susan, « Differences within Accounts of US Immigration Law », Political and Legal Anthropology Review, vol. 19, n° 1, 1996, p. 11-19. Sur le cas français, nous renvoyons au chapitre de Nathalie Ferré « La production de l'irrégularité » dans Fassin, Didier, Alain Morice et Catherine Quiminal (eds.), *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, Paris, Éd. la Découverte, 1997, 279 p., p. 47-64 ; et celui de Fassin, Didier et Alain Morice, « Les épreuves de l'irrégularité. Les sans-papiers, entre déni d'existence et reconquête d'un statut. » in Schnapper, Dominique (ed.), Exclusions au coeur de la cité, Paris, Anthropos, 2001, 324 p.

[47] Il faut préciser ici que tous les étrangers ne sont pas concernés, il s'agit ici de ceux qui se situe en bas de l'échelle sociale.

[48] Les informations qui suivent sur l'histoire juridique des politiques migratoires proviennent principalement du chapitre de Lochak, Danièle, « Les politiques de l'immigration au prisme de la législation sur les étrangers », in Fassin Didier, *et. al.*, *op. cit.*, 1997, p. 29-46 et de l'ouvrage GISTI, *Liberté de circulation un droit, quelles politiques?*, Paris, Gisti, 2010, 162 p., notamment du chapitre de Danièle Lochak, « Évolution des discours et continuités politiques ».

économique causée par les chocs pétroliers de 1974 et 1975 a été de fermer les frontières à l'immigration de travail. Ainsi, l'arrêt de l'immigration est présentée comme une solution au problème de la crise. Les contrôles aux frontières ont été renforcés et les sans-papiers irréguliers contraints au départ (impliquant l'introduction de contrôles d'identité à grande échelle sur le territoire national[49]). À partir de 1977, s'est ajoutée à l'arrêt de l'immigration une politique « d'aide au retour » visant à diminuer la population étrangère présente en France. Les titres de séjours ne sont plus renouvelés créant ainsi de l'illégalité en masse parmi les étrangers. Quelques années auparavant, la circulaire « Marcellin-Fontanet » de 1972 avait déjà commencé cet élan en interdisant la régularisation des immigrés entrés sans contrat de travail[50]. Une distinction juridique s'est installée à partir de 1976 autour de l'introduction en France d'un droit au « regroupement familial » (sous certaines conditions, notamment de ressources et de logement) qui devient le principal canal d'immigration. L'interdiction faite à ces membres de la famille d'occuper des emplois salariés, instaurée en 1977 puis annulée quelques mois après, a contribué à associer un peu plus les étrangers au problème du chômage et à distinguer différentes catégories d'étrangers. La loi Bonnet de 1980 a criminalisé l'irrégularité du séjour en en faisant un motif d'expulsion et a légalisé la rétention administrative dans des centres de privation des libertés[51].

L'arrivée de la gauche au pouvoir à partir de 1981 a marqué une période d'assouplissement de cet arsenal juridique répressif : des régularisations ont lieu, l'aide au retour est supprimée, le regroupement familial est facilité, des garanties encadrent les procédures d'expulsion, etc. Cette période constitue une rupture importante sur le plan symbolique : la population étrangère installée en France n'est plus considérée comme de la main d'œuvre mais comme une composante de la société française[52]. D'un autre côté, la percée de l'extrême droite sur la même période a contribué à construire une image illégitime des étrangers et à poursuivre une politique répressive à leur égard peu de temps après l'accalmie (contrôles massifs pour détecter les étrangers en situation irrégulière, réapparition d'une aide au retour, limitation du regroupement familial, etc.).

Le retour de la droite au pouvoir au moment de la cohabitation annonce une nouvelle période répressive. La loi Pasqua de 1989 a durci l'entrée au séjour et rétabli le régime

---

[49] Une loi de 1981 légalise les contrôle d'identité à titre préventif. Loi n° 81-82 du 2 février 1981 renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes.

[50] La production juridique d'illégalité permet aux sociétés capitalistes possédant un État social fort de disposer d'une main d'œuvre bon marché (le travail au noir permet de ne pas payer les charges sociales et de contourner les salaires minimaux), malléable et flexible. Voir De Genova, *op. cit.*, 2002.

[51] Les centres d'enfermement des étrangers existent depuis le début du siècle. Pour une analyse de ces centres voir la thèse de Fischer, Nicolas, « La rétention administrative dans l'Etat de droit: genèse et pratique du contrôle de l'enfermement des étrangers en instance d'éloignement du territoire dans la France contemporaine », Thèse de doctorat, Institut d'études politiques, Paris, France, 630 p.

[52] Lochak, *op. cit.*, 1997.

d'expulsion d'avant 1981. Depuis, un jeu de va et vient au gré des alternances entre la gauche et la droite caractérise la politique migratoire : la gauche assouplit les politiques restrictives régulièrement réalisées par la droite gouvernementale sans les supprimer. La loi Pasqua de 1993 a accentué encore davantage ces politiques répressives en limitant notamment le droit au séjour (surtout dans le cadre du regroupement familial), créant ainsi de nouveaux « irréguliers » pour qui les mesures d'expulsion ont été facilitées. Le titre de séjour temporaire redevient ainsi la norme, favorisant grandement la production d'irréguliers et de situations d'entre deux juridiques (à la frontière de la régularité et de l'irrégularité) que la lenteur des procédures administratives accentue encore davantage.

À partir de 2003, le gouvernement Chirac a démarré une politique « d'immigration choisie », menée par le ministre de l'intérieur Sarkozy, qui est opposée à une « immigration subie », celle des familles et des demandeurs d'asile. Cette politique tend encore un peu plus à diviser les étrangers en différents groupes selon leur légitimité et leur utilité et à condamner moralement et socialement les migrants les moins favorisés ou les moins « utiles ». Elle a également continué et même renforcé une politique répressive pour débusquer les étrangers en situation irrégulière en amorçant une « politique du chiffre ». Ce ne sont pas les seuls travailleurs étrangers qui ont été touchés par ces politiques répressives, mais toutes les catégories (étudiants, réfugiés, touristes, conjoints de Français, etc.) à qui on a placé de plus en plus d'obstacles à l'acquisition d'un statut légal pérenne et qu'on soupçonne d'être des fraudeurs et de vouloir contourner la réglementation.

Les politiques migratoires constituent donc un outil d'ajustement pour répondre aux besoins démographiques et de main d'œuvre. Depuis les années 1970, elles ont pris un tournant répressif conduisant à une précarisation du droit au séjour et à une production d'irréguliers. On estime entre 300 000 et 400 000 le nombre d'étrangers en situation irrégulière en France en 2013[53]. Ainsi, plutôt que de réduire effectivement le nombre d'étrangers en France, elles ont plutôt eu pour effet de les fragiliser et de stratifier la société en créant des groupes aux droits et à la citoyenneté « bridés »[54]. Suspicieuses, ces politiques contribuent par ailleurs à créer une image négative des étrangers. Les droits de l'homme semblent constituer un maigre contre-pouvoir à cette politique de gouvernement utilitariste en empêchant de supprimer complètement l'asile et le regroupement familial. Les politiques migratoires ne sont

[53] Par définition, il n'est pas possible d'avoir de chiffres précis concernant le nombre d'étrangers séjournant illégalement sur le territoire français. Un chiffre minimum peut être cité, celui du nombre de bénéficiaires de l'Aide médicale d'État qui prend en charge spécifiquement ce groupe de la population. Il était de 282 425 en 2013. À cela s'ajoutent les nombreuses personnes n'ayant pas fait de demande et celles qui n'y sont pas éligibles.

[54] Nous reprenons ce terme de Chauvin, Sébastien, *op. cit.*, 2009. Il désigne l'idée d'une subordination institutionnalisée de certains groupes d'étrangers formant des catégories de « sous-citoyens ».

cependant pas les seuls instruments de gouvernement utilisés pour « brider » les étrangers. Les politiques de l'État social ont également largement contribué à cet effet.

## 2 - 2 L'isolement des étrangers en situation irrégulière dans le système de couverture maladie

La création du système de protection maladie au sein de la Sécurité sociale et de l'Aide sociale au sortir de la Seconde guerre mondiale s'est réalisée, dans un premier temps, sur une opposition entre travailleurs et non-travailleurs. La question des étrangers n'était pas pertinente dans son fonctionnement[55]. Le critère choisi pour bénéficier des prestations sociales dans le domaine de la santé était celui de la résidence : il fallait pouvoir prouver qu'on résidait en France de manière stable, sans qu'il soit question d'un critère concernant la légalité du séjour[56]. Au contraire, comme on l'a vu, le développement de l'État social se caractérise par sa généralisation à toute la société, notamment dans le champ de la protection maladie dont la CMU semble être un aboutissement. Progressivement pourtant, une partie des étrangers, principalement ceux en situation irrégulière (groupe dont les rangs ont été grossis par les politiques d'illégalisation mentionnées plus haut), va, soit être exclue des prestations sociales, soit être isolée dans des régimes spéciaux.

Un pan de la construction des étrangers comme « problème social » à partir du milieu des années 1970 a consisté à véhiculer l'idée que ce groupe, et tout particulièrement les « clandestins », est en partie responsables de la crise de l'État social ou en tout cas en constitue une menace. Les lois restrictives sur la migration ont été accompagnées d'un discours porté par des personnalités politiques de droite qui promouvait l'idée que les étrangers irréguliers devraient être exclus de tous les programmes d'assistance et de prestations sociales. Ces discours ont abouti à des restrictions progressives des aides et prestations pour les irréguliers. La loi de 1978 introduisant l'Assurance personnelle, qui visait pourtant à avancer dans l'universalisation de la Sécurité sociale, a été la première à poser une condition de la régularité du séjour à son accès (seuls les étrangers pouvant justifier de trois mois de séjour régulier en France pourront y adhérer). Cette mesure écartait donc les étrangers irréguliers et certains étrangers réguliers (ceux installés en France depuis moins de trois mois et non

[55] Ce n'est pas le cas de toutes les prestations de la Sécurité sociale et de l'aide sociale. Des conditions de régularité du séjour existent notamment dans les prestations familiales. Voir Isidro, *op. cit.*, 2015.

[56] La plupart des informations sur la mise à l'écart des étrangers en situation irrégulière au sein de la Sécurité sociale et de l'Aide sociale qui suivent proviennent des articles de Carde, Estelle, « Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers. De l'Aide sociale aux politiques d'immigration », *Mouvements*, vol. 59, n° 3, 2009, p. 143-156 et de Izambert, Caroline, « 30 ans de régressions dans l'accès aux soins », *Plein droit,* n° 3, 2010, p. 5-9.

salariés) de l'Assurance maladie. Caroline Izambert remarque que cette mesure a, en plus, modifié les pratiques des agents des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) à qui a été confiée la tâche de vérifier la régularité du séjour. Elle souligne que ces pratiques ont même dépassé leur cadre légal et de nombreuses personnes ayant demandé une affiliation à l'Assurance maladie au titre d'ayant droit (principalement des épouses de travailleurs qui étaient en France illégalement) durent essuyer un refus en raison de l'irrégularité du séjour, alors même que les restrictions ne concernaient que l'assurance personnelle (et non l'affiliation au régime général en tant qu'ayant droit)[57]. On voit ici les effets du climat délétère produit par les discours contre les étrangers.

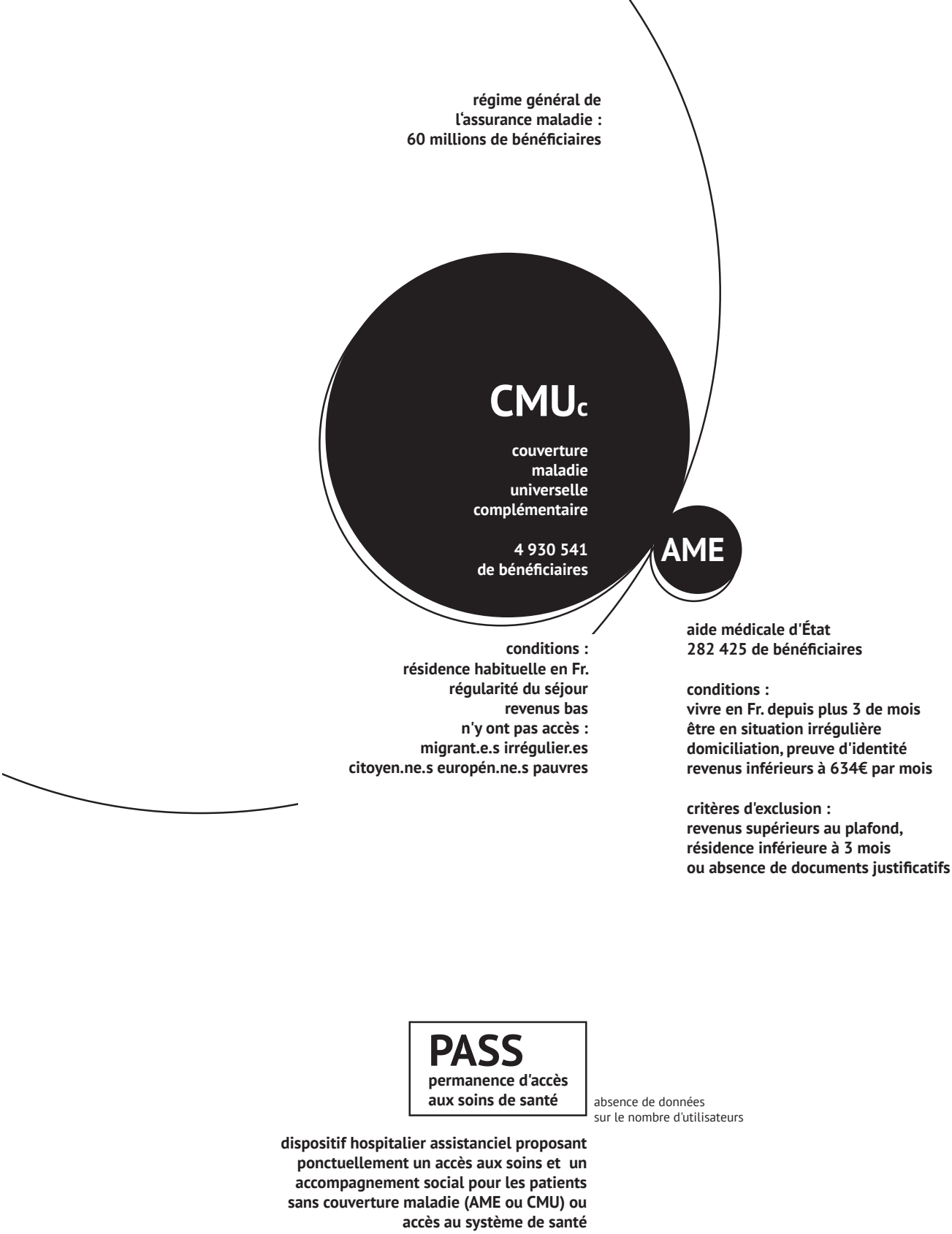
La « loi Pasqua » de 1993 a marqué une véritable accélération de cette tendance : elle a généralisé cette restriction à l'ensemble de la protection sociale. L'accès à toutes les prestations de la Sécurité sociale est désormais soumis à la condition de régularité du séjour. Le critère clivant du travail tend ainsi à être remplacé par celui de la citoyenneté. Seules quelques prestations d'aide sociale restent ouvertes aux étrangers en situation irrégulière (l'aide médicale, l'aide sociale à l'enfance et à l'hébergement) permettant de continuer à respecter les traités internationaux sur les droits de l'homme que la France a ratifiés. Avec cette loi, la catégorie de l'« irrégularité » s'insinue dans de nombreuses administrations de l'État social contribuant à diffuser dans la société l'illégitimité des statuts d'une partie des étrangers considérés comme indésirables.

La loi de 1999 créant la Couverture maladie universelle (CMU) a marqué un autre tournant : l'isolement des étrangers en situation irrégulière au sein de l'Aide sociale. La CMU, comme on l'a vu, poursuit un mouvement de généralisation de l'Assurance maladie qui s'étend désormais à toute la population (française et étrangère), à l'exception explicite des étrangers en situation irrégulière (conformément à la loi Pasqua) qui eux sont exclus de l'universalité annoncée. Pour ces derniers, on a réformé l'Aide médicale d'État (AME), ancienne Aide médicale gratuite, dont ils sont désormais les seuls bénéficiaires (tous les anciens bénéficiaires de l'aide médicale en situation régulière ayant été intégrés à la CMU). Se met donc en place un système dual dans lequel on a, d'un côté les étrangers en situation irrégulière — qui représentent un tout petit groupe (316 314 bénéficiaires à la fin de l'année 2015[58]), isolés dans un système d'assistance à part — et, de l'autre, l'Assurance maladie (qui couvre la totalité de la population)[59]. Ces bricolages législatifs produisent une stratification du système de protection maladie qui met explicitement à ses marges des étrangers précarisés à l'aide

[57] Izambert, *op. cit.*, 2010.

[58] Cité par le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans son rapport « Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale » (2016), voir notamment le chapitre « Santé et accès aux soins » p. 58-63.

[59] Voir le graphique n° 2 ci-dessous pour une synthèse visuelle de cette construction dans le système de couverture maladie.




**GRAPHIQUE N°2** **Schématisation du rapport entre les trois principales couvertures maladie et les PASS**

Sources : Assurance maladie, chiffre au 30 juin 2016 ; Chiffres clés de la Sécurité sociale, 2014, Direction de la Sécurité sociale ; Assurance maladie, chiffre au 30 juin 2016 ; Goasguen et Sirugue, 2015.

des catégories de citoyenneté dont les réformes, depuis les années 1970, avaient préparé le terrain.

L'exemple des ressortissants européens de Roumanie et de Bulgarie est à ce titre édifiant[60]. Une loi de juillet 2006[61] illégalise tout un nouveau groupe d'étrangers : les ressortissants européens pauvres (appelés « ressortissants européens inactifs »). Le calendrier n'est pas un hasard, votée six mois avant l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne, cette loi cible implicitement des populations « indésirables », notamment les Roms.

Alors même que cette loi ne disposait pas de décret d'application, certaines Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) se sont empressées, dès janvier 2007, d'en interpréter elles-mêmes l'application afin d'empêcher les nouveaux ressortissants européens indésirables d'accéder à la CMU. Dans la CPAM observée par Céline Gabarro, les notes internes distinguaient explicitement les Roumains et Bulgares des autres ressortissants communautaires qui, eux, n'étaient pas concernés par cette exclusion de la CMU au niveau local[62]. Ces pratiques discriminatoires étant illégales, elles n'ont été que de courte durée. Elles montrent cependant que concentrer uniquement l'analyse sur la dimension juridique n'est pas suffisant et que la construction, l'isolement et l'exclusion de certaines catégories stigmatisées sont des processus complexes et aux ancrages multiples qui se réalisent aussi bien par l'effet de la loi que par l'effet des pratiques administratives des agents de terrain (les politiques du/au guichet[63]). Les nouvelles catégories de sous-citoyens (étrangers en situation irrégulière, ressortissants européens pauvres, etc.) construites par l'État se sont en partie disséminées dans la société grâce à son administration et à ses agents sur le terrain[64].

---

[60] Pour une analyse approfondie des possibilités d'accès à la couverture maladie de la nouvelle génération des ressortissants européens, voir Gabarro, Céline, « Quand la Roumanie adhère à l'Union européenne : quels changements dans l'accès à la Couverture Maladie Universelle pour les ressortissants communautaires ? », in Lurbe i Puerto Kàtia et Le Marcis Frédéric (eds.), *Endoétrangers: exclusion, reconnaissance et expérience des Roms et gens du voyage en Europe*, Louvain-la-neuve, L'Harmattan Academia, 2012c, 272 p. (p.87-109).

[61] Loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration.

[62] Gabarro, *op. cit.*, 2012c, p. 93.

[63] Dubois, Vincent, « Politiques au guichet, politique du guichet », in Borraz, Olivier et Virginie Guiraudon, *Politiques publiques 2*, Presses de Sciences Po (PFNSP), 2010, p. 265-286.

[64] La dissémination de ces catégories par les agents administratifs charge celles-ci moralement. Sur le terrain, l'exclusion de la CMU des Bulgares et des Roumains est expliquée en termes moraux. Ces personnes seraient plus enclines à profiter abusivement des prestations sociales, etc. On retrouve cela dans toutes les enquêtes sociologiques qui ont été faites aux guichets des administrations au contact de groupes sociaux stigmatisés. Voir Dubois, Vincent, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Éd. Economica, coll. « Études politiques », 2010 (1999), 204 p. ; Spire, Alexis, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, 2008, 124 p. ; ou le chapitre VII de cette thèse.

La circulaire du 23 novembre 2007[65], qui clarifie cette situation, est intéressante en ce qui concerne les mécanismes de production d'illégalité de groupes ciblés et le bricolage législatif qu'ils entraînent. La volonté d'exclure les ressortissants européens inactifs de la CMU est motivée par l'entrée de la Roumanie dans l'Union européenne et vise les populations Roms. Cependant, d'autres ressortissants européens inactifs bénéficiaient jusqu'alors de la CMU, notamment des retraités britanniques vivant en France. Afin d'éviter que ces étrangers désirables ne soient eux aussi exclus de cette prestation, la circulaire précise qu'elle ne s'applique qu'à partir de la date de sa publication. Cela signifie que l'exclusion de la CMU ne concerne que les ressortissants européens inactifs souhaitant accéder à cette prestation à partir de novembre 2007. Tous ceux qui en bénéficiaient déjà (principalement des ressortissants européens d'Europe de l'ouest) peuvent en principe continuer à l'être *ad vitam æternam*[66]. Ainsi, en jouant sur la date de mise en vigueur d'un texte réglementaire, le gouvernement a réussi à privilégier certains étrangers plutôt que d'autres[67].

Dans un contexte où l'État social a un fort pouvoir régulateur par le biais de la redistribution de la propriété sociale[68] (dans le cadre des protections contre les grands risques sociaux), l'outil législatif est utilisé autour de la citoyenneté afin de stratifier la société et de créer des catégories plus ou moins légitimes à bénéficier de ces ressources devenues rares. Il y a une lutte autour de la redistribution de la propriété sociale afin d'écarter certaines catégories de la population dont l'illégitimité a été construite[69]

## 2 - 3 Les conséquences de l'isolement sur l'accès aux soins et aux droits

Si, d'un côté, l'AME constitue une amélioration substantielle au niveau des prestations en comparaison de l'ancienne AMG (ses prestations sont très proches de celle de la CMU), elle isole, de l'autre, des étrangers (en situation régulière et irrégulière) préalablement stigmatisés dans un système d'assistance médicale dévalorisé dont ils sont les seuls à bénéficier. Cet isolement administratif de l'AME permet de facilement concentrer l'attention politique et médiatique sur ce groupe pour remettre en cause leur légitimité à bénéficier de ce dispositif,

[65] Circulaire N°DSS/DACI/2007/418 du 23 novembre 2007 relative au bénéfice de la couverture maladie universelle de base (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) des ressortissants de l'Union Européenne, de l'Espace économique européen et de la Suisse résidant ou souhaitant résider en France en tant qu'inactifs, étudiants ou demandeurs d'emploi.

[66] Des rapports de force entrent ici en jeu puisque c'est suite à l'intervention de l'ambassadeur du Royaume-Uni pour plaider la cause de ses ressortissants que cette règle a été adaptée.

[67] Voir Gabarro, *op. cit.*, 2012c.

[68] Voir Castel, *op. cit.*, 2007, notamment le chapitre VI « La propriété sociale », p. 430-518.

[69] On retrouve cette lutte autour de la redistribution de la propriété sociale dans les mécanismes d'exclusion de certaines catégories (de « mauvais pauvres ») qui ont lieu dans les structures d'assistance.

tout en se félicitant régulièrement d'avoir un système de santé généreux et respectueux des droits de l'homme. C'est d'ailleurs l'usage qui en été fait depuis : les prestations ont été réduites, l'accès en a été restreint et complexifié et son existence est constamment remise en cause dans sa légitimité[70]. Les critiques des parlementaires ont souvent porté sur une « croissance incontrôlable » du nombre de bénéficiaires et des dépenses et sur les pratiques de « fraude » des usagers justifiant ainsi les restrictions qui y ont été apportées[71]. Toutes les restrictions de l'accès (condition de trois mois de résidence, preuve d'identité, droits d'entrée, limitation des revenus) ont eu pour conséquence d'exclure (au moins de manière temporaire) une partie de ces étrangers stigmatisés de toute possibilité de couverture maladie[72]. D'autres mécanismes, directs ou indirects, ont conduit à dresser des barrières à l'accès à l'AME et à produire un nombre toujours plus important de patients sans couverture maladie parmi ce groupe. Ainsi :

a) Les changements fréquents de la réglementation de l'AME ont rendu son application moins transparente et plus ardue pour les agents des caisses. D'autant plus que cette prestation concerne un nombre très restreint de personnes (rendant l'investissement dans la veille législative peu attractif ou rentable). Les agents des caisses ne sont ainsi souvent pas au courant de ces changements ou ont peur de mal faire ce qui les conduit à avoir une interprétation restrictive des textes[73] : ils demandent plus de preuves que nécessaires, préfèrent demander des pièces complémentaires et renvoyer un dossier plutôt que de le vérifier et de l'accepter[74].

b) Les réformes néo-managériales qui ont lieu dans les CPAM conduisent à une politique de renvoi des dossiers d'AME incomplets dans une logique de « gain de productivité »[75].

---

[70] La droite et l'extrême droite attaquent très régulièrement ce dispositif dans leur discours, notamment en raison de ses coûts et de son « effet incitatif » (l'AME trop généreuse attirerait des étrangers désireux de profiter des prestations gratuites de l'État social). Dernières attaques : le front national a inscrit dans son programme présidentiel en vue de 2017 la suppression de l'AME et les médias relaient fortement le débat qui en découle. Dernier en date, Florian Philippo (Front national) le dimanche 18 décembre 2016 sur France Inter, suivi d'un article dans Libération le 23 décembre pour démentir ses propos.

[71] La thématique de la fraude est régulièrement mobilisée pour critiquer les politiques de l'État social et rejeter la faute des difficultés financières sur les plus pauvres (dont l'image de l'« assistés » est emblématique). Elle permet de justifier des restrictions des prestations sociales dans une logique de « responsabilisation » des usagers, alors même qu'elles correspondent à une politique de rigueur budgétaire néolibérale. Voir à ce sujet Pierru, Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, coll. « Collection Savoir-agir de l'Association raisons d'agir », 2007, 319 p. Notamment l'introduction et le chapitre 3 (p. 109 et suiv.).

[72] C'est le constat que Médecins du Monde établi dans ses centres de soins gratuits dont la fréquentation d'étrangers en situation irrégulière augmente au moment de l'introduction de la condition de trois mois de résidence en France (qui a provoqué une baisse de 14 % du nombre d'AME délivrées). Voir Médecins du Monde, « Rapport 2004 de l'Observatoire de l'Accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde », Paris, 2005 (cité par Estelle Carde, *op. cit.*, 2009).

[73] Ces lectures restrictives sont aussi souvent imposées par la hiérarchie dans les CPAM (grâce à des notes internes) pour qui cela permet de refuser plus de dossiers dans une logique d'économie sur le court terme (dans le contexte de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie). Pour une analyse du processus ayant mené à la « nouvelle gouvernance de l'assurance maladie » et ses conséquences en termes de marchandisation et de libéralisation, voir Domin, Jean-Paul, « La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie : la consécration d'une régulation marchande ? », *Economie et Institutions*, vol. 2, n° 15, 2010a, p. 5-40.

[74] Gabarro, Céline, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, 2012b, p. 35-56.

[75] *Ibid.*

c) La spécificité organisationnelle de l'AME (système d'assistance à part) est caractérisée par un sous-effectif chronique des agents dédiés à ce dispositif. Cela a pour conséquence d'allonger les délais de traitement des dossiers (six mois en moyenne) pour cette prestation qui doit être renouvelée tous les ans[76]. Durant notre enquête de terrain, il nous a été rapporté à deux reprises que des caisses de la région parisienne avaient pris la décision de supprimer tous les dossiers d'AME en attente car les délais de traitement étaient devenus trop longs[77]. Dans le même registre, certaines caisses, dont la CPAM de Paris, ont décidé de mettre en place des guichets « spéciaux AME » qui existent en nombre insuffisant et sont débordés par les demandes. Dans certaines caisses, par exemple, il faut faire la queue dès trois heures du matin[78] si l'on souhaite rencontrer un agent de la CPAM. Ces situations engendrent des tensions et découragent de potentiels demandeurs de l'AME.

d) Des procédures différentes entre les départements amènent des incompréhensions et contribuent au flou de la procédure (d'autant que le motif du refus n'est que rarement mentionné sur les dossiers renvoyés). Un dossier d'AME peut être accepté dans un département et pas dans un autre, au gré de règles internes capricieuses qui modifient sans cesse les pièces valables pour justifier d'un des critères d'obtention.

À côté de la population des étrangers en situation irrégulière et des ressortissants européens pauvres, un autre groupe d'étrangers a été fragilisé par ces processus : les étrangers en situation administrative précaire (ce groupe se superpose à l'autre). En se focalisant sur le critère de la régularité du séjour devenu le point de séparation entre assurance et assistance (et non plus l'emploi), le système de couverture maladie pénalise les étrangers qui connaissent les situations administratives les plus précaires, ceux dont les statuts juridiques sont temporaires ou entre-deux (demandeurs d'asile, titres de séjour courts) et qui alternent donc entre régularité et irrégularité. L'alternance entre CMU et AME, en raison des délais d'attente des deux côtés dans le traitement des dossiers est un fort facteur de précarisation dans le domaine de la santé et de l'assurance santé.

Tous ces éléments retardent ou empêchent l'accès aux droits et aux soins en matière de santé de certaines catégories d'étrangers précarisés et entretiennent un climat défavorable et suspicieux dans les différents espaces du système de santé envers les étrangers, en général, et ceux en situation irrégulière plus particulièrement. Ils conduisent également à des pratiques discriminatoires dans le système de santé. Par exemple, une enquête par *testing* de Médecins

---

[76] *Ibid.*

[77] Cette technique dite de « déstockage » est évidemment illégale, elle a été dénoncée par des associations d'aide aux migrants, notamment par l'Observatoire de défense de la santé des étrangers, collectif d'associations (ODSE) qui a écrit une lettre ouverte à la Ministre de la santé qu'on peut lire sur leur site internet : http://www.odse.eu.org/Lettre-ouverte-a-Mme-Marisol (consulté le 14 décembre 2016).

[78] Gabarro, *op. cit.*, 2012b.

du Monde avait montré en 2006 les refus de soin qui existaient dans la médecine de ville à l'égard des patients bénéficiant de l'AME et de la CMU complémentaire[79].

## 2 - 4 Un système de santé stratifié

Malgré le développement d'un système de couverture maladie à vocation universelle, les quarante dernières années ont été les témoins de la construction inédite (grâce à des outils juridiques et à la stigmatisation) d'un groupe social — les étrangers — dont l'accès au système de santé a été bridé pour certaines de ses franges. La décomposition en mille feuilles des instruments de protection sociale construit une stratification fine des citoyennetés auxquelles sont associées des droits différenciés. La mise en place du Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) en est un bon exemple. Alors qu'en 2003 une preuve de trois mois de présence est installée pour accéder à l'AME excluant d'emblée une partie des étrangers en situation irrégulière de sa protection, le FSUV est mis en place afin de prodiguer « les soins urgents, dont l'absence de prise en charge mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître[80] ». Cela permet d'éviter des situations humainement insupportables et de garantir à minima un principe de « biolégitimité » (reconnaissance supérieure donnée au principe de maintien en vie)[81]. On a un éventail de droits dégressif (CMU>AME>FSUV) qui couvre différentes catégories de personnes en fonction de statuts de citoyenneté plus ou moins légitimes. C'est en partie la même logique qui explique la création des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en 1998. Ainsi, pour ceux qu'on a écartés de la CMU, puis de l'AME, de nouveaux dispositifs sont créés qui visent à leur garantir des soins minimaux et à les maintenir en vie. Cela laisse entrevoir une construction différenciée de la valeur de la vie selon les différents groupes sociaux basée sur des critères de citoyenneté (nous reviendrons plus précisément sur ce thème dans le chapitre VIII).

Cet épisode montre la construction fine de citoyennetés différenciées auxquelles sont attachées des droits sociaux eux aussi différenciés. Il en résulte une « affiliation bridée »[82] de certaines catégories d'étrangers stigmatisées socialement et désignées comme des menaces de l'État social. L'AME, relique du système assistanciel à l'intérieur du système de protection maladie, mais aussi les PASS et le FSUV, agissent comme des outils de gouvernement pour

[79] Médecins du Monde. « "Je ne m'occupe pas de ces patients", Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale d'Etat dans 10 villes de France », octobre 2006.

[80] Description du FSUV sur le site de l'Assurance maladie (www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/votre-caisse-somme/vous-informer/soins-urgents-en-etablissements-de-sante_somme.php, consulté le 13 décembre 2016)

[81] Fassin, Didier, Jacqueline Costa-Lascoux et Marie-Antoinette Hily, « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration », Revue européenne de migrations internationales, vol. 17, n° 2, 2001, p. 139-151 (p. 146).

[82] Chauvin, *op. cit.*, 2009.

cette catégorie d'étrangers précaires indésirables[83]. D'un autre côté, ces trois outils représentent un progrès social protégeant contre le risque maladie les étrangers en situation irrégulière. Ils apportent également une certaine forme de citoyenneté qui s'exprime dans le domaine de la protection maladie par la reconnaissance d'un droit à la santé[84], mais « sous-citoyenneté » confinée et contrôlée à laquelle sont attribués des droits de seconde zone. Il faut noter que la France fait figure d'exception dans ce domaine et est la seule parmi ses voisins européens à offrir une couverture maladie fonctionnelle et aussi large à ses ressortissants irréguliers. C'est le paradoxe du système de protection maladie français qui intègre et protège des franges de la population qu'il a isolées et stigmatisées en amont et qui, en même temps, exclut certaines franges à l'intérieur de cette frange. Les exclus parmi les étrangers précaires — ceux qui ne peuvent prouver trois mois de résidence, qui ne remplissent pas les conditions de revenus, de domiciliation ou de preuve d'identité, etc. — sont ceux qu'on retrouvera dans les PASS. On retrouve ici une binarité entre inclusion et exclusion. Inexorablement, le développement de l'État social sur la période récente semble produire, en contrepartie de l'inclusion de plus en plus large de la population dans le système de l'assurance maladie, une exclusion et marginalisation d'autant plus grande des marges qui en sont exclues.

La désignation, d'un côté, des étrangers comme responsables du maintien de la crise de l'emploi et la production d'illégalité dans différents domaines du droit et, de l'autre, les politiques répressives envers les étrangers ont conduit à une fragilisation de certains groupes d'étrangers précarisés dans les différents domaines de la vie, jusque dans leur corps au travers d'un refus du droit à la santé ou d'une limitation de celui-ci. Cette fragilisation doit se comprendre comme une partie d'un phénomène plus global de précarisation généralisée des groupes sociaux dominés[85]. L'isolement, l'exclusion et la protection de franges d'étrangers précarisés dans le domaine de la protection maladie montrent une évolution des instruments de gouvernement biopolitiques ; alors que jusqu'à présent les les politiques publiques de protection de la santé tendaient à protéger et prendre en charge de plus en plus de groupes de la population, elles semblent connaître un revirement et se servir d'une manière plus fine du bio-pouvoir que constitue la protection maladie afin de produire de la stratification sociale (par le biais d'inégalités

[83] Les « étrangers précaires indésirables » constituent une catégorie de situation (Bertaux, 2010), dans le sens que c'est la situation sociale elle-même qui leur est commune. Cette situation engendre pour ces individus « les mêmes contraintes, les mêmes tensions, les mêmes logiques, une pression vers des logiques d'action répondant à la situation et à ses tensions » (p. 18-19). Cette catégorie est spécifique à l'espace de la santé et s'écarte des catégories habituellement employées (sans-papier ou immigrés). Elle mélange des sans-papiers et des étrangers légaux. Ce sont tous des étrangers précaires, mais ce ne sont pas tous les étrangers précaires. La précarité et leur statut d'étranger sont les facteurs déterminants menant à leurs difficultés d'accès aux soins et à la protection maladie. Bertaux, Daniel, *Le récit de vie*, Paris, Armand Colin, (2005) 2010, 126 p.

[84] La reconnaissance de ce droit renvoie à des logiques contraires et pourtant indissociables : protection de la vie dans une logique de droit de l'homme et volonté de maintenir en bonne santé une main d'œuvre qui a été volontairement précarisée et écartée de l'État social afin de la rendre flexible et bon marché dans une logique capitaliste utilitariste.

[85] Voir l'introduction de Fassin, Didier *et al., op. cit.*, 1997.

d'accès et de discriminations aux ancrages multiples) et construire une hiérarchie de légitimité à l'intérieur du système de santé. Il y a une analogie entre la production d'illégalité dans le domaine de la citoyenneté et l'exclusion et l'isolement produit envers les mêmes groupes dans le domaine de la protection sociale. La question de l'accès aux soins dans la France contemporaine doit être comprise comme intimement liée à la question de la citoyenneté qui est devenue un instrument de domination par le maintien dans la précarité dans de nombreux domaines de l'existence de certaines catégories sociales. L'AME est un instrument d'acculturation qui a réussi à transférer les catégories des politiques migratoires dans le système de la protection maladie et de santé. Par ailleurs, le processus d'isolement institutionnel et la production légale d'exclusion de groupes marginalisés dans le système de santé se traduit par d'autres discriminations et par de l'isolement à d'autres échelles et dans d'autres lieux du système de santé. Cette relation permet de faire le lien entre des pratiques étatiques et légales, d'une part, et les pratiques des professionnels de terrain en contact direct avec les patients concernés, d'autre part. C'est à travers un processus d'intériorisation et d'application de normes et de catégories créées par l'Etat que sont produites de nouvelles discriminations et des pratiques d'isolement à une plus petite échelle[86]. Cette hypothèse sera suivie dans notre analyse du traitement des patients à la PASS dans la suite de la thèse (voir notamment la troisième partie).

## 3 L'ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ, NAISSANCE ET INSTITUTIONNALISATION

On a vu dans la première section du chapitre que le regain d'intérêt dans l'espace public pour la thématique de la nouvelle pauvreté dans les années 1980 a largement bénéficié de l'action du milieu associatif, notamment de l'association ATD-Quart Monde et de ses porte-parole, le père Wresinski ou, plus tard, Geneviève de Gaulle-Anthonioz, mais aussi du Secours Catholique ou du Mouvement Emmaüs. Le travail de lobbying auprès des pouvoirs publics et la pratique de l'*advocacy* se sont tant développés pendant cette période que ces associations sont devenues des partenaires réguliers des pouvoirs publics dans l'élaboration des politiques concernant des problèmes qu'elles ont souvent amenés dans le débat public. L'essor de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS), créée en 1947, et son rôle dans le rapprochement de l'espace associatif et

[86] Nous renvoyons à ce sujet à notre article Geeraert, Jérémy, « Healthcare Reforms and the Creation of an Ex-/Included Category of Patients – "Irregular Migrants" and the "Undesirable" in the French Healthcare System », accepté en octobre 2016 dans la revue *International migration*, *à paraître.*

humanitaire avec celui des politiques publiques[87] illustrent tout à fait ce phénomène. Un mouvement similaire s'observe dans la confrontation du domaine de la santé avec celui de la pauvreté et de la précarité ayant abouti à l'inscription à l'agenda politique de problèmes de santé publique définis par le monde associatif et humanitaire. C'est ce que nous allons voir dans cette sous-partie qui retrace la constitution d'un espace humanitaire et associatif dans le domaine de la santé en France, puis son institutionnalisation et son transfert vers des structures publiques de soins. Plusieurs éléments caractérisent la constitution de cet espace qui prennent place à différents niveaux (spécificité du public, des pratiques de soin, des modes de revendication politique). Nous les illustrons à travers l'histoire de la mise en place et du développement de plusieurs associations.

## 3 - 1 Le Comede : naissance d'un mouvement

La première association française à s'être spécialisée dans la prise en charge au niveau de la santé de populations précaires a été le Comede (Comité pour la santé des exilés). La création de l'association en 1979, puis de son centre de santé gratuit à l'hôpital universitaire Bicêtre (AP-HP) au début des années 1980, ouvrent la voie à une thématique spécifique qui lie santé, exil et pauvreté[88]. Cette association, qui a acquis aujourd'hui un rôle d'expert dans son domaine, a pour but de promouvoir la santé des exilés en France et de leur assurer une prise en charge médico-psycho-sociale dans le cas où elle est inexistante ou inadéquate. Elle se destine donc à un groupe particulier de personnes, celles qui ont fui leur pays (réfugiés, demandeurs d'asile, mineurs étrangers isolés et autres migrants/étrangers en situation précaire de séjour[89]). La naissance du Comede est le fruit de la collaboration de trois associations : la Cimade – Service œcuménique d'entraide (Comité Inter-Mouvements Auprès Des Évacués, association protestante de solidarité active avec les étrangers créée en 1939), Amnesty international et le Groupe Accueil Solidarité (GAS, association de soutien aux demandeurs d'asile et réfugiés politiques). Le GAS, encore tout jeune à l'époque, joue un rôle moteur dans cette dynamique, notamment sous l'impulsion d'Ada d'Allessandro. Cette association s'occupait d'acheter des billets d'avion pour l'Europe à des activistes politiques victimes des dictatures en Amérique latine. Elle a ensuite élargi ses activités à l'accueil (matériel et humain) de ces réfugiés, puis de réfugiés d'autres parties du monde. C'est dans le contexte de cet élargissement

[87] Argoud, Dominique, « L'Uniopss : un "ministère privé des Affaires sociales" ? », *Revue française des affaires sociales*, vol. 46, n° 3, juillet-septembre, p. 93-104.

[88] Aïdan, Philip et Arnaud Veisse, « Silence: hôpital des réfugiés », *Vacarme*, vol. 42, n° 1, 1 Février 2008, p. 66-67.

[89] Description des patients faite sur le site internet du Comede (http://www.comede.org/A-propos-du-Comede, consulté le 11 février 2015).

que le GAS commence sa collaboration avec la Cimade et dans cet élan que les bénévoles créent le Centre d'Orientation Médicale – qui devient très vite le Comede. Initialement, le centre est pensé pour les réfugiés argentins, ce n'est que par la suite qu'il s'ouvre à toutes les nationalités et va ouvrir la voie à la construction d'un espace de soin pour les étrangers exclus du système de santé[90].

À la suite du Comede, deux associations spécialisées à l'origine dans le soutien humanitaire dans le domaine de la santé à l'international ont ouvert des centres de soins gratuits en France. L'association Médecins du Monde inaugure la « Mission France » pendant l'hiver 1986 en ouvrant son premier Centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) à Paris qui sera suivi par bien d'autres. Cette initiative a précédé de près l'ouverture en 1987 d'un centre médico-social par Médecins Sans Frontières. Ces deux associations, qui jusque-là consacraient la totalité de leur activité à l'international dans les zones sinistrées, en guerre ou sous-développées, élargissent leur activité à la France. Cette évolution de leurs activités est une réponse aux difficultés croissantes d'accès aux soins d'une partie de la population et est le résultat de l'attention grandissante qui est portée aux inégalités sociales et à la grande pauvreté en France. Ces associations ouvrent la voie à la constitution dans le champ associatif français d'un espace dédié à la prise en charge des personnes exclues des soins.

## 3 - 2 Médecins du Monde : la stratégie de l'advocacy

L'association Médecins du Monde est fondée en mars 1980 par une quinzaine de responsables qui quittent Médecins Sans Frontières à la suite d'un conflit interne à propos de la mission « Un bateau pour le Viêt-Nam » en 1979. Cette jeune association, marquée de son expérience chez Médecins Sans Frontières, cherche à se définir dans le paysage de la médecine humanitaire. Menée par le médecin et militant socialiste à l'époque Bernard Kouchner, les rangs de l'association sont constitués de médecins et infirmières hospitaliers post-soixante-huitards de l'AP-HP et de personnalités politiques et intellectuelles. L'action humanitaire s'y veut volontairement médiatisée afin d'attirer l'attention sur des conflits et des situations jugés dramatiques. Pour ce faire, des personnalités usent de leur notoriété. C'est ainsi qu'André Glucksmann, Simone Signoret et Michel Foucault accompagnent, par exemple, les voyages de Médecins du Monde en Pologne au moment de l'état de siège (1981-1983) et leur assurent une large couverture médiatique. L'action de Médecins du Monde s'est ainsi spécialisée dans un

[90] Baboulaz, Jean-Claude, « Au commencement était un frigidaire », *Maux d'exil*, n° 19, Février 2007, p. 5-6.

mélange d'action humanitaire et de plaidoyer politico-médiatique, ils ouvrent des missions humanitaires (s'inscrivant dans les registres du secours et de l'urgence) qui leur donnent une légitimité pour dénoncer des situations de misère ou d'injustice[91]. C'est dans cette dynamique mêlant secours et plaidoyer que leur activité s'est prolongée sur le territoire national au moment où la nouvelle pauvreté gagne en visibilité et que l'absence des sécurités (dont celle de la santé) sont dénoncées. À l'initiative du Pr Alain Deloche, alors président de Médecins du Monde, l'association ouvre en 1986 la « Mission France » — dont le nom fait écho à celui des autres « missions » dans les pays en guerre ou du tiers-monde — et son premier Centre d'accueil de soin et d'orientation (CASO) dans un petit appartement de la rue de la Clef à Paris. Cela est d'abord un acte symbolique et médiatique. La « mission France » est d'ailleurs annoncée pour une période de trois mois en attendant une réponse adéquate des pouvoirs publics à la situation que l'association dénonce.

> « L'équipe d'Hervé Chabalier[92], avec qui nous collaborions depuis des années dans de nombreux points du globe, contribua à "faire savoir". Pour la première fois, une caméra cachée suivrait des malades sans ressources ni papiers et chacun pourrait voir comment ceux-ci étaient refoulés à la porte des hôpitaux, avant tout examen, sans qu'aucun diagnostic ait été établi »[93].

Profitant de l'expérience acquise et des contacts noués dans leur activité humanitaire internationale, l'association contribue activement à inscrire le thème de l'accès aux soins et aux droits en matière de santé dans le débat public en dénonçant notamment les effets de la nouvelle pauvreté dans le domaine de la santé. Cette initiative de Médecins du Monde rejoint et complète, dans le domaine de la santé, celles qui avaient été mises en place depuis quelques années déjà par d'autres associations comme ATD-Quart Monde ou les Restos du Cœur (fondée en 1985). C'est ce dont témoigne Jacques Lebas, futur président de Médecins du Monde, qui avait participé à la création du premier CASO :

> « Ces dispensaires furent l'occasion de découvrir la misère masquée, la réalité qui se cache derrière ce qu'il est convenu d'appeler les "nouveaux pauvres". [...] Chômage, drogue, banlieues, analphabétisme, sans domicile fixe, quelles que soient les raisons de leur précarité sociale, ceux qui étaient touchés se retrouvaient interdits de soins »[94].

---

[91] On retrouve ici la pratique de l'*advocacy* utilisée par l'association ATD-Quart Monde (voir la définition du terme dans la première sous-partie de ce chapitre). Cette pratique semble être typique des associations de secours qui prennent en charge la misère et la détresse humaine, mais ne souhaitent pas pour autant légitimer l'ordre social les produisant. L'*advocacy* permet de dépasser ce dilemme des de l'activité humanitaire ou de secours qui se présente comme transitoire, revendiquant la prise en charge des situations qu'elles dénoncent par les pouvoirs publics. Dans les faits, de nombreuses activités de secours développées à cette période-là vont s'institutionnalisées. Souvent l'État va en financer partiellement l'activité et en laisser la gestion aux associations. Ces activités sont alors reconnues « d'intérêt public ».

[92] Hervé Chabalier, journaliste télé engagé et influant, faisait partie de la même génération post-soixante-huitarde que ses amis de Médecins du Monde.

[93] Lebas, *op. cit.*, 1993, p. 158-159.

[94] Lebas, Jacques, *À la vie, à la mort. Médecin par temps d'épidémies*, Éditions du Seuil., Paris, 1993 (p. 157-158).

L'association propose donc une action d'urgence qui pallie les défaillances du système de santé à prendre en charge certains groupes de la population, tout en réclamant une action des pouvoirs publics pour résoudre ses insuffisances.

### 3 - 2 - 1 Du provisoire au durable : développement d'une pratique du soin de la précarité

Médecins du Monde décide assez rapidement de poursuivre son action sur le territoire français et même d'en faire une de ses activités principales. L'appartement exigu de la rue de la Clef est abandonné pour un local plus grand situé au 1 rue du Jura à proximité de l'hôpital de la Pitié-Salpétrière. « Clochards en guenilles, zonards et vagabonds, étrangers perdus »[95] s'y retrouvent pour y rencontrer le médecin et bénéficier gratuitement de soins et de médicaments ou afin d'y régler des problèmes de papiers avec l'assistante sociale.

Le modèle de fonctionnement de ce centre d'accueil, de soins et d'orientation a inspiré celui de tous les autres CASO et celui des premières consultations « précarité » hospitalières dans les années 1990, puis certaines des PASS à l'approche des années 2000. Un accueil réalisé par des bénévoles permet de constituer un dossier social long de quatre pages et de rassembler de nombreuses informations sur les patients (sexe, âge, nationalité, lieu d'habitation, niveau d'étude, situation familiale, de logement, professionnelle, couverture sociale, situation administrative, etc.), d'orienter le patient, de l'informer sur les structures existantes (pour le logement, la nourriture, les vêtements), sur ses droits, mais aussi de discuter et d'écouter. Après l'accueil social, le patient est dirigé vers le médecin. En 1991, près de 80 médecins bénévoles se relayent dans les quatre cabinets médicaux du centre pour y faire des consultations médico-sociales au cours desquelles la situation sociale du patient est également passée en revue. La pharmacie, où sont stockées les boîtes de médicaments, est gérée par sept pharmaciens bénévoles.

Parallèlement, dès septembre 1987, Médecins du Monde développe son activité en France dans la lutte contre le sida et dans la promotion de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues en ouvrant sa mission « Sida-Toxico », terrain sur lequel elle est pionnière à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Elle ouvre dans son local de la rue du Jura à Paris un « centre de dépistage volontaire, anonyme et gratuit », le premier en France. À l'occasion de l'amnistie présidentielle de 1988, l'association ouvre une consultation pour les sortants de prison au cours de laquelle elle fait le constat du lien existant entre toxicomanie et séropositivité (50 % des sortants de prison qui avaient été incarcérés pour

[95] Médecins du Monde, « Un voyage chez les exclus. Rapport de la Mission France », 1991, p. 60.

des délits liés à la drogue étaient séropositifs). Ces consultations se poursuivent de façon plus pérenne à partir de 1989 dans les locaux de la rue du Jura par l'inauguration d'un centre « Sida-Toxico ». En novembre de la même année, la Direction Générale de la Santé Mission Sida reconnait l'utilité du centre et le dote d'un financement d'un million de francs par an. Le centre du Jura peut ainsi se développer et, en décembre 1989, inaugurer un programme (illégal) d'échanges de seringues, également le premier dans le genre[96]. À partir de février 1990, un bus mobile — « un gros camion de la médecine du travail frappé du logo de Médecins du Monde »[97] — et son équipe pluridisciplinaire, comprenant médecin, infirmière et assistant social, s'implantent quelques demi-journées par semaine dans les quartiers parisiens où le commerce illégal de drogues ont lieu et y échangent des seringues et fournissent des tampons stériles et des préservatifs. Ils consacrent ainsi la réapparition de la pratique de « l'aller vers » qui s'est développée et généralisée dans le domaine de la prévention de la toxicomanie par la suite[98]. Ces pratiques, nouvelles en France (politique de réduction des risques, travail en collaboration avec les usagers, « aller vers », etc.), sont importées par Patrick Aeberhard, alors président de Médecins du Monde (1987-1989), et Ernie Drucker, professeur de santé publique, lors de leurs séjours à New York qu'ils ont l'occasion de faire avec Médecins du Monde. Cette circulation géographique souligne le rôle de l'expérience internationale de l'association qui lui a permis de s'inspirer de pratiques développées à l'étranger. Médecins du Monde fait partie des premiers en France à faire le lien entre toxicomanie et VIH, alors que les usagers de drogues constituaient un groupe particulièrement touché par l'épidémie (20 % des séropositifs sont des usagers de drogues en 1990)[99]. Dès les premières évaluations, le constat émerge que les usagers de drogues rencontrés par Médecins du Monde ne sont ni assurés socialement, ni

[96] Médecins du Monde, « Dossier de presse. Journée mondiale de lutte contre le sida », 2008. Les programmes d'échanges de seringues ont été appuyés et étendus par la Direction Générale de la Santé (DGS) peu de temps après par la création de deux programmes expérimentaux d'échanges de seringues en Seine-Saint-Denis et à Marseille (Morel, Alain, Pierre Chappard et Jean-Pierre Couteron, *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie: en 22 fiches*, Dunod, 2012, 358 p., p. 21, 2012 et Marchant, Alexandre, « La difficile greffe de l'Outreach en France », *SWAPS, Santé, réduction des risques et usages de drogues*, n° 71, Février 2013, p. 9-12., p. 11).

[97] Médecins du Monde, *op. cit*., 1991, p. 22.

[98] « L'aller-vers » est une pratique importée des États-Unis. L'*outreach* américain vise « à fournir des services sociaux et médicaux à des populations échappant à l'offre de soin existante » et à « recruter, dans les équipes d'intervention, des usagers, anciens ou actifs (souvent substitués), en raison de leur connaissance des produits, des pratiques de consommation et des lieux d'approvisionnement. » (Marchant, *op. cit*., 2013, p. 9). Il est né à Chicago en 1969 à l'initiative du Dr Patrick Hughes qui souhaitait améliorer l'offre de soin de son centre en matière de substitution à la méthadone en associant notamment des usagers de drogues (Marchant, *op. cit*., 2013). Une politique de « l'aller vers » avait déjà été mise en place dans l'espace de la prévention de la toxicomanie au début des années 1970 en France, notamment au sein de l'association de la *Free Clinic* de l'Abbaye de Saint-Germains inaugurée en 1969, dont les bénévoles allaient à la rencontre des usagers de drogues du quartier Saint-Michel. Le modèle de la *Free clinic* a été importé de la ville de San Francisco et de sa célèbre *Free Clinic* de Haight-Ashbury (Kempfer, Jimmy, « L'abbaye des anges déchus de la planète Saint-Michel », *SWAPS, Santé, réduction des risques et usages de drogues*, n° 60, Mars 2010, p. 6-8). La pratique de « l'aller vers » développée par les membres de l'association de l'Abbaye n'a cependant pas servi de modèle et n'est réapparu qu'à la fin des années 1980 avec les initiatives de Médecins du Monde pour se généraliser dans les années 1990.

[99] Morel *et al*., *op. cit*., 2012, p. 21.

intégrés dans le système de santé de droit commun. Ils sont décrits dans le premier rapport du programme d'échanges de seringues comme « les exclus des exclus »[100].

L'implication de Médecins du Monde dans la prise en charge du sida et de la toxicomanie souligne le lien entre cette activité et celle de la prise en charge de la précarité par une médecine d'urgence. Les effets de la conjoncture sont déterminants : c'est la cohabitation entre l'épidémie de sida, la toxicomanie, le regain d'intérêt pour les situations de pauvreté et d'exclusion sociale et l'essor des associations de secours qui permet d'expliquer la forme que prend ce nouvel espace de soin en cours de construction, mais également ses conditions d'existence. La combinaison de ces deux objets, le sida et la précarité, fortement investis par la société civile et par les pouvoirs publics, va donner l'élan nécessaire (en termes de moyens humains et financiers, mais aussi susciter l'intérêt des pouvoirs publics) afin de constituer un nouvel espace de soin relativement autonome et qui construit une expertise dans un nouveau domaine.

Le prolongement de l'activité de secours vers celle de la prise en charge du sida contribue à complexifier l'espace du soin de la précarité en le faisant entrer sur un terrain où les pratiques sont en grande partie à inventer et à développer. Au travers de ses activités, Médecins du Monde travaille à construire et à délimiter un objet propre à cet espace du soin de la précarité. Forte de ses dix années d'expérience, l'association a, dès le début de son arrivée en France, documenté et chiffré son activité et a produit des documents et des rapports d'activité qui ont permis de faire un état des lieux quasi-scientifique de la situation dès le début des années 1990. Les témoignages sont aussi utilisés dans ces rapports largement diffusés. Ils permettent de dénoncer moralement la situation en utilisant l'émotion et l'empathie des lecteurs dans une logique de plaidoyer public. S'inspirant de la sociologie, ces témoignages apportent également une méthode qualitative d'analyse compréhensive des trajectoires de vie menant à la pauvreté et apportent des outils de compréhension des interactions entre les problèmes de santé et les conditions de vie. Ces éléments sont décisifs dans la constitution d'un savoir spécifique aux soins de la précarité. Dans le rapport de la mission France de 1991 par exemple, intitulé « Voyage chez les exclus », les auteurs y ont intégré les deux méthodes ; au cours des 83 pages et des différents chapitres, ils y ont dépeint, dans un style à la fois misérabiliste et naturaliste, les histoires et les misères d'une cité de banlieue parisienne ravagée par les trafics de drogue, le rôle des parents démissionnaires ou abusifs, la solitudes destructrice. Dans une seconde partie, ils font des portraits de « toxicos » qu'ils ont rencontrés avec le bus mobile, de sans-abris et de sans-papiers rencontrés rue du Jura à la consultation de la « Mission France »[101].

---

[100] Médecins du Monde, « Sida, toxicomanie, les exclus des exclus », 1990.

[101] Médecins du Monde, *op. cit.*, 1991.

C'est aussi par le biais de campagnes d'appel au don à grands renforts médiatiques que l'association attire l'attention sur les problèmes de l'accès aux soins en France et légitime une activité spécifiquement dirigée vers ces groupes en situation de précarité. Au travers de ces différentes activités, Médecins du Monde contribue ainsi grandement à mettre en lumière les problèmes de santé des populations les plus marginalisées et exclues en France et à les inscrire à l'agenda des politiques de santé publique en France. Le contexte de propagation rapide de l'épidémie de sida, particulièrement important parmi certains groupes de populations en situation de précarité (toxicomanes, prostitués, populations immigrés), davantage que des considérations en termes de droits de seconde génération, concourt à la reconnaissance et à la prise en charge de ces situations par les pouvoirs publics. Il faut dire que les chiffres annoncés sont alarmants : 48 % des personnes rencontrées[102] par Médecins du Monde dans le cadre de la mission « Sida-Toxico » entre novembre 1989 et juillet 1991 étaient séropositives et seulement 18 % d'entre elles étaient suivies. Le profil social laisse entendre assez clairement les défauts des filets de la Sécurité sociale au travers desquels passaient les patients : sans domicile fixe, sans travail, sans sécurité sociale. En 1991, 70 % des patients de la Mission France n'avaient aucune ressource, seuls 16 % bénéficiaient d'un domicile fixe, etc. En tout, plus de 20 000 personnes se sont rendues au CASO de la rue du Jura entre 1986 et 1991, plus de 4 000 par an, deux-tiers d'entre elles étaient des hommes pour un âge moyen de 33 ans. La moitié était des étrangers et, parmi eux, 22 % étaient en situation irrégulière. La part de cette population a augmenté entre la période 1986-1987 (12 %) et la période 1990-1991 (16 %), laissant déjà apparaître une tendance qui s'accentuera avec le temps. Il est intéressant de remarquer que 11 % de la population totale entre 1989 et 1991 touchait des indemnités (Assedic, RMI, pensions, etc.) soulignant qu'à côté des étrangers en situation irrégulière et des personnes très marginalisées (SDF, toxicomanes, etc.), il existait également un groupe de personnes qui bénéficiait des filets de sécurité de l'État social, mais n'avait tout de même pas accès aux soins. Ils étaient même 32 % parmi les patients à détenir une couverture sociale, le document ne précise cependant pas les raisons de leur non-accès aux soins, à part pour 10 % d'entre eux qui avaient un emploi et qui étaient pourtant dans l'incapacité financière de faire l'avance des frais (le reste à charge). Parmi ceux qui n'ont pas de couverture maladie, le rapport évoque deux principales raisons : l'ignorance des droits et l'absence de papiers d'identité (parce qu'ils ont été volés ou perdus) qui empêche d'obtenir une carte de sécurité sociale ; enfin l'absence de recours à aucune protection maladie (aide médicale y compris) est mentionnée chez les « étrangers établis en France depuis moins de trois ans et des Français dont la famille

[102] Ces chiffres proviennent du rapport « Un voyage chez les exclus », il porte sur les « centaines » de consultations effectuées par l'équipe de la mission « Sida-Toxico » (Médecins du Monde, *op. cit.*, 1991). Les statistiques qui suivent proviennent du même document, voir les annexes à partir de la p. 75.

ne souhaite pas être impliquée dans une procédure d'obligation alimentaire qui pourrait être faite à l'issue d'une demande d'Aide Médicale Gratuite ».

Aujourd'hui, la mission France de Médecins du Monde est celle qui a la plus été développée par l'association, elle agit dans 32 villes au travers de 20 CASO, 35 actions mobiles de proximité (dans une logique de « l'aller-vers »), 12 programmes de réduction des risques et un centre de soins pédiatriques qui sont répartis sur l'ensemble du territoire. Dans ce cadre, 29 960 personnes ont été reçues dans les CASO en 2013 pour 40 547 consultations médicales, 3 685 consultations dentaires et 14 547 consultations sociales[103]. Outre ses actions directes envers les personnes en situation de précarité, l'association a consacré une forte part de son activité à la recherche et la communication afin d'alerter les pouvoirs publics, les médias et l'opinion publique. C'est notamment au travers de ses rapports d'activité qu'elle souligne les difficultés d'accès aux soins des patients qu'elle reçoit. L'association a renforcé cette activité avec l'inauguration de l'Observatoire de l'accès aux soins en 2000, intégré au sein de la Direction des Missions France, qui rassemble les données des différents CASO et actions mobiles de proximité et initie ses propres enquêtes (notamment épidémiologiques). Sur toute cette période (1986 - 2014), Médecins du Monde est l'association la plus présente dans le domaine de l'accès aux soins en France, tout du moins par son volume d'activité (sur le terrain et dans la production de données).

L'histoire de Médecins du Monde représente celle de la création d'un espace de soin spécialisé dans la prise en charge de la précarité qui se construit comme un problème de santé publique. Cet espace se crée au croisement entre la crise sanitaire liée à l'épidémie de sida et la montée en puissance des problématiques liées à la pauvreté dans le débat politique. L'association importe et développe des outils et des méthodes qui seront ceux des PASS par la suite. Elle est très active sur la scène médiatique grâce à la pratique de l'*advocacy.* La section suivante, illustrée par l'histoire de deux autres associations, s'attache à montrer les liens existants entre l'espace associatif et humanitaire du soin de la précarité et les pouvoirs publics.

[103] Médecins du Monde, « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France », Rapport 2013, 2014.

## 3 - 3 Médecins Sans Frontières et RE.ME.DE. : la stratégie du lobbying

Médecins Sans Frontières de son côté adopte une autre stratégie dans sa lutte pour l'accès aux soins des populations démunies qui correspond à la ligne d'action qu'elle a choisi après la scission avec Médecins du Monde[104]. L'association réalise un fort travail de lobbying auprès des pouvoirs publics dès le début des années 1990[105] et, en revanche, investit moins le terrain médiatique. La prudence de l'association à s'investir sur ce terrain s'explique en partie en raison de son histoire commune avec Médecins du Monde ; la scission de 1979-1980 n'est pas encore très éloignée et il apparaît délicat pour Médecins Sans Frontières de s'impliquer dans un espace où sa petite sœur vient de s'installer. Outre ces conflits internes autour de l'occupation et de la répartition de l'espace de la médecine humanitaire en France, les débats au sein de Médecins Sans Frontières portent sur la légitimité de l'association à faire un travail humanitaire dans un pays développé qui a un système de santé moderne et efficient. Elle hésite à se résoudre à se substituer aux pouvoirs publics. Ses dirigeants ont donc d'abord commencé par mettre en place une mission exploratoire afin de connaître la réalité des problèmes d'accès aux soins. Après avoir rencontré et échangé avec deux associations actives dans ce domaine, Comede et Relais Médical aux Délaissés (RE.ME.DE), l'association constate qu'il y a effectivement des problèmes d'accès aux soins pour une partie importante de la population, dont les étrangers en situation régulière et irrégulière, les non-travailleurs et les inactifs. Médecins Sans Frontières finit par se décider à ouvrir un centre de soins gratuits dans le but d'objectiver les problèmes et de les dénoncer. Ici, encore plus que chez Médecins du Monde, l'objectif est moins d'apporter une réelle offre de soins à ceux qui n'y ont pas accès que d'influer sur le niveau institutionnel pour remédier aux problèmes dénoncés. Ce premier centre médico-social ouvre donc en 1987 à Saint-Denis en Seine-Saint-Denis (93), lieu choisi afin de ne pas empiéter sur le terrain de Médecins du Monde qui, elle, s'était installée à Paris. À la fin des années 1980 et au début des années 1990, Médecins Sans Frontières élargit son activité en France et ouvre des Centres médico-sociaux à Marseille, Lyon et Lille.

À côté de ces trois centres de soins gratuits ouverts dans la décennie 1980, une autre association, RE.ME.DE, de taille plus modeste, se distingue par le rôle qu'elle a joué dans

---

[104] À ce propos nous renvoyons à l'ouvrage d'Elsa Rambaud qui retrace de manière très complète l'histoire de l'organisation et les stratégies qu'elle adopte. Rambaud, Elsa, *Médecins Sans Frontières: sociologie d'une institution critique*, Paris, Dalloz, 2015, 866 p. Pour un aperçu des stratégies concernant la critique et la recherche à l'intérieur de l'association, on peut se reporter à son article paru dans la revue française de science politique. Rambaud, Elsa, « L'organisation sociale de la critique à Médecins Sans Frontières », *Revue française de science politique*, Vol. 59, n° 4, 7 Septembre 2009, p. 723-756.

[105] Les informations collectées sur la mission France de Médecins Sans Frontières proviennent d'un entretien réalisé par Caroline Izambert, qu'elle m'a autorisé à utiliser dans le cadre de ma thèse, avec une membre active de l'association qui a été impliquée dans la création des premiers Centre Médico-Sociaux de l'association.

l'émergence de la thématique de l'accès aux soins des plus démunis. Elle commence son activité dans les locaux de la toute nouvelle « Maison des chômeurs » en 1984 (deux ans avant le premier CASO de Médecins du Monde) et est, à cet égard, pionnière[106]. Des médecins et des infirmières engagés, sensibles à la question de la « nouvelle pauvreté » thématisée par l'association ATD-Quart Monde, y installent des consultations pour des personnes pauvres, des chômeurs en fin de droits, qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins et aux droits en matière de santé. Ils rencontrent quelques mois plus tard l'équipe ministérielle de Georgina Dufoix, alors Ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale sous le gouvernement de Laurent Fabius, pour lui présenter les premiers rapports et constats qu'ils établissent. Les membres du cabinet ministériel, après avoir reconnu une absence d'accès aux soins chez certains groupes de la population (chômeurs en fin de droit, SDF, etc.), incitent ces médecins et infirmières à se constituer en association (ce qu'ils ont fait au début de l'année 1985), leur procurent des locaux indépendants dans un ancien dispensaire de la Croix-Rouge dans le 11e arrondissement de Paris et financent leurs frais de fonctionnement pendant toute la vie de l'association (jusqu'en 2003). L'association obtient également un ancien camion de la médecine du travail (comme Médecins du Monde quelques années plus tard) avec lequel elle fait une tournée hebdomadaire auprès des sans-abri. Les médecins bénévoles de la « Maison des chômeurs » sont rejoints à ce moment-là par d'autres médecins bénévoles qui faisaient des consultations dans un centre d'hébergement d'urgence d'Emmaüs. En tout, ils sont une dizaine de médecins, sans compter les infirmières. À leurs côtés, des assistantes sociales de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Île-de-France (CRAMIF) sont détachées à certains moments et accompagnent les patients dans leurs démarches administratives. Cette collaboration avec la CRAMIF apporte un soutien logistique à la réalisation des rapports visant à mobiliser les pouvoirs publics[107]. Cette forte collaboration entre les pouvoirs publics et RE.ME.DE. illustre le rôle déterminant que jouent les interactions entre ces deux acteurs dans la définition des problèmes de santé publique rendant possible la constitution de l'espace du soin de la précarité.

Dès 1987, Médecins Sans Frontières, RE.ME.DE. et C.A.S.A. (Centre d'accueil, de soin et d'aide, une autre association qui prend en charge les plus démunis) s'associent au Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé, (CREDES, qui s'est transformé en 2004 en Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, IRDES) et à la CRAMIF afin de réaliser des études épidémiologiques à partir de l'activité de

[106] RE.ME.DE est le premier à se spécialiser dans l'accès aux soins des exclus (1984), alors que le Comede se spécialise le premier dans le soin des exilés.

[107] Les informations sur RE.ME.DE ont été rassemblées grâce à un entretien réalisé par Caroline Izambert avec un des fondateurs de l'association et aux rapport du CREDES : CREDES, « Recours aux soins et morbidité des défavorisés: l'expérience de 5 centres associatifs de soins gratuits, Paris », 1990 ; CREDES, Pascale Dupas, Andrée Jacob et Andrée Lecomte, « Evolution du recrutement des centres de soins gratuits de trois associations (CASA-REMEDE-MSF) », Paris, CREDES, 1991.

leur centre de soins gratuits et de faire connaître ainsi les difficultés d'accès aux soins et aux droits des patients qu'ils rencontrent. Les premiers résultats sont publiés par le CREDES en 1990[108]. Les constats rejoignent ceux qui ont émergé des premiers rapports du CASO de Médecins du Monde : de nombreuses personnes n'ont pas accès aux soins et cela en raison de problèmes d'accès aux droits et/ou d'une incapacité de faire l'avance des frais et de couvrir le reste à charge. À cette époque, la complexité du système de protection maladie (assistance et assurance confondues) est la principale cible des critiques. Les rapports préconisent une simplification de l'accès à l'AMG et à l'assurance personnelle. On peut noter cependant que les rapports du CREDES évoquent la situation des étrangers en situation irrégulière comme étant inquiétante, mais surtout en raison de pratiques illégales dans les services administratifs. Si ce groupe est fortement présent dans les centres de soins gratuits, il semble que ce soit aussi en raison des difficultés qu'ils ont à faire reconnaître leurs droits.

Ce groupe de travail acquiert au travers de ces publications davantage de visibilité et est sollicité par l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS) pour créer un nouveau groupe de travail sur la précarité ; à partir de ce moment, leur activité commune s'oriente vers des actions de lobbying auprès des pouvoirs publics. Ce groupe de travail, rebaptisé « Groupe Spaghetti » en raison du plat dégusté lors de leur première réunion, était composé de la coordinatrice du Centre médico-social de Médecins Sans Frontières, d'une représentante du Comede, un médecin généraliste de la ville de Saint-Denis engagé dans la prise en charge de toxicomanes, un représentant de RE.ME.DE et une médecin qui travaillait au Conseil Général de Seine-Saint-Denis. Ensemble, ils écrivent une tribune dans *Le Monde* en avril 1991 intitulée « Le droit à la santé »[109] dans laquelle ils présentèrent une série de propositions au législateur se basant sur les constats des difficultés rencontrées par leurs patients. Le « Groupe Spaghetti » est sollicité peu de temps après, à la fin de l'année 1991, pour participer à l'élaboration de la réforme de l'Aide médicale gratuite avec Jean-Michel Belorgey, alors rapporteur chargé de ce dossier[110]. Cette collaboration aboutit à la réforme de l'Aide médicale gratuite en 1992. La participation du « Groupe Spaghetti » à l'élaboration de la loi du 29 juillet 1992 qui porte adaptation de la loi relative au revenu minimum d'insertion (RMI) et à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle[111] marque un premier temps fort de la collaboration entre le monde humanitaire médical et le monde politique sur le thème de l'accès aux soins en France.

---

[108] CREDES, « Recours aux soins et morbidité des défavorisés: l'expérience de 5 centres associatifs de soins gratuits, Paris », 1990.

[109] Médecins Sans Frontières, « Le droit à la santé », *Le Monde*, 10 avril 1991.

[110] Binet Laurence, « CMU: chronique d'un combat contre une privatisation annoncée », *Messages Journal interne des Médecins Sans Frontières*, n° 103, Avril-mai 1999, p. 2.

[111] Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle.

## 3 - 4 Des « consultations précarité » aux Permanences d'accès aux soins de santé

Parallèlement à l'activité consistant à améliorer l'accès aux droits dans l'objectif d'intégrer les personnes démunies au système de santé, se développe dans l'espace du soin de la précarité une autre activité, de soin celle-ci, directement auprès des patients. D'un côté, les centres de santé de Médecins Sans Frontières et de RE.ME.DE., conçus dès le départ comme transitoires, ferment peu à peu alors que les barrières à l'accès aux droits en matières de santé se résorbent (réforme de l'AMG, puis création de la CMU et de l'AME). D'un autre côté, sur la même période, Médecins du Monde choisit de poursuivre son activité en France[112]. L'espace du soin de la précarité porté par Médecins du Monde, mais aussi par le Comede, tend à s'installer durablement dans le paysage du système de santé français. Il remplit une fonction de soins de premier recours et de soins spécialisés auprès de ceux que le reste du système de santé exclut ou n'arrive pas à intégrer, que ce soit en raison de difficultés à obtenir des droits sociaux en matière de couverture maladie ou en raison de problématiques médico-sociales nécessitant une prise en charge adaptée qui n'existe pas dans le système de santé classique (cas de la prise en charge des séropositifs toxicomanes, des sans-abri ou celle médico-psychologique des réfugiés). L'insertion de ces patients dans le système de soin public constitue tout de même l'objectif principal. Mais celui-ci ne peut être atteint par le seul accès à la couverture maladie, il nécessite une extension de celui-ci afin de proposer des soins adaptés aux problématiques de santé de ces populations. En cela, il tend vers une spécialisation et une médicalisation de la prise en charge de la précarité. Cette dernière rassemble une communauté de professionnels engagés dans le domaine de la question sociale en santé et développe une conception et des pratiques du soin qui lui sont propres.

Ces deux tendances — correspondant à deux logiques différentes (l'une d'accès aux droits et l'autre d'accès aux soins) —, présentées ici de manière séparée, coexistent dans l'espace du soin de la précarité. Elles vont cependant constituer un point de conflit à l'intérieur de l'espace de la médecine de la précarité entre une fraction œuvrant à la constitution et au développement d'un espace du soin de la précarité spécialisé et une autre appelant à une version minimaliste de cet espace compris comme une transition visant l'insertion dans le système de santé (visée égalitariste). Cette ligne de fraction présente dès le début des années 1990 va se poursuivre jusqu'à aujourd'hui et structurer les conflits au sein de cet espace (voir chapitre VI). Alors qu'on aurait pu penser que la fraction promouvant l'accès aux droits perdrait en

[112] Le discours officiel de l'association affirme que ses CASO ne sont pensés que de manière transitoire et qu'ils ne sont pas destinés à pallier les manques du système de santé public sur le long terme. Dans les fait, comme on l'a vu, l'activité de l'association sur le territoire français n'a pas cessé de croître jusqu'à aujourd'hui.

vitesse comme nous le laissons entendre plus haut, ce n'est pas le cas. Par contre, elle s'est transformée avec le processus d'inclusion de l'ensemble des personnes en situation régulière et celui d'isolement et d'exclusion de certaines catégories d'étrangers précaires. Depuis la loi sur la CMU, l'activité d'accès aux droits en matière de santé de l'espace du soin de la précarité concerne exclusivement les étrangers précaires. Elle a d'ailleurs intégré dans ses rangs des associations de défense des droits des étrangers comme nous le verrons dans la prochaine sous-partie.

La spécialisation de l'espace du soin de la précarité va connaître un développement institutionnel, notamment à l'intérieur de l'espace hospitalier. Cette dynamique est celle préconisée par le rapport Revol-Strohl de 1987 sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité qui recommandait des mesures d'urgence et une aide concrète en termes d'accès aux soins. La création du Samu social de Paris par un ancien de Médecins Sans Frontières en 1993 incarne ce glissement vers une institutionnalisation des soins de secours. Ce Groupement d'Intérêt Public (GPI), institution parapublique, a commencé par mettre en place des équipes mobiles qui se déplacent auprès des sans-abri, puis a développé son activité et gère aujourd'hui l'assistance téléphonique pour l'hébergement d'urgence (115), des centres d'hébergement d'urgence, des centres d'accueil de jour, un observatoire de la pauvreté, etc[113].

### 3 - 4 - 1 Origine de la circulaire de 1993 et mise en place des « consultations précarité »

À l'intérieur de l'espace hospitalier, l'institutionnalisation du soin de la précarité prend son élan grâce à deux circulaires circulaires de 1993 et 1995, dites « circulaires Veil »[114]. La circulaire de 1995 consolide la morphologie d'un espace du soin de la précarité en nommant les acteurs et les institutions qui agissent autour des deux axes mentionnés (accès aux droits et accès aux soins). Elle énonce les outils d'action (les réseaux de santé de proximité, les cellules hospitalières pour les démunis, l'hébergement d'urgence, etc.) et les différents acteurs qui peuvent les mettre en place (hôpital, centres de santé, DDASS et les DRASS, PMI, Centre d'hébergement et de réadaptation sociale [CHRS], institutions ayant en charge l'ouverture des droits sociaux, santé scolaire, etc.).

---

[113] Ce mouvement s'inscrit dans un phénomène plus large d'institutionnalisation des activités de lutte contre la pauvreté, largement inscrites dans le paysage associatif et humanitaire jusque la fin des années 1980. Voir Viguier, Frédéric, *op. cit.*, 2013. Cette analyse peut être élargie aux activités de soins portées par des acteurs de la société civile et reconnues dans un second temps par les pouvoirs publics comme relevant de la santé publique. C'est le cas des pratiques de soins développées autour de la prise en charge du sida (voir chapitre I). L'espace de la médecine de la précarité se situe au croisement des politiques de lutte contre la pauvreté et de santé publique.

[114] Circulaire DH/AF 1/DAS/RV 3 n° 33-93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies ; Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

En s'appuyant sur la notion de service public hospitalier (voir chapitre I) qui garantit l'égal accès de tous aux soins, la circulaire de 1993 rappelle quant à elle l'obligation de soins des établissements publics de santé (même en l'absence de couverture maladie du patient)[115]. Elle invite également à créer des « cellules d'accueil spécialisées » (appelées « consultations précarité ») qui se destinent aux plus démunis, pour cela le ministère met à disposition des moyens financiers. Celles-ci visent à aider ces personnes à faire valoir leurs droits en matière de santé et à leur proposer des soins et des médicaments gratuits. Ce sont les ancêtres directes des Permanences d'accès aux soins qui voient le jour cinq ans plus tard avec le vote de la loi de lutte contre les exclusions. L'inscription du projet des « consultations précarité » à la circulaire doit beaucoup à l'action du Dr Antoine Violette[116]. Celui-ci fait sa carrière entre Médecins du Monde et l'hôpital Saint-Antoine à Paris (voir encadré ci-dessous). À Médecins du Monde, il participe à la création de la « Mission France » et du CASO parisien. Son idée est d'importer le modèle du CASO à l'hôpital afin d'entamer un mouvement de transfert du soin de la précarité du monde humanitaire vers l'hôpital public. Il dispose des capitaux nécessaires pour mettre en place une consultation dans son hôpital, puis dans un second temps pour interpeller les politiques afin d'étendre son projet dans d'autres hôpitaux. Il crée en 1992 la consultation « Baudelaire » à l'hôpital Saint-Antoine, la première du genre, qui fonctionne sur le modèle du CASO (prise en charge médico-sociale gratuite, accompagnement dans les démarches administratives pour acquérir une couverture maladie, examens complémentaires, etc.). Dès 1993, le dispositif peut présenter un bilan d'activité positif (1 200 malades accueillis en un an dont 60 % ont acquis une protection maladie). À la suite d'une invitation d'Antoine Violette afin qu'« il comprenne la réalité du terrain », Philippe Douste-Blazy (qui signera la même année la circulaire de 1993), alors ministre délégué à la santé, est venu faire une consultation médicale à « Baudelaire » (Philippe Douste-Blazy est médecin de formation)[117]. Le Dr Violette convainc également, en s'appuyant sur la circulaire, le ministre du budget, Nicolas Sarkozy, de débloquer des fonds à l'AP-HP afin de créer cinq autres « consultations précarité » dans d'autres hôpitaux parisiens (Lariboisière, Bichat, Jean-Verdier, Saint-Louis et Bicêtre) qui ouvriront en 1994, suivi par la consultation René Barthe à l'hôpital A en 1996.

---

[115] Une circulaire de 1990 rédigée par Philippe Séguin, alors ministre des Affaires sociales, rappelle également cette mission d'accueil inconditionnel. Izambert, Caroline, « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public: vers une nouvelle morale hospitalière? », *Agone*, n° 58, 29 Juin 2016, p. 89-104.

[116] D'un autre côté, le rappel de l'obligation de soin pour tous est à créditer à l'action des association sus-mentionnées. Caroline Izambert (*ibid.*) explique que Médecins du Monde, Médecins sans frontières et le Comede ont fait un travail de « recensement des situations de blocage de l'accès aux soins au sein des hôpitaux publics pour les populations les plus pauvres » depuis les années 1980 dans une perspective d'interpellation des pouvoirs publics. Elle évoque notamment une conférence de presse en 1993 organisée par Médecins Sans Frontières et intitulée « l'hôpital hors la loi ».

[117] Épisode rapporté par Jacques Lebas lors de son intervention lors d'un colloque sur les PASS en 2002. Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, « Accueil et soins des personnes démunies dans les établissements de santé. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) », *Actes du colloque* du 23 octobre 2002, Paris., 2002, 95 p.

Les « consultations précarité » ne se concentrent pas seulement à Paris, mais se multiplient dans les grandes villes (dans les CHU de Bordeaux et Toulouse par exemple). Le Dr Violette devient, à partir de ce moment-là, la figure clé de l'institutionnalisation de la médecine de la précarité à l'hôpital. Il écrit de nombreux rapports sur l'accès aux soins des patients en situation de précarité à l'hôpital qui sont lus autant par les professionnels de santé concernés que par les acteurs institutionnels et contribuent fortement à développer l'espace du soin de la précarité à l'hôpital public. Son rapport sur la prise en charge de la précarité à l'hôpital, commandé par Martine Aubry et Bernard Kouchner (respectivement ministre de l'Emploi et de la Solidarité et secrétaire d'État chargé de la Santé), sera repris au moment de la rédaction de la loi de 1998 de lutte contre les exclusions et inspirera le texte sur les Permanences d'accès aux soins de santé. Les PASS sont donc un dispositif dont la naissance est largement influencée et portée par Médecins du Monde et le Dr Violette. Elles ne peuvent être comprises sans ces deux acteurs clés qui ont largement déterminé son existence, ses formes de fonctionnement et ses missions. La circulaire de 1993 et la loi de 1998 (re)définissent l'hôpital comme l'un des acteurs principaux pour l'accès et l'exercice du droit aux soins des malades démunis.

*Encadré n° 1*

### *Professeur Antoine Violette - Figure de l'espace de la médecine de la précarité et des circulations qui y ont lieu*

Le docteur Antoine Violette est sans doute la figure la plus emblématique de l'espace de la médecine de la précarité français. Médecin humanitaire à l'international dans les années 1980, il a créé la première consultation « précarité » dans un hôpital parisien en 1992. Cette consultation, devenue célèbre dans ce petit monde, a présagé à bien des égards la naissance des PASS.

Antoine Violette est né au début des années 1950 dans une petite ville du nord de l'Espagne dans les Asturies où il passe son enfance. Il étudie la médecine à Paris au tout début des années 1970 et est fortement influencé par les mouvements sociaux de 1968. Avec un groupe d'étudiants de la faculté de médecine, il rejoint le groupe d'extrême gauche « Secours rouge » pour lequel il distribue des tracts à la sortie des usines et des médicaments dans les bidonvilles de Nanterre. Il rejoint le Mouvement de lutte pour l'avortement et la contraception (MLAC) dès sa création en 1973 ; il passe beaucoup de temps avec ce groupe féministe qui œuvre à la légalisation de l'avortement.

Le moment de son passage à l'internat autour de 1975 marque la fin de sa carrière de militant politique. Sa socialisation politique de gauche l'a cependant conduit à suivre un parcours dans des services hospitaliers qui rassemblent d'autres post-soixante-huitards. C'est ainsi qu'il rencontre dans le service des maladies tropicales de la Pitié-Salpétrière le Dr. Pascal Greletty Bosviel (co-fondateur de Médecins Sans Frontières) avec qui il se lie d'amitié et qui l'initie à la médecine humanitaire. À la fin des années 1970, il obtient un poste de chef de clinique à l'ancien hôpital Claude Bernard spécialisé dans les maladies tropicales et infectieuses et où se rassemblent de nombreux médecins de gauche qui seront débauchés par le parti socialiste au moment de sa victoire électorale en 1981 (l'hôpital a été rattaché à celui de Bichat en 1970 et ses locaux ont été détruits en raison de

leur vétusté). Ce lieu mélange les différents espaces au sein desquels Antoine Violette évolue : le début de la médecine du sida, la médecine en lien avec les milieux politiques de gauche et la médecine humanitaire. Il s'oriente vers l'action humanitaire en compagnie de Willy Rozenbaum (découvreur du virus du sida) et Gilles Brücker (co-fondateur de Médecins Sans Frontières, président de Médecins du Monde entre 1991 et 1993) avec qui il fonde un comité médical de solidarité avec le Salvador. C'est à cette période que Bernard Kouchner se sépare de Médecins Sans Frontières pour créer Médecin du monde. Antoine Violette part faire des missions au Salvador avec les membres de Médecins du Monde qu'il rencontre grâce à son interne Jean-Elie Malkin (co-fondateur de Médecins du Monde). C'est ainsi qu'il est devenu un « *french doctor* » dès la création de l'association en 1980. Son activité au sein de Médecins du Monde l'amène à côtoyer et à se lier d'amitié avec des personnalités politiques et intellectuelles (André Glucksmann, Simone Signoret, Bernard Kouchner, Michel Foucault, etc.).

Le revirement d'une activité médicale humanitaire de l'international vers le national a également lieu au sein de Médecins du Monde qui participe au développement d'une médecine humanitaire en France commençant par l'ouverture du CASO à Paris en 1986. À partir de ce moment-là, il fait moins de mission à l'étranger et davantage dans la rue du Jura. Il partage son activité entre sa consultation à l'hôpital Saint Antoine où il soigne des malades du sida et le CASO. Il est président de Médecins du Monde de 1989 à 1991. S'il quitte la vie associative en décembre 1991, son engagement pour l'accès aux soins des plus démunis se poursuit : il crée, au sein de son service hospitalier, une consultation médicale pour les exclus qui voit le jour en 1992 et dont il est resté le responsable le reste de sa carrière. Tout au long des années 1990 et 2000, il écrit des rapports ministériels sur l'accès aux soins à l'hôpital dont l'aboutissement a été la loi de 1998 et la création des PASS. Il est poussé dans ce sens par son entourage qui gravite dans les sphères politiques (sa compagne, Michèle Barzach, a été Ministre de la santé de 1986 à 1988).
(Informations biographiques rassemblées dans Lebas, 1993 et Paillardet et Nouaillas, 1993).

———

L'institutionnalisation du soin de la précarité apporte des changements à cet espace. La morphologie de ce dernier se reconfigure et trouve à l'hôpital un deuxième point central de son activité. L'arrivée à l'hôpital va également lancer un nouveau défi au soin de la précarité : s'insérer dans un espace professionnel fortement concurrentiel. D'un côté, le soin de la précarité, ses pratiques, son organisation du travail et sa conception du soin se trouvent fortement renforcés à l'hôpital. De l'autre, ce mouvement apporte de nombreux nouveaux acteurs dont la diversité des profils sociologiques contraste avec la relative homogénéité qui caractérisait cet espace jusqu'ici (profils de soignants engagés ou militants). Ces éléments vont diversifier les positions et les pratiques au sein de l'espace du soin de la précarité[118].

[118] Nous étudions ces phénomènes dans la deuxième partie de ce travail (chapitres III, IV, V et VI).

## 3 - 5 La formation d'un espace de défense de la santé des étrangers

La consolidation de l'espace du soin de la précarité associatif et humanitaire a lieu parallèlement à la constitution d'un autre espace qui défend la santé des étrangers. Face à la dégradation des droits à la couverture maladie des étrangers liée à la mise en place de lois restrictives depuis les années 1970 que nous avons évoquée précédemment, des associations et collectifs se sont formés à partir d'associations de défense des étrangers déjà existantes. Ainsi, dans le contexte d'un durcissement des droits du séjour concernant les demandeurs d'asile en 1991 (notamment au travers d'une interdiction de travailler), des associations de défense des étrangers, dont le Comede, travaillent ensemble et créent de nouveaux collectifs. De ces collaborations naît un groupe interassociatif qui s'intéresse plus particulièrement aux questions de santé. Il dénonce les difficultés croissantes d'accès aux soins des demandeurs d'asile. Il participe également aux commissions ministérielles qui aboutissent alors à la réforme de l'Aide médicale en 1992, élargissant et facilitant les possibilités d'accès à l'Aide médicale pour les étrangers[119]. Avec le durcissement de la politique migratoire apporté par les lois Pasqua, notamment celle de 1993, facilitant les expulsions, la situation des étrangers en situation irrégulière se précarise, notamment pour ceux d'entre eux qui sont malades. Le groupe se développe alors et regroupe une trentaine d'associations en 1994 lorsqu'il prend la forme de l'Action pour les droits des malades étrangers en France (Admef). L'Admef lutte contre les expulsions d'étrangers en situation irrégulière malades vers des pays qui ne disposent pas des structures sanitaires pour les soigner et milite pour la reconnaissance d'un droit en matière de protection des étrangers malades. L'action de l'Admef est courte, puisque la même année il se transforme en un nouveau collectif, « Urgence Malades Étrangers en Danger » (Urmed), qui réunit des associations de lutte contre le sida (Aides, Arcat, Sida Info Service, Act up-Paris), de défense des droits des étrangers (Comité national contre la double peine, MRAP, Gisti, Cimade) et des associations issues du monde médical (Comede, Médecins du Monde)[120]. Ici aussi, l'espace social du sida a une place déterminante (comme on peut le lire, les associations de lutte contre le sida sont très présentes dans ce mouvement). Ce sont avant tout les nombreux cas d'expulsion d'étrangers en situation irrégulière séropositifs dont la santé est mise en danger par un retour dans des pays qui attirent l'attention. La forte politisation de la question du sida et sa grande visibilité dans l'espace public poussent les pouvoirs publics à se pencher sur la question des étrangers malades[121]. L'action du monde associatif, à travers l'Admef, puis

[119] August, Patrick, « Les années 1990, de la morgue à La Force », *Maux d'exil*, n° 30, p. 5-6, décembre 2010.

[120] Izambert, *op. cit.*, 2010.

[121] Veisse, Arnaud et Didier Maille, « Le statut paradoxal des malades étrangers », *Plein droit*, n° 47-48, Janvier 2012, p. 26-28.

l'Urmed, a abouti à la création d'un statut d'étranger malade qui protège les étrangers atteints de pathologies graves (correspondant aux affections de longue durée prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale) dans une loi de 1997. Cette avancée dans le droit des étrangers est ambivalente. Dans un contexte de durcissement des politiques migratoires et de réduction des possibilités de régularisation par les autres canaux (travail, asile, regroupement familial, etc.), la nouvelle possibilité d'obtenir un titre de séjour pour raison de santé va transformer profondément les représentations du corps des étrangers et construire un lien entre une bio-légitimité du corps souffrant et un accès à la citoyenneté[122]. Le FSUV, les PASS, l'AME et la clause sur les étrangers malades, de part le processus de stratification dont ils sont issus, hiérarchisent la valeur de la vie reconnue et protégée par l'État. Nous reviendrons sur cette question dans la dernière partie de la thèse. D'autre part, l'arrivée du titre de séjour pour soin et de l'AME est symptomatique d'un glissement qui s'est opéré au cours des années 1990 conduisant à rendre le domaine de la santé central à l'intérieur de celui du droit des étrangers. Ce phénomène est corrélatif à la forte augmentation des étrangers en situation irrégulière due aux processus d'illégalisation et à l'écartement de ces derniers de presque toutes les prestations de l'État social. La santé est ainsi devenue le point névralgique d'une nouvelle question sociale qui se concentre sur les étrangers en situation de précarité.

Ce collectif interassociatif, devenu l'Observatoire de défense de la santé des étrangers (ODSE)[123], est aujourd'hui encore très actif et a élargi ses activités à la défense plus générale de la santé des étrangers. Il continue de compter dans ses rangs plusieurs associations de lutte contre le sida qui ont réinvesti une partie de leurs activités dans ce domaine. Les différentes organisations présentes dans ce collectif correspondent à peu près à l'ensemble des acteurs associatifs engagés dans la défense de la santé des étrangers, mais aussi dans celui de l'espace de la médecine de la précarité. Comme on va le voir dans le chapitre VI, l'ODSE constitue le principal garde-fou du soin de la précarité : cet entrepreneur de morale défend les normes construites historiquement par l'espace du soin de la précarité lorsque celles-ci sont menacées par les nouveaux acteurs hospitaliers qui les pratiquent.

---

[122] Sur ce sujet voir Ticktin, Miriam, *Casualties of care: immigration and the politics of humanitarianism in France*, Berkeley, University of California Press, 2011, 295 p. Nous revenons sur ce sujet dans le chapitre VII.

[123] Il regroupe les organisations suivantes : Act up-Paris, AFVS, Aides, Arcat, Catred, Centre Primo Levi, Cimade, Comede, Comegas, Créteil-solidarité, Dom'asile, Droits d'urgence, Fasti, FTCR, Gaia Paris, Gisti, LDH, Médecins du Monde, MFPF, MRAP, Réseau Louis Guilloux, Sida Info Service, Solidarité sida, SOS hépatite.

# CONCLUSION

On peut schématiquement distinguer trois grands mouvements caractérisant le chemin qui a mené jusqu'aux PASS à partir des années 1980 et ayant donné forme à la question sociale contemporaine dans le domaine de la santé.

1) D'un côté, les PASS sont le résultat du retour des politiques d'assistance dans l'action de l'État social français qui luttent contre l'émergence de nouvelles formes de pauvreté et des phénomènes de précarisation dans les différents domaines de la vie sociale. La stratégie des politiques d'assistance prend la forme d'une démarche d'insertion dans les différentes institutions garantes de l'intégration sociale. La démarche d'insertion est celle qu'on retrouve dans les PASS qui visent à intégrer les patients sans droits dans le système de santé. Elle se réalise parallèlement au processus de généralisation du système de couverture maladie de plus en plus déconnecté d'une organisation autour du travail et intégrant des mécanismes de financement assistanciels afin d'en universaliser le fonctionnement. La question sociale en santé dans la France contemporaine prend ici classiquement la forme d'une lutte pour l'intégration sociale. L'État social y joue un rôle déterminant car c'est lui qui organise et met à disposition les moyens de protection contre le risque maladie. Les associations de l'autre côté sont les acteurs qui agissent en amont et inscrivent à l'agenda politique les situations d'injustice qu'elles dénoncent.

2) Parallèlement à ce phénomène, on assiste sur la même période à la mise au ban de l'État social de certaines catégories d'étrangers précaires. Ces catégories ont été préalablement construites à l'aide d'outils législatifs. L'action politique dans le domaine de la protection maladie produit le profil de « précaires » contemporains en leur offrant moins de protections au sein d'une Sécurité sociale qui a le quasi-monopole sur l'accès au système de santé (en dehors d'une offre de soin caritative). Nous les avons appelé les « étrangers indésirables »[124]. À contre-courant du mouvement de généralisation de la protection maladie, l'isolement et l'exclusion de certains groupes d'étrangers stigmatisés tracent les traits d'un système de santé stratifié à ses marges s'appuyant sur des statuts de citoyenneté. À cet égard, la protection de la santé, au travers de l'accès aux soins et au système de santé, devient un instrument biopolitique participant à la formation et à la reproduction d'un ordre social stratifié.

La combinaison de ces deux processus laisse présager un paradoxe fondamental dans les missions de la PASS, celle de l'impossible intégration dans le système de santé des catégories de patients que le législateur s'est appliqué à exclure en amont. Elle remet en cause la fonction

[124] Le caractère indésirable est à comprendre en rapport au système de santé.

d'insertion à la base même de la politique d'assistance. Car, si la PASS « ne fonctionne pas comme un sas, [elle] devient un cul-de-sac dans lequel risquent de se presser tous ceux dont l'existence n'est pas justifiée socialement »[125] et tend à reproduire structurellement les inégalités qu'elle tente de combattre.

Ce paradoxe va se répercuter dans le travail quotidien des PASS. Par exemple, au début de notre enquête de terrain, la majorité parlementaire de droite vote à l'occasion de la loi de finances de 2011[126] un droit d'entrée annuel de 30 euros à l'AME. Cette mesure a eu pour effet d'empêcher l'accès à la couverture maladie pour la partie la plus pauvre des étrangers isolés dans le système d'AME, contraignant les personnes concernées à recourir aux structures gratuites, dont les PASS. La mission d'insertion confiée par les pouvoirs publics à la PASS a donc été compliquée par l'action de ces mêmes pouvoirs publics. De manière plus général, ce sont toutes les politiques migratoires et les politiques sur les migrants contribuant à restreindre les droits et les possibilités de régularisation des étrangers qui influent sur le travail de la PASS. Tout durcissement des critères d'accès à l'assurance maladie ou des politiques migratoires augmentent automatiquement les effectifs des patients se rendant à la PASS. Pour dépasser cette contradiction apparente, il est nécessaire de voir au delà de la logique d'insertion annoncée. C'est ce que nous proposons d'analyser dans la troisième partie de ce travail (chapitre VII et VIII) en poursuivant l'hypothèse de la stratification du système de santé posée dans ce chapitre.

3) D'un autre côté, l'arrivée du soin de la précarité à l'hôpital public à la fin des années 1990 est précédée par la constitution de cet espace dans le monde associatif et humanitaire. Le soin de la précarité a connu une institutionnalisation qui a été portée par des acteurs du monde humanitaire et associatif à l'intérieur du mouvement plus large de l'institutionnalisation de la lutte contre la pauvreté[127] et de la lutte contre le sida. C'est dans ces rapports de forces que le soin de la précarité s'est installé à l'hôpital public. Ils en ont largement déterminé la forme et le fond. Ils permettent notamment d'expliquer l'accent mis sur la prise en charge de certains groupes (les nouveaux pauvres et les étrangers précaires) et les pratiques et la conception du soin qui y ont lieu[128]. Ainsi, le processus ayant mené à l'institutionnalisation du soin de la précarité décrit dans ce chapitre peut se lire comme celui d'une construction d'un problème de santé

---

[125] Castel, *op. cit.*, 2007, p. 696.

[126] Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011. Cette disposition a été abrogée par la majorité socialiste à l'été 2012.

[127] Viguier, *op. cit.*, 2013.

[128] D'autres groupes, pourtant éloignés des structures de soin, n'arrivent pas jusqu'aux portes des PASS. Nous pensons à la communauté sourde ou aux personnes vivant avec un handicap, deux groupes fortement touchés par la précarité et pour qui l'accès aux soins est une vraie problématique et qui pourtant ne sont pas présents dans cet espace. Alors que les « nouveaux pauvres » et les « étrangers » disposent de protecteurs puissants au sein de la société civile, d'autres groupes sont davantage invisibilisés en raison de leur manque de pouvoir au sein de ces rapports de forces.

publique définissant de manière normative les risques de santé et les groupes sociaux que les politiques publiques doivent couvrir.

Les PASS sont toujours imprégnées de cette filiation avec le monde associatif, on la retrouve dans le mode de fonctionnement de nombreuses d'entre elles qui est directement emprunté aux CASO de Médecins du Monde. On la retrouve également dans un certain nombre de valeurs et de normes qui lui ont été transmises ; nous les décrivons plus en détail dans le prochain chapitre. La proximité entre ces deux espaces est très présente et les acteurs circulent fréquemment entre eux (voir tableau des trajectoires des enquêtés en annexe 5 - 1). Enfin, il est important de noter que l'espace associatif et humanitaire ne se cantonne pas à un rôle de parenté ; au contraire il continue de jouer un rôle important dans la construction du champ, et également à l'intérieur de l'hôpital. Le rôle de garde fou des associations constitue un élément essentiel dans la préservation et la défense de la conception du soin de la médecine de la précarité à l'intérieur de l'hôpital comme nous pourrons le constater dans les prochains chapitres.

# CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE – LES MÉTAMORPHOSES DE LA QUESTION SOCIALE EN SANTÉ

La généalogie de notre objet de recherche a montré que la question sociale en santé est le produit d'une histoire de rapports de forces.

Une majorité de travaux sociologiques sur la question considère le paradigme de la précarité comme une pathologie du système capitaliste néo-libéral qui s'est développée depuis la seconde moitié du XXe siècle. Ce paradigme prend la forme d'une idéologie de l'intégration et de la sécurité. Le phénomène de précarisation des différents domaines de la vie, vu comme la perte d'un certain nombre de sécurités, constitue un dysfonctionnement social qui met en péril l'intégration sociale des individus[1]. La précarité ne se rapporte pas seulement au travail, au contraire elle instaure un concept englobant. Dans ce contexte apparaissent des politiques de lutte contre la précarité qui ont adopté une forme assistancielle et qui visent, depuis les années 1980, une insertion dans différentes domaines de la vie, condition pour une amélioration de l'intégration sociale. L'assistance est donc un moyen mis en œuvre par la société pour pallier le défaut d'intégration généré par la société. L'intégration est ici une norme sociale puissante qui laisse entendre que les rapports de domination ne sont pas figés. Dans le domaine de la santé, la thématique de la lutte contre la précarité s'est développée adossée à la construction d'un droit à la santé (dit de seconde génération) qui contribue, dans cette idée, à intégrer les personnes menacées de désaffiliation. Le défaut d'intégration a été objectivé par le développement de la santé publique qui a mis à jour un certains nombre d'inégalités sociales de santé dont une partie peut être combattue par l'insertion dans le système de protection maladie. Des politiques ciblées et adaptées aux groupes désavantagés forment une autre approche qui poursuit le même objectif. La protection de la santé, organisée autour d'un système d'assurance et d'assistance qui s'est construit depuis le XIXe siècle, constitue dans ce contexte un pilier du gouvernement de la question sociale qui est organisé par l'État social ; ce gouvernement peut être qualifié de biopolitique.

[1] Nous nous appuyons sur le bilan des travaux philosophiques sur la question de la précarité effectué par Mahaut Ritz : *Sur les difficultés et le potentiel critique d'un concept de précarité en philosophie sociale*, thèse en cours de préparation à l'université de Grenoble Alpes et Humboldt Universität de Berlin sous la direction d'Éric Dufour et de Rahel Jaeggi.

Les biopolitiques de l'État social ont aussi été utilisées d'une autre manière. Elles ont renforcé un processus d'illégalisation et de stigmatisation de certains groupes d'étrangers par leur isolement dans le système de protection maladie engendrant une réduction de leur accès aux soins. La forte stratification du système de protection maladie à ses marges constitue un outil de production et de reproduction de rapports de domination à l'intérieur de la société au moyen d'une affiliation bridée des groupes concernés, les « indésirables » du système de santé. Cette particularité du profil des patients est le fruit d'une construction qui est à la fois politique, sociale et historique. Ce phénomène entre en contradiction avec la logique de l'insertion prônée par le système assistanciel. La protection de la santé est un instrument de gouvernement qui permet de combattre la précarité d'un côté et d'y maintenir certains groupes de l'autre.

Enfin, cette stratification du système de protection maladie témoigne d'une volonté de protéger *a minima* la vie biologique suivant un principe de bio-légitimité. Tous ces éléments conduisent à conceptualiser une valeur sociale de la vie différenciée qui est fortement adossée à des formes de citoyennetés différenciées participant à une stratification sociale.

D'une manière plus large, le développement de la santé publique comme un outil de protection de la santé de la société en général au moyen de la lutte contre les grands fléaux fonde un autre aspect de la biopolitique moderne. La concentration des groupes à risque identifiés par les politiques de santé publique au sein des catégories de la population les plus défavorisées témoigne du caractère socialement produit de ces situations sanitaires. Cela permet de légitimer une action renforcée des biopolitiques auprès de ces groupes qui vise à imposer des normes concernant les manières d'être et de se comporter. Ces missions de santé publique sont intégrées aux dispositifs d'assistance en santé à destination des personnes les plus éloignées du système de santé.

On a pu voir que le processus de constitution d'un espace du soin de la précarité visant à réaliser l'insertion des groupes les plus éloignés du système de santé a abouti à son institutionnalisation à l'intérieur du champ de la médecine hospitalière. L'espace du soin de la précarité s'est construit à la fois à l'intérieur de l'hôpital, d'où il hérite d'autres espaces proches, et à l'extérieur de l'hôpital par l'intermédiaire de la médecine associative et humanitaire. En son sein se sont développées une conception du soin et des pratiques qui lui sont propres. L'inscription du soin de la précarité dans l'institution hospitalière se fait dans un espace complexe fortement régulé et hiérarchisé par des groupes professionnels et dont l'organisation est contraignante. L'environnement hospitalier est caractérisé par une organisation en spécialité médicales, centrée sur l'acte technique et marquée par une forte dimension gestionnaire et budgétaire. L'hôpital représente également un des lieux principaux où se

réalisent les politiques de santé publique, il est marqué par ses missions de service public et d'intérêt général à l'intérieur desquelles s'inscrit les politiques d'assistance décrites plus haut. Ces dernières vont s'imprégner des normes et pratiques hospitalières et connaître une certaines médicalisation (la lutte contre l'exclusion au travers de sa prise en charge médico-sociale se médicalise). La question de l'insertion de l'espace du soin de la précarité dans l'institution hospitalière est l'objet de la seconde partie de ce travail.

# PARTIE II — L'ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ DANS LE CHAMP HOSPITALIER

# INTRODUCTION DE LA DEUXIÈME PARTIE

La première partie de ce travail a retracé la genèse d'un espace du soin de la précarité et délimité la question sociale dans le domaine de la santé en France. La seconde grande partie vise, quant à elle, à explorer plus précisément l'insertion de l'espace du soin de la précarité à l'intérieur du champ hospitalier à travers l'étude de l'organisation des PASS. Dans le premier chapitre, nous verrons que l'enquête empirique a mis en évidence trois principaux modèles de PASS (transversal, dédié, fantôme). Le modèle dédié est celui qui se rapproche le plus de la conception du soin de la précarité décrite dans les chapitres précédents. La réflexion des prochains chapitres est guidée par les interrogations suivantes : quelles sont les relations entre l'espace du soin de la précarité (qui s'incarne plus ou moins dans les différents modèles de PASS) et celui de l'hôpital public moderne que nous avons décrit (notamment dans le premier chapitre) ? Comment ces deux espaces et les normes et pratiques qui y ont cours interagissent-ils ? Dans quelle mesure se recoupent-ils, se complètent-ils ou se concurrencent-ils ? En d'autres termes, il s'agit de savoir comment l'hôpital public contemporain remplit les missions qui lui ont été confiée à travers les PASS dans sa configuration organisationnelle actuelle. Pour répondre à ces questions, nous nous aiderons d'une lecture en termes de « champs sociaux »[1] (voir l'encadré ci-dessous pour une présentation en termes de champs de la structure hospitalière et de la PASS).

Dans le travail sur les identités et les rapports sociaux dans les centres de soins gratuits (humanitaires et hospitaliers) d'Isabelle Parizot, la prise en charge à l'hôpital (dans une PASS) est décrite comme empreinte d'un « univers médical » marqué par les valeurs professionnelles de la médecine, ce dernier est décrit comme un :

> « système cohérent de représentations et de valeurs qui ordonne symboliquement les expériences vécues, les rapports sociaux et les identités liés à l'assistance médicale en fonction de la réalisation d'une prise en charge médicale »[2].

Les agents de l'espace hospitaliers se réfèreraient ici aux valeurs de la profession médicale pour orienter, interpréter, et donner un sens à leurs interactions. On remarque

[1] Voir par exemple Bourdieu, Pierre, *Questions de sociologie*, Paris, Les Editions de Minuit, 2002a, 277 p. et la partie de l'introduction générale du présent travail consacrée à cette question.

[2] Parizot, Isabelle, *Soigner les exclus: identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social », 2003, 296 p. (p. 14.).

dans cette analyse une influence des travaux des sociologues des professions américains, notamment ceux d'Eliot Freidson[3] sur la profession médicale qui, à partir du concept d'autonomie professionnelle — définie comme la capacité d'auto-évaluation, d'auto-régulation et d'auto-contrôle de l'activité médicale à l'intérieur de la profession — attribuent aux médecins, ces « entrepreneurs de morale » du monde médical, une place prépondérante dans l'organisation et la régulation de l'activité hospitalière et médicale. Celles-ci sont organisées et régulées sous leur autorité légitime — liée au statut de la profession — et selon leurs représentations ; les autres acteurs (infirmiers, aides-soignants, administrateurs) leur sont subordonnés. Nous partirons de la définition de la profession médicale et du concept central d'autonomie développés par les premiers travaux d'E. Freidson pour analyser le phénomène étudié.

Cependant, cette lecture ne suffit pas. La principale faiblesse de l'analyse d'E. Freidson et d'I. Parizot, pour nous qui nous intéressons à une activité hospitalière minoritaire dans un espace concurrentiel, est de présenter l'institution hospitalière et la profession médicale comme homogènes et unies. Comme le souligne Marie Jaisson dans un article sur les déterminants de genre et d'origine sociale dans la répartition des médecins dans le champ hospitalier, « il faut entendre la nécessité de faire porter l'analyse sur la structure de l'ensemble des spécialités médicales et non pas sur la "médecine" envisagée comme un exercice idéal qui traverserait toutes ces activités », erreur qu'elle attribue à « l'idéalisation des pratiques »[4]. De même, elle rappelle que les spécialités médicales ou hospitalières doivent être considérées dans leurs interrelations avec d'autres spécialités en cela qu'elles s'intègrent dans un « système des relations socialement constituées entre les spécialités »[5]. Les successeurs d'E. Freidson au sein de la seconde École de Chicago ont proposé tout un ensemble d'outils pour pallier ces manques. Dans un article sur les professions médicales, Anselm Strauss et Rue Bucher[6] ont montré qu'au-delà d'une homogénéité de surface, de nombreux écarts et divergences s'observent à l'intérieur de ce groupe, voire même à l'intérieur d'une même spécialité, au niveau des valeurs, des intérêts et des règles de travail. La profession est, selon eux, morcelée en une multitude de *segments* interdépendants et en mouvement qui sont autant de groupes à l'intérieur du groupe plus large de la profession médicale. Chaque segment développe sa propre identité, sa propre histoire et ses propres objectifs et intérêts ; il développe un appareil organisationnel, des

[3] Freidson, Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, 369 p.

[4] Jaisson, Marie, « La mort aurait-elle mauvais genre? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, n° 3, 2002a, p. 45.

[5] *Ibid*. p. 45.

[6] Strauss, Anselm et Rue Bucher, « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, vol. 66, n° 4, 1961, p. 325-334.

idéologies et des tactiques[7]. Cela amène les auteurs à comprendre la profession médicale comme profondément dynamique et soumise à des changements organisationnels dont les mouvements et variations sont animés par ces segments qui s'affrontent (et non comme ayant un mouvement d'ensemble). Les segments traversent les différents statuts formels et se forment à partir d'une compréhension commune de la profession et de leurs intérêts. Ils se caractérisent par une redéfinition constante de leur identité, ils se développent, évoluent et disparaissent ; ils tentent d'accéder au pouvoir institutionnel et sont pris dans des processus de « transformations de leur appareil conceptuel et technique, de leurs conditions institutionnelles [et] dans les transformations de leurs relations avec d'autres segments [...] »[8]. C'est dans cette optique que nous comprenons l'espace du soin de la précarité. L'analyse des segments, réalisée par A. Strauss et R. Bucher, apporte également des outils qui sont intéressants pour conceptualiser la place des PASS dans l'espace de la médecine hospitalière. En effet, le soin dispensé à la PASS et les agents qui y travaillent ne constituent pas formellement une discipline ou une spécialité, cependant l'ensemble de ces agents sont unis par leur pratique qui détient une histoire commune comme on a pu le voir dans la première partie. On pourrait donc imaginer la PASS et ses agents ou le soin de la précarité comme un segment nouveau à l'intérieur de la profession médicale.

*Encadré n° 2*

### *Champ hospitalier et espace du soin de la précarité*

*Nous identifions le capital spécifique du champ hospitalier comme étant l'activité de soin constituée d'un ensemble de savoirs et de savoir faire, d'outils techniques et technologiques, de diplômes, etc. L'activité de soin ne fait cependant pas l'objet d'une définition et d'une pratique fixes et universelles ; au contraire, elle est l'objet de luttes et de conflits entre les différents groupes qui composent ces espaces. Les pratiques du soin hospitalier prennent différentes formes et les conceptions qui y sont rattachées changent, elles sont les résultats des luttes et des négociations qui ont eu lieu au cours d'une histoire longue et qui sont complexes à identifier (voir première partie).*

*Le capital spécifique du champ hospitalier que nous avons identifié, qu'on appelle capital de soin, est constitué des conceptions et pratiques du soin portées par les différents groupe. Le capital spécifique légitime et dominant de l'hôpital contemporain, fruit de l'histoire des luttes à l'intérieur du champ, est caractérisé par des soins centrés sur l'organe, par la technicité de l'acte médical et par sa rentabilité financière. Les agents et entités sociales qui ont la meilleure maîtrise de ces éléments dans la pratique et la conception du soin qu'ils*

[7] *Ibid.* p. 332.

[8] Strauss, Anselm L, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992a, p. 28.

*portent sont en haut de la hiérarchie de l'espace hospitalier.*

*L'espace du soin de la précarité est un nouvel entrant dans le champ hospitalier. Ses pratiques et conception du soin se situent en bas d'un espace hospitalier hiérarchisé. Les agents issus de l'espace du soin de la précarité ne sont pas les seuls à investir les PASS et ils sont en concurrence avec d'autres agents souhaitant imposer leur version du capital spécifique dans les PASS. La reconnaissance du modèle porté par les agents du soin de la précarité va dépendre des rapports de forces, à différents niveaux, à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital entre des porteurs de conceptions du soin différentes. Une hypothèse est que l'implantation plus ou moins importante de la conception du soin de l'espace de la précarité va déterminer en partie la forme organisationnelle de la PASS (parmi les différents modèles identifiés). Cette forme organisationnelle pourrait donc être analysée comme le résultat du rapport de forces entre des agents (soignants, administrateurs, etc.) et des institutions (hôpitaux, associations, agences régionales de santé, etc.), qui sont en concurrence dans la distribution du capital spécifique légitime. Ce capital spécifique, en l'occurrence ici le capital de soin, se dispute entre de nouveaux entrants (professionnels issus de l'espace du soin de la précarité) et les groupes dominants (qui sont constitués des agents à haute valeur ajoutée dans le système de valeur qu'ils incorporent et qu'ils imposent).*

---

Dans un autre domaine, l'analyse de l'espace hospitalier et de la profession médicale d'E. Freidson et des sociologues qui l'ont suivi est historiquement marquée. Mise en place dans un contexte marqué par la forte autonomie financière et technique et une domination de la profession médicale par rapport aux personnels administratifs[9], ce modèle devient de moins en moins opérant comme l'ont montré André-Pierre Constandriopoulos et Yves Souteyrand[10] à mesure que les dimensions gestionnaires et économiques s'imposent dans l'organisation hospitalière. Les travaux plus récents sur l'institution hospitalière française menés par des sociologues comme Frédéric Pierru[11], Jean-Paul Domin[12] ou Nicolas Belorgey[13] ont confirmé cette évolution en montrant l'émergence et l'essor du modèle de l'hôpital-entreprise, l'omniprésence de la thématique de la « maîtrise des dépenses » et du

[9] Voir notamment les travaux de H. L. Smith sur les deux lignes d'autorité partagées entre les médecins et les administrateurs à l'hôpital et de H. Mintzberg qui développent le modèle organisationnel de la bureaucratie professionnelle. Smith, Harvey L., « Two lines of authority : the hospital's dilemma », in Eliot Freidson (ed.), *The hospital in modern society,* New York, Free Press, 1963, p. 59-64 ; Mintzberg, Henry, *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation., 1996, 434 p.

[10] Contandriopoulos André-Pierre et Yves Souteyrand, *L'hôpital stratège: dynamiques locales et offre de soins*, John Libbey Eurotext, 1996, 340 p.

[11] Pierru, Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, coll. « Collection Savoir-agir de l'Association raisons d'agir », 2007, 319 p.

[12] Domin, Jean-Paul, Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise (1980-2009), *in Actes du colloque « Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management »*, 2010b ; Domin, Jean-Paul, « La nouvelle gouvernance ou le couronnement de vingt ans de réformes hospitalières », *Économies et Sociétés, Cahiers de l'ISMÉA*, n° 8, 2007, p. 459-487 ; Domin, Jean-Paul, « La nouvelle gouvernance sauvera-t-elle les hôpitaux publics? », *Mouvements*, vol. 32, n° 2, 2004, p. 55-59.

[13] Belorgey, Nicolas, *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte, 2010, 330 p.

réformisme managérial (*new public management*, NPM) (voir chapitre 1). Ces travaux remettent en cause fortement la compréhension de l'organisation de l'hôpital comme dominée par la seule logique professionnelle médicale traditionnelle et nous invitent à repenser cet espace comme étant une arène où différents groupes d'agents s'affrontent et où les équilibres changent. C'est la principale critique que nous développerons à l'égard de l'analyse d'I. Parizot qui voit l'action dans les PASS comme uniquement guidée par une norme médicale dominante donnant toujours la priorité à l'accès aux soins et la prise en charge médicale. Nous verrons dans les prochains chapitres que la dimension financière est en fait très présente dans les PASS et remet en cause la norme de l'accès aux soins pour tous les patients.

La montée en force des logiques du NPM a profondément modifié l'organisation de l'activité hospitalière, sa production et son contrôle et relativiser la logique d'organisation basée sur les logiques professionnelles médicales. On ne peut donc comprendre l'activité des agents du champ hospitalier comme mue par un seul objectif commun qui serait celui de soigner dans une logique professionnelle médicale. L'objectif économique — et les ajustements managériaux et organisationnels qui en découlent — sont une autre dimension qui apparaît comme très présente dans le champ hospitalier moderne et qui influe sur la manière dont est pensé et pratiqué le soin à l'hôpital (voir l'encadré n° 2 ci-dessus pour une modélisation l'espace hospitalier en termes de champ et de l'activité de soin en termes de capital spécifique). Étudier la place de la PASS et, au travers d'elle, de l'espace du soin de la précarité, dans la structure hospitalière est une porte d'entrée idéale pour aborder un débat prégnant de la sociologie contemporaine, celui des tensions qui tiraillent les groupes professionnels et les logiques néo-managériales dans le monopole de l'organisation et du contrôle de l'activité[14]. Les PASS sont un bon objet d'analyse de cette question car leur place dominée à l'intérieur de la structure hospitalière en fait un espace particulièrement vulnérable aux changements de l'institution. De plus, elles se caractérisent par une pluriprofessionnalité et la présence de différents professionnels (médecins, assistantes sociales, infirmières, cadres, etc.) ouvre des perspectives d'adaptations ou de résistances aux NPM différentes. Enfin, la jeunesse de cette structure et son cadre peu défini rendent les enjeux organisationnels et les différents groupes aisément repérables.

[14] Voir le dossier coordonné par Philippe Bezes et Didier Demazière : Bezes, Philippe, Didier Demazière, Thomas Le Bianic, Catherine Paradeise, Romuald Normand, Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru et Julia Evetts, « New Public Management et professions dans l'État: au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, vol.53, n° 3, Juillet 2011, p. 293-348.

À la suite des travaux récents réalisés dans le domaine de la sociologie des groupes professionnels en France[15], nous analyserons les logiques à l'œuvre dans les dynamiques qui animent l'espace du soin de la précarité à l'hôpital, tantôt statutaire[16], tantôt occupationnelle[17] ; tantôt organisationnelle[18].

Le premier chapitre de cette seconde partie présente le cadre organisationnel des PASS et les trois différents modèles organisationnels que nous avons identifiés à partir de l'enquête empirique. Dans le chapitre suivant, nous identifions les différents modèles de l'action identifiés dans les PASS. Le troisième chapitre montre la domination de l'espace du soin de la précarité exercée par les détenteurs du capital légitime. Enfin, le dernier chapitre expose les stratégies développées par les agents du soin de la précarité pour déjouer cette domination et acquérir davantage d'autonomie à l'intérieur du champ hospitalier.

---

[15] Demazière, Didier, Charles Gadea et Howard S. Becker, *Sociologie des groupes professionnels acquis récents et nouveaux défis*, Paris, la Découverte, 2009.

[16] Les logiques statutaires ne concernent que les professions au sens « noble » du terme, c'est le sens de la première période d'E. Freidson (Freidson, E., *op. cit.*, 1984).

[17] Dans le sens plus large que la tradition interactionniste de la deuxième école de Chicago a donné aux professions : « des collectifs à l'intérieur desquels les membres d'une même activité de travail tendent à s'auto- organiser, à défendre leur autonomie et leur territoire et à se protéger de la concurrence par l'obtention d'un monopole. » (Vezinat, Nadège, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009) », *Sociologie*, vol. 1, n° 3, 2010, p. 413-420).

[18] Le modèle professionnel organisationnel est celui, identifié par Julia Evett, qui, par contraste de la logique occupationnelle, intègre à son fonctionnement certains changements propres aux nouvelles normes néo-managériales : accroissement des activités gestionnaires au sein des professions, une certaine bureaucratisation et standardisation des activités professionnelles, généralisation des méthodes d'évaluation et de performance, etc. Nous reviendrons dessus au chapitre IV. Evetts, Julia, « A new professionalism? Challenges and opportunities », *Current Sociology*, vol. 59, n° 4, 1 Juillet 2011, p. 406-422.

# CHAPITRE III – LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DANS LE SYSTÈME HOSPITALIER FRANÇAIS

## INTRODUCTION

Le nombre de Permanences d'accès aux soins de santé en France n'a cessé d'augmenter depuis le milieu des années 1990 et la circulaire de 1993 qui instaurait les premières cellules d'accueil spécialisées pour les plus démunis. Le premier chiffre officiel est mentionné dans une circulaire datée de 1999 qui dénombrait 88 PASS à cette date et fixait comme objectif d'en atteindre 250 en 2009[1]. Cet objectif a rapidement été dépassé puisqu'en 2003, on en recensait déjà 369[2]. Le nombre de PASS a continué d'augmenter par la suite, mais sur un rythme plus lent. La Direction de l'Hospitalisation au Ministère de la santé mentionnait la présence de 400 PASS en 2008[3]. Un rapport de l'enquête menée à cette occasion[4] mentionne qu'il existe par ailleurs 58 établissements qui déclarent avoir une structure d'accueil des patients en situation de précarité autre que la PASS. La dernière circulaire en date (2013) évalue le nombre de PASS à 410 sur le territoire français[5]. Cette dernière vague de création de structures PASS s'explique par l'appel d'offre lancé en 2009 par le Ministère de la santé concernant la création de 72 nouvelles structures[6] selon trois axes prioritaires : PASS psychiatriques, PASS bucco-dentaires

---

[1] Circulaire DH/AF1 n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

[2] Fabre, Catherine, Vincent Baudot, Sibylle Toulemonde et Santé Gres Médiation, « Évaluation des permanences d'accès aux soins de Santé », 2003.

[3] DHOS, « Enquête nationale 2008 sur la mise en œuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé PASS », 2008a.

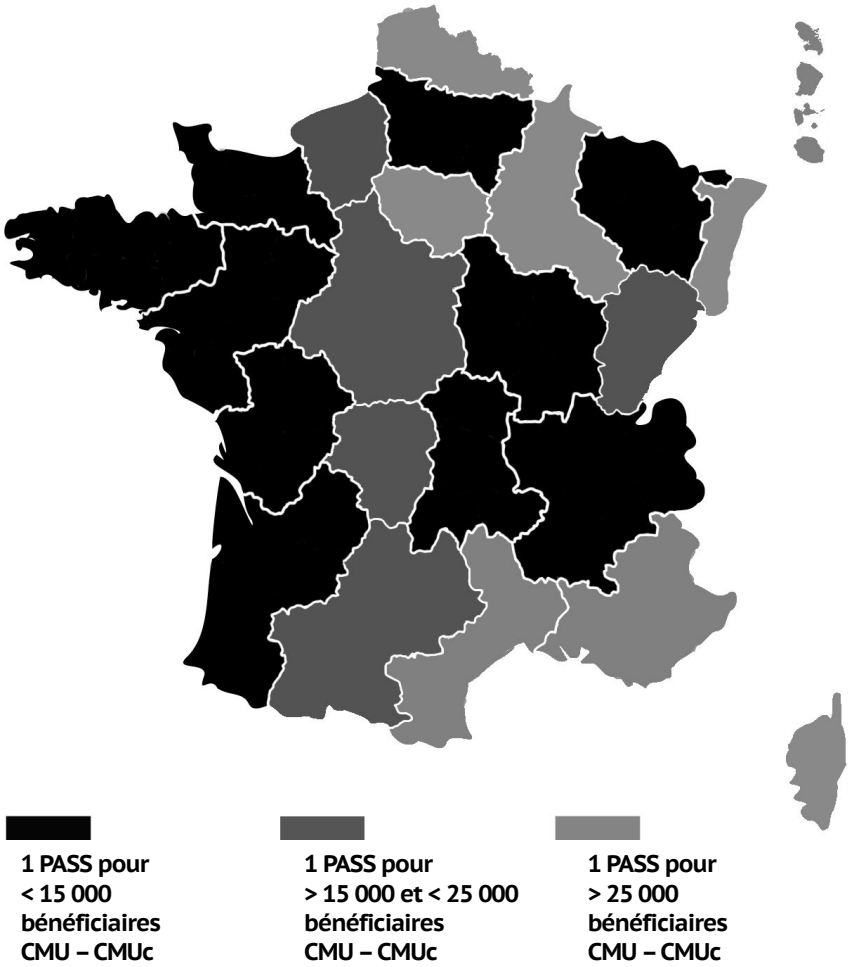
[4] Il n'existe aucun rapport officiel publié, nous disposons cependant d'une version électronique de ce rapport. Cette enquête par questionnaire a été réalisée par SurveyManager et supervisée par la société e-DB contact. Elle s'est déroulée entre le 27 octobre 2008 et le 31 novembre 2008. Les tableaux et graphiques dont la source est « DHOS-E1-Enquête PASS Décembre 2008 » proviennent de ce document.

[5] Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013a relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

[6] Si l'on additionne les 72 nouvelles PASS aux 400 existantes, on devrait arriver à un total de 472 et non 410. Il est possible que les 72 nouvelles structures n'aient pas toutes vu le jour. En effet, nous avons repéré un appel d'offre concernant la création d'une PASS sur le site internet de l'ARS de Lorraine (http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/DOSAAT/AAP_PASS/AAP_PASS_2013-Cahier_des_charges.pdf, consulté le 14 juillet 2015). On peut également supposé que le nombre de PASS a souvent été surévalué car il était estimé en fonction des déclarations des hôpitaux. Dans l'enquête de 2003 qui recensait 369 PASS, seules 229 PASS ont participé à l'enquête. Parmi celles n'y ayant pas participé, certaines ont précisé que la PASS n'existait pas sur leur établissement (voir plus bas la partie sur les PASS fantôme). Il est donc probable que les PASS qui ont « disparu » entre-temps correspondent à des structures qui ont fermé (ou qui ne reçoivent plus de financement).

**Carte n° 1 : Répartition des PASS par région selon le nombre de bénéficiaires de la CMU-CMUc (2008)**

**Source : DHOS-E1-Enquète Pass décembre 2008**




et PASS régionales. La multiplication et la spécialisation des PASS et des autres structures d'accueil des populations en situation de précarité[7] depuis le début des années 1990 sont des signes évidents d'une certaine institutionnalisation de l'espace du soin de la précarité à l'intérieur de l'hôpital public. Celle-ci s'accompagne d'une répartition des structures plus ou moins homogène sur le territoire (voir tableau n° 3 ci-dessous et carte n° 1 ci-dessus), même si des concentrations de structures PASS s'observent sur certaines régions comme en

[7] Nous ne prenons pas en compte ici d'autres structures qui prennent en charge des publics spécifiques qui sont entre autres caractérisés par la précarité (comme les Unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes ou les unités de consultation et de soins ambulatoires [UCSA] pénitentiaires).

Rhône-Alpes où 34 PASS généralistes et 5 PASS psychiatriques[8] sont recensées. La région Île-de-France rassemble également un nombre important de structures[9]. L'offre est particulièrement importante à Paris (13 PASS) et en proche couronne (6 PASS dans chacun des trois départements). Ces concentrations régionales laissent supposer que l'espace du soin de la précarité est davantage développé dans certaines aires géographiques.

Les PASS sont principalement présentes dans les gros établissements de santé (plus de 500 équivalents temps plein de personnels non médicaux), c'est le cas pour 75 % d'entre elles, surtout s'ils sont publics (88 % des PASS) et qu'ils ont des services d'urgence importants (76 % des PASS sont dans des hôpitaux dont les urgences ont plus de 15 000 passages par an)[10]. Cela confirme le rôle attribué à la PASS de désengorger les services d'urgence en prenant en charge les patients précaires, comme cela l'a été pensé lors du vote de la loi en 1998 (voir chapitre II). Alors que l'évolution dans le temps du nombre de PASS est le signe de leur institutionnalisation, on peut se demander si cette dernière s'accompagne d'une mise en œuvre des normes de l'espace du soin de la précarité dans les PASS.

Pour répondre à cette question, nous présentons dans ce chapitre le dispositif hospitalier de la Permanence d'accès aux soins de santé. L'objectif est d'identifier de manière générale la place qu'il occupe à l'intérieur de l'institution hospitalière et de poser le cadre nécessaire à une analyse plus détaillée des dynamiques internes façonnant l'action qui s'y déroule. Pour cela, nous proposons tout d'abord d'examiner son mode de financement, puis les caractéristiques principales de ses patients. Dans un troisième temps, les pratiques de soin et les différentes formes organisationnelles et de la PASS seront passées en revue.

---

[8] Ces chiffres sont ceux présentés par la coordinatrice régionale des PASS de la région Rhône-Alpes lors de la journée de l'association des professionnels des permanences d'accès aux soins de santé de Rhône-Alpes (APPASSRA) d'octobre 2012.

[9] Si l'enquête de la DHOS menée en 2008 ne recense que 24 structures dans cette région (voir tableau n° 1), d'autres sources en comptent beaucoup plus. Le rapport de la DRASS sur les PASS d'Île-de-France en 2009 indique qu'il existe 45 PASS financées sur la région francilienne, dont 28 s'insèrent dans un hôpital de l'AP-HP ; de son côté le « rapport de la formation spécialisée "usagers" 2007-2008 », produit dans le cadre de la conférence régionale de santé d'Île-de-France, ne compte pas moins de 53 PASS dont 27 PASS à l'AP-HP. Cette différence semble être le résultat d'une erreur du côté de la DHOS. Voir DRASS, « Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en Ile-de-France en 2009 », 2009 et Conférence Régionale de Santé d'Île-de-France, « Rapport de la formation spécialisée "usagers" 2007-2008, 2009 ».

[10] DHOS, *op. cit.*,2008a.

Tableau 3 : Répartition des PASS par région (2008)

| | PASS | Structure non déclarée PASS | Total |
|---|---|---|---|
| Rhône-Alpes | 32 | 2 | 34 |
| PACA | 21 | 3 | 24 |
| Île-de-France | 22 | 2 | 24 |
| Pays de la Loire | 18 | 3 | 21 |
| Aquitaine | 19 | 1 | 20 |
| Midi Pyrénées | 14 | 3 | 17 |
| Bretagne | 13 | 4 | 17 |
| Basse-Normandie | 11 | 5 | 16 |
| Nord pas de Calais | 14 | 2 | 16 |
| Lorraine | 14 | 2 | 16 |
| Languedoc-Roussillon | 14 | 2 | 16 |
| Poitou-Charentes | 13 | | 13 |
| Auvergne | 9 | 3 | 12 |
| Centre | 11 | 1 | 12 |
| Picardie | 12 | | 12 |
| Haute-Normandie | 10 | 1 | 11 |
| Bourgogne | 10 | 1 | 11 |
| Réunion | 7 | | 7 |
| Martinique | 4 | 3 | 7 |
| Champagne-Ardenne | 5 | | 5 |
| Alsace | 4 | 1 | 5 |
| Franche-Comté | 4 | | 4 |
| Limousin | 3 | 1 | 4 |
| Guyane | 2 | 1 | 3 |
| Guadeloupe | 1 | 1 | 2 |
| Corse | 1 | | 1 |
| Total | 288 | 42 | 330 |

Tableau 4 : Les permanences d'accès aux de santé (PASS) en Île-de-France

| | Nombre de PASS |
|---|---|
| Paris | 14 |
| Hauts-de-Seine | 6 |
| Seine-Saint-Denis | 6 |
| Val-de-Marne | 6 |
| Grand couronne | 21 |
| Île-de-France | 53 |
| France | 372 |

Sources Tableau 3 : DHOS-E1-Enquête PASS décembre 2008; Sources Tableau 4 : Ddass, Drass, d'Île-de-France situation au 31 décembre 2004

# 1 LE FINANCEMENT DES PASS

Il s'agit ici, en plus des détails techniques, de présenter les différents protagonistes qui entrent en jeu dans la question du financement des PASS et de montrer les enjeux que cette question représentent à leurs yeux et qui influent sur l'organisation et les pratiques.

## 1 - 1 Les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

Le financement global des PASS en 2010 s'élève à 42 383 464 € (la médiane est de 65 596 € par PASS, premier quartile à 42 785 € et troisième quartile à 105 633 €) et est réparti entre 389 établissements de santé[11]. Parallèlement à l'évolution du nombre de structures, ce budget est en constante augmentation ; il augmente de près de 36 % en quatre ans pour atteindre 57 millions d'euros en 2014 et de 10 % l'année d'après (62,6 millions en 2015). En comparaison, le budget des PASS n'était que de 3,2 millions en 1998. Il y a donc une volonté manifeste des pouvoirs publics de développer l'activité des PASS au niveau national. Cet argent sert principalement aux charges de personnels (84,2 % du budget total), le reste se réparti entre les charges à caractère médical, hôtelier ou d'amortissement[12].

Les PASS sont financées depuis 2005 au titre d'une Mission d'intérêt général (MIG), appelée MIG-PASS, qui s'inscrit plus largement à l'intérieur des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Auparavant, elles faisaient l'objet d'un financement à part qui était défini par les circulaires. Les MIGAC, introduites en 2005, correspondent aux activités des établissements de santé se situent en dehors du financement général de la tarification à l'activité (financement en fonction du volume et de la nature de l'activité appelé T2A)[13]. La particularité de ce mode de financement s'explique parce que le législateur à juger que les activités correspondantes ne devaient ou ne pouvaient pas être soumises aux variations de l'activité.

Deux modes de financement caractérisent aujourd'hui l'hôpital public : la tarification à l'activité (T2A) d'une part et le financement des MIGAC par enveloppe d'autre part[14]. Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008[15], ce sont 100 % des activités de la médecine, chirurgie et de l'obstétrique (MCO) qui sont financées grâce au système de la T2A, soit 72 % de

[11] Ministère de la santé et des sports, « Rapport 2010 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé », 2010.
[12] DHOS, *op. cit.*,2008a.
[13] Voir chapitre I pour plus de précisions sur le mode de financement des activités hospitalières et sur les MIGAC.
[14] Les MIGAC sont une catégorie « fourre-tout », elles financent les activités qui ne sont pas financées par la T2A.
[15] Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'hôpital (63 milliards d'euros en 2007). Les MIGAC quant à elles représentaient 15,9 % du budget global des hôpitaux en 2009, (soit 7,8 milliards d'euros). On a donc d'un côté des activités hospitalières mesurées et financées selon leur volume à partir d'un tarif par unité, qui est facturé à l'assurance maladie (elles sont soumises à la concurrence d'un marché virtuel au travers du programme d'information des systèmes d'information — PMSI)[16], et de l'autre, les activités des MIGAC qui conservent un mode de financement « par enveloppe ». Les MIGAC font donc l'objet d'un financement dérogatoire des prestations facturables puisque leurs activités ou structures sont financées en tant que telles. Même si le financement par dotation nationale des MIGAC (qui est un reliquat de feu le financement hospitalier par dotation globale) est théoriquement amené à disparaître à terme, son montant global n'a cessé d'augmenter ses dernières années puisqu'il était de 8,1 milliards d'euros en 2010, ce qui représente 5,8 % de plus par rapport à 2009.

Depuis le Plan Juppé de 1995, le financement général des hôpitaux relève de la loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) qui fixe, entre autres, un objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). L'ONDAM, et plus généralement le PLFSS, sont des outils mis en place afin de maîtriser les dépenses de santé en jouant notamment sur l'offre de soins[17]. C'est dans cette logique qu'en 2009, le législateur a décidé d'un gel « exceptionnel » de 15 millions d'euros sur le financement des MIGAC afin de respecter l'ONDAM. Le montant du gel s'est élevé à 222 millions d'euros en 2010, cet argent ne pouvant être « dégelé » qu'en fin d'année en cas de respect de l'ONDAM[18]. Ainsi, le financement des MIGAC est un outil privilégié dans le pilotage macro-budgétaire des dépenses d'assurance maladie[19]. Il est utilisé comme une variable d'ajustement des objectifs budgétaires, sans considération pour les missions auxquelles cet argent est destiné. Les gels des MIGACS ont eu des conséquences importantes sur le fonctionnement des hôpitaux comme l'illustre cet extrait d'entretien mené avec la directrice des affaires financières de l'hôpital C (CHU parisien) :

> **Marie Pralaut** : « [...] c'est en gros 600 millions de budget de dépenses [dépenses globales de l'hôpital C] ; en recette en 2011, on est à 10 millions de déficit. Donc là, je parle sur l'exploitation, pas sur l'investissement. Voilà, on est déficitaire. Même si on a une trajectoire qui s'est améliorée, on était à moins 24 millions en 2007 et on s'est amélioré. Là, normalement, on aurait été proche de l'équilibre

[16] L'objectif de ce mode de financement annoncé par le législateur est l'amélioration de la productivité et la réduction des coûts (voir par ex. : Ministère de la santé et des sports, *op. cit.*, 2010.).

[17] Hassenteufel, Patrick, *Les Médecins face à l'État: une comparaison européenne*, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1997, 384 p., cité par F. Pierru dans *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, coll. « Collection Savoir-agir de l'Association raisons d'agir », 2007, 319 p.

[18] Jégou, Jean-Jacques, « Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation », Sénat, 2011.

[19] Il constitue en fait le seul outil modulable étant donné que le reste du financement hospitalier correspond au remboursement d'une activité réalisé et dont le tarif est fixe pour une année.

et puis il y a eu un gel national des MIGAC, et nous on a perdu 8,3 millions d'euros de MIGAC. Donc dans les 10 millions, il y a 8 millions 3 de, nous on dit, de choc exogène quoi. »[20]

Les MIGAC recouvrent des activités très différentes. Il y a deux grandes classes de financement : les missions qui relèvent de « l'intérêt général », qu'on appelle les MIG, et l'aide à la contractualisation (AC). L'aide à la contractualisation permet de financer ponctuellement et temporairement les établissements de santé pour qu'ils mettent en œuvre les adaptations de l'offre de soins et pour accompagner l'installation du modèle de financement de la T2A. Elle représente 25 % du total de l'enveloppe MIGAC. Concrètement, cette branche sert à financer le développement ou l'amélioration d'une activité, le maintien d'une activité déficitaire ou à restructurer et soutenir les établissement déficitaires qui rencontrent des difficultés dans la mise en place du système de la T2A. La partie AC (Aide à la contractualisation) des MIGAC correspond à des financements destinés à disparaître sur le court terme car ils ont été pensés comme un accompagnement dans la réforme de la T2A. De l'autre côté il y a les missions d'intérêt général (MIG) ; elle sont définies par arrêtés ministériels[21] et recouvrent deux grands types d'activité. Il y a d'une part les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation qui financent principalement les activités d'enseignement et de recherche, elles correspondent à 45 % du total de l'enveloppe MIGAC. Enfin, il y a les autres MIG (30 % du total), pot-pourri des activités hospitalières qui, d'une part, ne sont pas toujours compatibles avec le mode de calcul de la T2A — ne sont pas codifiées par le PMSI en Groupe homogène de malade (GHM) ou en Groupe homogène de séjour (GHS) et qui ne peuvent donc pas rentrer dans le financement de la T2A —, et qui, d'autre part, en raison de leur caractère de mission d'intérêt général doivent être assurées dans tous les cas. Les MIG recouvrent un nombre important d'activités hospitalières, comme la participation aux missions de santé publique (veille épidémiologique, dépistage anonyme et gratuit, aide médicale urgente [SMUR, SAMU], veille sanitaire, prévention et éducation à la santé, etc.), la participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques, la permanence des soins hospitalière, la prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnatals de proximité, la prise en charge des détenus (UCSA), la prise en charge spécifique des patients en situation de précarité, etc. C'est dans cette catégorie que se trouve la MIG PASS. Il existe également une « MIG précarité » qui existe depuis 2009 et qui est destinée aux établissements de santé recevant le plus de personnes en situation de précarité (calculée en fonction du nombre de patients reçus bénéficiant de la CMU, CMUC, AME et

[20] Extrait d'entretien avec la directrice financière de l'hôpital C, février 2012.

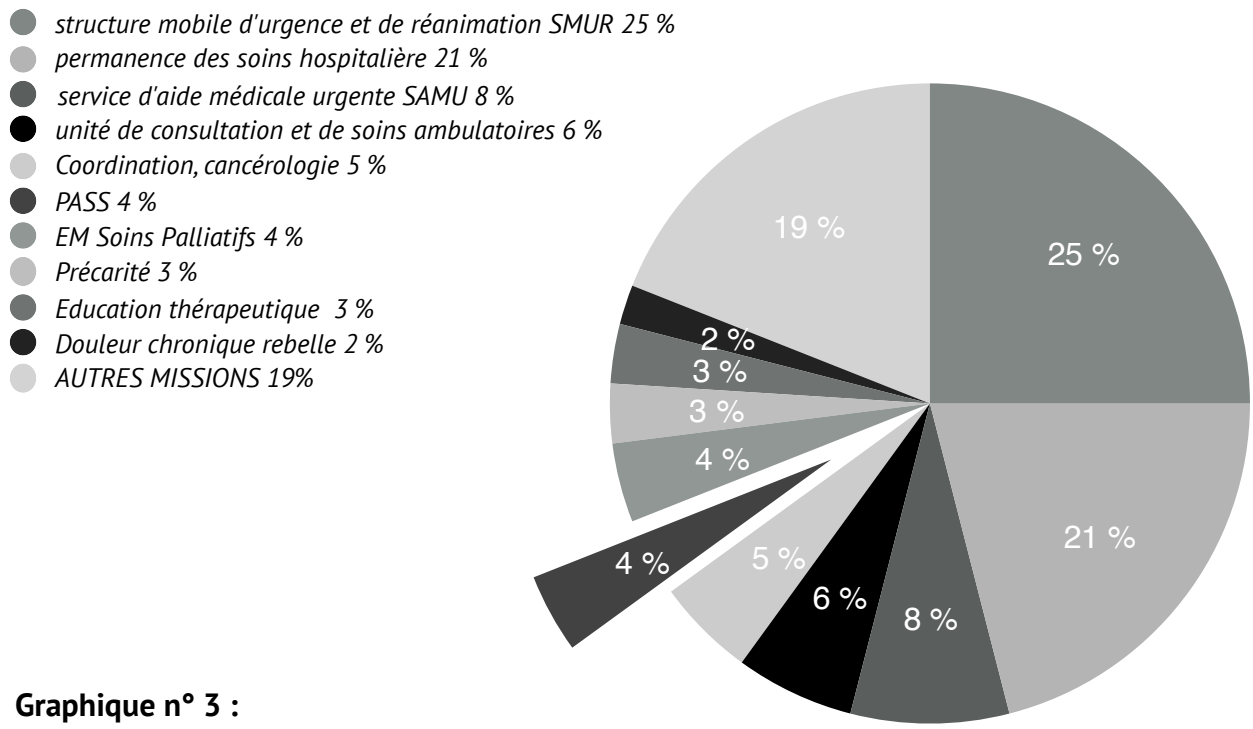
[21] Le dernier date de 2015 (Arrêté du 22 avril 2015 fixant pour l'année 2015 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale), les arrêtés sont actualisés au fil du temps, ils définissent notamment le montant des MIG et leur répartition régionale.

Soins urgents et vitaux) afin de compenser les « surcoûts naturels » liés à la prise en charge de ces publics. Cette MIG était financée à hauteur de 150 millions d'euros en 2010, soit un budget plus de trois fois supérieur à celui des PASS ; elle n'est cependant pas destinée à financer un dispositif spécifique, mais à compenser des pertes budgétaires qui seraient liées à la prise en charge de la précarité (notamment par le renforcement du service social).

> **Gilbert Herault** : « Faut voir que l'éligibilité à la MIG ne donne pas un droit automatique à une perception du financement. Parce que là-dessus, il ne faut pas oublier que la MIG reste un financement compensatoire, une dotation compensatoire. C'est-à-dire qu'il y a deux choses qu'on doit retenir sur cette notion de dotation compensatoire, soit l'ARS, au niveau régional, nous estimons nécessaire de compenser des coûts déjà engagés par l'établissement, soit depuis plusieurs années, soit à un moment donné, donc nous le finançons à ce titre. Soit parce que la mission n'est pas assurée, par exemple dans un lieu de désert médical et qu'on veut développer cette activité, on le finance. [...] Mais globalement, il faut garder à l'idée que c'est une dotation compensatoire. [...] Et en fait, la MIG vient en complément de tous les autres financements qui peuvent exister. [...] En gros, mécaniquement la part du financement des MIG devrait baisser et celle-ci [la part de la T2A] devrait augmenter. En gros, le fait est que les MIG ne sont pas dans la T2A parce que justement cette activité pour l'instant n'était pas suffisamment valorisée. Mais à côté de ça, c'est en attendant d'être suffisamment valorisée pour intégrer les tarifs (la T2A). »[22]

Il est important de saisir que, dans l'esprit du législateur, et comme l'exprime cet employé d'une Agence régionale de santé (ARS), les MIG existent de manière transitoire pour substituer la tarification à l'activité (T2A) là où elle ne peut être mise en place (parce qu'il n'existe pas d'outils pour le faire notamment) et pour des activités dont le législateur estime qu'elles relèvent de l'intérêt général. Ainsi, dans cette vision, à mesure que les outils de mesure de l'activité s'amélioreraient, les activités jusqu'ici couvertes par une MIG devraient basculer dans un mode de financement T2A. Cela reste évidemment très théorique, car comme on l'a vu, le montant des MIGAC augmente substantiellement chaque année et aucune tendance inverse ne semble se dégager. Cependant, ce discours implique une représentation des activités financées par les MIG comme étant tendanciellement illégitimes dans le sens où elles ne sont pas « valorisables » dans le modèle comptable et gestionnaire de la T2A.

[22] Extrait d'entretien avec le chargé du suivi et du financement des Missions d'Intérêt Général (MIG) à l'ARS A, octobre 2012.




**Graphique n° 3 :**
**Répartition 2009 de la dotation des "autres MIG" (missions d'intérêt général)**

## 1 - 2 La MIG PASS au niveau national

Le budget des PASS (42 383 464 € en 2010) représente seulement 5 % de la dotation des MIG (voir graphique n° 3) pour le détail de la répartition), 0,5 % de l'enveloppe globale des MIGAC et 0,05 % du budget de l'ONDAM hospitalier : une goutte d'eau. Les ressources des MIG distribuées par les ARS sont, selon les cas, allouées en fonction d'un cadre ou de règles définis nationalement. Le calcul du montant de la MIG PASS par structure est précisé dans les différents textes officiels. La première circulaire, qui date du 17 décembre 1998[23] prévoyait un financement par délégation de crédits sur la base « de critères de précarité globaux » (par exemple, le nombre de bénéficiaires d'allocation à caractère social), critères que les instances régionales étaient censées utiliser pour définir le nombre de PASS sur leur territoire. Une somme moyenne de 250 000 francs (38 112 €) par PASS pour les coûts de fonctionnement était prévu. La seconde circulaire[24] vise à compléter la partie financement et propose une grille d'évaluation de la PASS. Le financement est prévu au coût réel pour une moyenne de 250 000 francs (38 112 €) et un

[23] Circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Consultable sur internet (http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-01/a0010045.htm, consulté le 13 janvier 2015 et en annexe).

[24] Circulaire DH/AF1 n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Consultable sur internet : http://i.ville.gouv.fr/sfPropelFileAssoc/download/file_id/185, consulté le 21 janvier 2015.

maximum de 500 000 francs (76 224 €) par an et par PASS, budget qui s'ajoute donc à la dotation régionale globale de dépenses hospitalières (mode de financement avant l'arrivée de la T2A). La dernière circulaire date du 18 juin 2013[25], elle propose de calculer le budget de la PASS en fonction du nombre de patients qu'elle a reçus au moins une fois (cf. tableau n° 5) :

| Montant du budget annuel (dotation MIG) | Seuil minimal d'activité annuelle (évalué par le nombre de patients vus au moins une fois) |
|---|---|
| 50 000 < 100 000 € | 100 patients |
| 100 000 < 150 000 € | 200 patients |
| 150 000 < 300 000 € | 400 patients |
| 300 000 < 450 000 € | 1 000 patients |
| > 450 000 € | 1 600 patients |

**Tableau n° 5 Répartition budgets PASS selon le nombre de patients**

*(Source : Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin)*

La circulaire précise que le budget de la PASS couvert par la MIG doit intégrer les frais de personnel ainsi que tous les frais liés à son activité (dépenses pharmaceutiques, frais d'examens médicaux, prestations d'interprétariat, etc.), suggérant ainsi qu'il doit correspondre aux frais réels de fonctionnement de la structure. Ce sont les ARS qui ont la charge de vérifier, pour chacune des PASS de leur région, l'adéquation entre « l'activité mesurée par le nombre de patients accueillis » et le montant de la dotation affectée. Plus encore, c'est l'ARS qui en première instance reçoit et redéploie la MIG PASS entre les établissement de santé de la région.

## 1 - 3 La MIG PASS au niveau local

> **Marie Pralaut** : « Donc les MIGAC pour nous c'est 107 millions d'euros, je vous disais, en gros sur 580 (millions d'euros de budget global). Donc, voilà, c'est un sixième de la ressource et ça peut servir, j'aime pas l'expression, de coussin amortisseur, parce que on n'est pas tout à fait…, sur certaines MIGAC fléchées, parce que elles sont fléchées sur des thèmes, parfois on dépense plus et parfois on n'est pas tout à fait au niveau de dépenses en face. Après, ça dépend, par exemple sur la MIG PASS, si on prend vraiment les dépenses directes en personnel, en médicaments, en recours au plateau technique, on ne dépense pas la totalité de l'enveloppe. […] » […]
> **JG** : « Mais les MIGAC servent un peu de variable d'ajustement dans les finances de l'hôpital ? »

[25] Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Consultable sur internet : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0078.pdf.

**Marie Pralaut** : « Oui, c'est une sécurité aussi parce que la MIGAC, on sait qu'on l'a, elle est allouée en début d'année, après il y a des réajustements, il y a des éventuels gels (ironique) sur des parties. »[26]

Si les MIGAC sont un outil d'ajustement budgétaire des dépenses de santé au niveau national, elles le sont également au niveau local. Le financement de l'hôpital que propose la réforme de la T2A se base principalement sur le volume et la nature de l'activité réelle, chaque acte et chaque séjour correspondent à un prix calculé à partir du PMSI, il ne laisse donc que peu de marge de manœuvre budgétaire (pour disposer de plus d'argent, il faut forcément soit diminuer les coûts, soit augmenter la productivité). Le financement forfaitaire dont bénéficient les MIGAC offre, au contraire, une plus grande liberté d'action dans le pilotage budgétaire grâce à des jeux de vases communicants par exemple. Ainsi, si les activités financées par la T2A constituent la grosse part du financement hospitalier, les MIGAC ne sont pas pour autant négligeables, d'autant moins qu'elles sont nécessaires à l'équilibre financier de l'hôpital. Par exemple, le montant des MIGAC dans le budget de l'hôpital C en 2011 était de 107 millions d'euros sur un budget total de 600 millions, soit un peu plus d'un sixième. Dans le contexte du tout T2A, l'argent des MIG constituent donc un enjeu important car il représente la seule manne permettant d'équilibrer les finances en compensant notamment les activités déficitaires ou des dépenses non maîtrisées.

*Encadré n° 3*

### *Des modes de financement complexes, l'exemple du référentiel des PASS de la région Pays de la Loire*

*L'ARS de la région Pays de la Loire a adopté un référentiel afin de répartir les enveloppes de la MIG PASS. Une PASS doit répondre à plusieurs critères pour être reconnue comme telle. Elle doit notamment s'inscrire dans un établissement qui a une autorisation d'activité de médecine. L'activité de la PASS doit être dédiée aux populations précaires et elle doit en couvrir les frais (médicaments gratuits, recours au plateau technique sans facturation, etc.).*

*Le montant de la MIG est calculé en fonction d'indicateurs quantitatifs (nombre de personnes accueillies, nombre de nouveaux consultants, nombre de passage aux urgences, nombre de consultations médicales et sociales dispensées au titre de la PASS) et qualitatifs (présence de quatre référents clés [directeur de l'hôpital, médecin, cadre de santé, assistant social], la date du dernier comité de pilotage avec les quatre référents). Si les conditions des indicateurs qualitatifs ne sont pas remplies, l'ARS ne verse que 60 % de la MIG PASS, si les indicateurs d'activités (quantitatifs) ne sont pas complets, l'ARS ne verse que 80 % du montant de la MIG PASS.*
*Le personnel dédié à la PASS est calculé en fonction du nombre annuel de passage aux urgences dans l'hôpital et du nombre de*

[26] Extrait d'entretien avec la directrice financière de l'hôpital C, février 2012.

*nouveaux consultants à la PASS (forfait établi par tranche de 10 000 passages et tranche de 20 nouveaux consultants). Du temps dédié d'un praticien hospitalier est financé à partir de 60 000 passages aux urgences et à condition que la PASS soit organisée en service.*

---

Ce gouvernement budgétaire hospitalier, en partie basé sur le détournement à d'autres fins d'une partie du montant de financements ciblés (principe des vases communicants), est rendu possible par le système de financement des MIGAC. Les MIGAC sont réparties contractuellement par les Agences régionales de santé (ARS) aux hôpitaux selon un système d'enveloppes fléchées, dont le montant fait l'objet d'un calcul qui est différent selon l'activité (par exemple le nombre de personnes vues à la PASS). Les modes de répartition varient également entre les ARS, le mode de calcul et de partage est laissé à leur appréciation, les circulaires n'ayant pas valeur règlementaire, mais interprétative[27]. D'une manière générale, l'activité d'une MIG et son opportunité doivent être reconnues par l'ARS. En ce qui concerne les PASS d'Île-de-France par exemple — mais cela semble être un mode de calcul courant — le montant du budget a jusqu'ici été calculé en fonction d'une activité déclarée que les hôpitaux faisaient remonter vers l'ARS. Mais s'agissant d'une enveloppe fermée (le montant est calculé au niveau national et réparti ensuite au niveau des régions), le budget alloué aux différentes PASS de la région ne correspond pas forcément exactement aux dépenses qui ont été communiquées, car l'ARS redistribue la totalité du montant qui lui a été alloué. Cela signifie que l'enveloppe de la MIG PASS peut être inférieure ou supérieure au montant du budget réel de la PASS. Comme le disait un peu plus haut le responsable du suivi des MIG, la MIG PASS est une dotation compensatoire, elle ne correspond donc pas forcément aux coûts réels de l'activité. De l'autre côté, l'hôpital peut disposer de l'argent comme il le souhaite, il n'y a aucune obligation *a priori* à utiliser cet argent pour le fonctionnement de la PASS. Même si pour bénéficier de la MIG PASS l'année d'après, il faudra que l'hôpital déclare l'activité de la structure en fonction de laquelle l'ARS ajustera le montant de la somme allouée. Le caractère déclaratif des chiffres communiqués aux ARS a donné lieu à une pratique, courante dans l'espace social hospitalier par ailleurs, celle de « gonfler » les chiffres de l'activité pour obtenir un financement le plus important possible :

> **Marie Pralaut** : « Pourquoi les PASS ça a été mis en cause ? Les PASS aussi, c'est parce qu'on est parti sur du déclaratif fait par les établissements en 2004. À l'AP-HP, notamment, c'est du déclaratif, donc le jeu c'est que..., il y en a qui ont été honnêtes qui ont déclaré leurs vraies dépenses et puis il y en a qui ont chargé la mule et du coup par rapport à l'enveloppe MIGAC

[27] Voir l'encadré n° 3 l'exemple d'un référentiel régional d'une ARS qui mentionne les conditions de financement.

qu'avait le siège, l'AP-HP n'a pu, a dit " bon bah par rapport au déclaratif, je finance 75 % parce que si je donne tout le déclaratif, j'ai pas assez de MIGAC, du coup j'abats à 75 %. Mais 75 %, il y avait ceux qui avait déclaré juste et du coup qui se sont vu abattre de 25 %, il y a ceux qui avaient sur-déclaré qui se retrouvaient bien. Donc il y a eu ce jeu-là, on a sur-déclaré aussi. Et du coup maintenant, mais ça il y a vraiment un travail de mise à plat, où on décrit mieux ce qu'on fait et ce que ça nous coûte réellement. Et pourquoi du coup on reprend un peu, on avait aussi sur-déclaré la dépense quoi. »[28]

**Amandine Cornet** : « [...] l'absurdité de ce déclaratif a fait que l'hôpital M [hôpital parisien situé dans un quartier aisé] était l'hôpital qui recevait le plus de précaires, [...] non seulement de Paris, mais du monde entier. Bon ça, c'était assez visible, ils ont pas été très discrets. »
**J.G.** : « Ils ont compté tous les patients des urgences (dans l'activité de la PASS) ? »
**Amandine Cornet** : « Alors ils ont compté tous les patients de l'hôpital, quelque soit la structure d'accueil, en ambulatoire et en hospitalisation, les " sans ", les AME, les CMU, CMUc. Pour moi, les CMU ne sont pas des précaires, c'est pas un indicateur de précarité la CMU [il n'y a pas de critère de revenus pour obtenir la CMU]. La CMUc oui. [...] Et donc il est devenu l'hôpital, le plus... Ils auraient été un peu plus discrets dans leurs calculs, effectivement on se serait pas posé la question. »[29]

Ainsi, certaines directions n'hésitent pas à « gonfler » artificiellement les chiffres de l'activité de la PASS dans le but d'obtenir indûment une MIG PASS élevée. Cette pratique est particulièrement visible dans les PASS qu'on a appelées « fantômes » — celles qui n'existent que sur le papier (voir la troisième sous-partie de ce chapitre) —, mais elle n'y est pas cantonnée, loin s'en faut. Amandine Cornet expliquait qu'à l'AP-HP toutes les directions d'hôpital manipulent les chiffres de l'activité déclarée de la PASS dans ce sens, cette information a été confirmée à demi-mot et généralisée aux autres hôpitaux par le chargé du suivi des financements MIGAC à l'ARS A (voir les extraits d'entretien ci-dessus).

**Amandine Cornet** : « Il y a eu une étude de l'ARS sur les PASS cet été et il se trouve que je l'ai centralisée. Et l'AP-HP a décidé que, en tout cas pour la partie budgétaire, on rendrait pas site par site, mais globalement pour l'AP-HP. Donc ça réglait les problèmes voilà (sous-entendu que l'AP-HP n'a pas de visibilité sur la comptabilité des PASS site par site) ! Et donc c'était avec la direction des finances centrales qu'on a essayé de donner un budget qui soit cohérent. [...] J'ai jamais vu un état comptable fait comme ça ! Mais vraiment ! C'était "bon, là on rajoute ça, là on prend ça, bon là ça l'équilibre, bon allez, d'accord, top, là, c'est bon c'est comme ça !" J'ai jamais vu faire comme ça ! Alors je pense que c'était pour rendre à l'ARS. Je pense que eux, savaient grosso modo, l'argent qui rentrait et les dépenses qu'il y avait. Mise en miroir, pas sûr, mais voilà. Mais là, pour pouvoir rendre un état budgétaire à peu près cohérent à l'ARS, ça a été un marchand de tapis ! D'ailleurs on l' a pas rendu en l'état, on a rendu un tout petit tableau à l'ARS. On n'a pas donné le compte d'exploitation, parce que ça c'était juste pas possible. »[30]

De son côté le siège de l'AP-HP, qui centralise la totalité de la MIG PASS (plus de neuf millions d'euros par an) qu'il redistribue ensuite entre les 28 différentes PASS, ne semble pas avoir de réelle visibilité sur la manière dont les MIG PASS distribuées sont dépensées par les hôpitaux. Ou plutôt, s'il possède les moyens de le savoir, il n'a pas l'air de le vouloir et

[28] Extrait d'entretien avec la directrice financière de l'hôpital C, février 2012.
[29] Extrait d'entretien avec la cadre du service social travaillant au siège de l'AP-HP, février 2013.
[30] *Id. ibid.*

s'accommode de cette incertitude, davantage acceptable que la certitude de pratiques budgétaires ne suivant pas les règles du jeu.

> **Gilbert Herault** : « Quand je disais tout à l'heure que parmi les enjeux, il y a des enjeux à être conforme aux dispositions de l'Union Européenne, c'est que l'Union Européenne souhaite également qu'on puisse clarifier ce qui est financé en MIG. C'est-à-dire qu'on doit maintenant justifier les critères d'attribution des MIG. La question c'est plutôt de définir des critères [...] et de les publier, d'être beaucoup plus transparent sur les critères d'attribution. Bien sûr, il se peut qu'au final tous les établissements ne soient pas forcément bien lotis, mais l'enjeu c'est surtout de rendre les critères équitables et qu'ils seront exactement les mêmes pour tous. [...]
> « Ok, on donne tant à tel établissement au titre de telle MIG. Ok, maintenant, la question c'est "qu'est-ce que ça couvre réellement ? Est-ce que l'activité existe ? Est-ce que ça a vocation à exister ? Est-ce que le niveau de dotation est conforme à l'activité ? Etc., etc." Ensuite, nous, nous sommes donc la partie financière, donc nous, nous venons plutôt en appui je dirais technique, ou en appui financier des référents thématiques qui eux, je dirais, ont l'expérience nécessaire pour estimer la pertinence du maintien ou de l'évolution, je dirais, d'une mission dans tel hôpital. Là-dessus, sur la partie financière, j'accompagne Caroline pour, justement, pour voir un peu plus clair, sur que sont les PASS, ce que ça devrait être et ce qu'on espère que ça va devenir. »[31]

> **Caroline Touraine** : « Bah à partir du moment où le référentiel s'engage, si tu veux, à mettre un certain nombre de, d'actions en œuvre, après la MIG, il [l'hôpital] en fait ce qu'il veut, si, mais a priori il faudra bien qu'il finance ce qu'il met en œuvre et la MIG ne couvrira peut-être pas tout ce qu'il faut mettre en œuvre. [...] Donc oui, l'idée c'est d'avoir..., c'est un double mouvement, c'est à deux niveaux, c'est à la fois pouvoir rendre compte mieux de l'argent qui a été utilisé en termes de MIG, parce que ça c'est une exigence européen[ne], là aujourd'hui ça s'apparente à de la subvention, c'est pas vraiment un financement en tant que tel, parce qu'il n'y pas de remontées suffisamment formelles de à quoi sert l'argent, etc. Donc il y a besoin d'avoir une lisibilité, une traçabilité. [...] Et puis d'autre part faire en sorte que les hôpitaux qui mettent en place des PASS, mettent bien en place le minimum exigé par une PASS. Parce qu'on se retrouve avec des hôpitaux par exemple qui n'accueillent pas de gens qui n'ont pas de droits potentiels, tu vois, il y a des choses qui font vraiment un peu souci. »[32]

Cependant, cette utilisation des enveloppes MIG comme un « outil » budgétaire est remise en cause au niveau des tutelles. La MIG PASS s'apparente à de la subvention car elle finance *a priori* une activité qui ne fait pas l'objet d'une mise en concurrence (même fictive, comme le sont les activités de MCO). Or la logique de la subvention va à l'encontre des nouvelles règles néo-libérales et néo-managériales préconisées par le ministère et par l'Union européenne. Pour lutter contre ces problèmes la circulaire de 2013[33] a établi un référentiel *a minima* de ce que doit être l'activité d'une PASS et mis en place le système de financement indexé au nombre de nouveaux patients vus à la PASS sur une année (voir tableau n° 4 ci-dessus). C'est aux ARS de veiller au bon fonctionnement des PASS et à la bonne allocation des MIG PASS. C'est ce qu'essayent de faire Gilbert Herault et Caroline Touraine qui travaillent à l'ARS A. G. Herault est le chargé du suivi du financement des MIG et C. Touraine est chargée des questions relatives à la précarité, elle est notamment en

[31] Extrait d'entretien avec le chargé du suivi et du financement des Missions d'Intérêt Général (MIG) à l'ARS A, octobre 2012.
[32] Extrait d'entretien avec une cadre en charge du dossier des PASS à l'ARS A, janvier 2012.
[33] *Op. cit.*

charge du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et des PASS. Ensemble, ils construisent un référentiel commun régional qui définit ce que devrait être une PASS (ses formes organisationnelles possibles, les personnes qui y travaillent, son activité) et comment on mesure l'activité (nombre de patients vus selon les professionnels, le nombre de médicaments délivrés, etc.). Ce travail a entre autres objectifs d'avoir, à terme, une mesure plus fidèle de l'activité des PASS sur la région et d'ajuster en conséquence les financements accordés à chaque établissement.

## 1 - 4 Conclusion partielle

Le financement des PASS dépasse largement ce seul dispositif et reflète les enjeux financiers contemporains auxquels l'hôpital doit faire face. À la suite d'une rationalisation et d'un important ralentissement de l'accroissement des dépenses publiques de santé qui ont donné lieu à une mise en concurrence de l'activité hospitalière, les modes de financements hospitaliers se sont profondément transformés ces dernières années (voir chapitre I). Cependant, si le financement traditionnel par enveloppe s'est largement réduit, la part de ces financements (MIGAC) reste importante et constitue un enjeu de taille pour les hôpitaux. Le financement de la PASS s'inscrit dans cette logique : pour les directions des hôpitaux, plus qu'un simple financement qui couvrirait de façon précise et stricte les dépenses de la PASS, il s'ajoute aux autres financements MIGAC dont l'accumulation détermine en partie leur marge de manœuvre budgétaire. Il est important de le souligner car cela joue fortement sur les motivations des différents acteurs dans leur engagement pour la PASS. Cela est particulièrement vrai pour certaines directions qui voient dans la PASS une manne financière, ils n'ont dans ce cas pas intérêt à la voir disparaître, mais n'ont pas non plus intérêt à augmenter l'activité au risque de réduire sa marge de manœuvre budgétaire.

D'un autre côté, le financement par enveloppe au travers des MIG protège la PASS d'une organisation gestionnaire et néo-managériale qu'exige le financement de la T2A pour la plupart des activités de soin hospitalière. En cela, son activité n'est donc pas soumise aux normes d'efficacité et de rentabilité. Du moins, c'est ce que laisse suggérer son mode de financement. En fait, et nous le verrons dans la suite de ce travail, la PASS n'échappe pas à toutes les contraintes de la nouvelle gouvernance hospitalière qui passent par d'autres canaux que celui de son financement pour imposer une organisation orientée par ces normes dominantes.

# 2 LES PATIENTS

Nous allons nous intéresser désormais aux patients des PASS. Qui sont-ils ? Quelles sont leurs caractéristiques socio-démographiques principales ? Sont-elles les mêmes dans toutes les PASS ? Quelle est la place des patients à l'intérieur de l'hôpital ? Comment sont-ils perçus à l'intérieur de l'hôpital ? Pour répondre à ces questions nous examinerons, dans un premier temps, les rapports d'activité des PASS collectés[34] lors de l'enquête empirique, les quelques enquêtes réalisées par le milieu associatif et institutionnel dont une partie a porté sur les utilisateurs du dispositif[35] et un article qui analyse le profil socio-démographique et médical des patients de cinq PASS parisiennes[36]. Dans un second temps, nous mobiliserons l'enquête empirique (observations et entretiens) afin de saisir la place des patients à l'intérieur de l'hôpital.

## 2 - 1 Résultats de l'analyse des données statistiques sur les PASS[37]

Les données issues des rapports d'activité sont à prendre avec précaution pour deux raisons qui s'articulent : d'une part, il n'existe aucun moyen de vérifier leur exactitude et elles ne font pas l'objet de contrôle, elles sont dites « déclaratives » ; d'autre part, comme on vient de le voir, ces données ont des enjeux tels qu'elles constituent bien souvent un instrument à l'usage de groupes aux intérêts différents : le rapport d'activité peut permettre aux directeurs d'hôpital d'appuyer les demandes de financement pour la structure (MIG PASS) auprès des tutelles, car le montant est en partie défini par le nombre de patients vus à la PASS. De l'autre côté, certains professionnels de la PASS, ne disposant pas des outils nécessaires (informatiques notamment) à la mesure de leur activité, sont également tentés

[34] Les rapports d'activité (16 rapports d'activité entre 2009 et 2012) ont été collectés dans 10 PASS différentes qui ne correspondent pas toutes à celles où ont été réalisés les entretiens et les observations. Certains ont été collectés directement lors de la présence de l'enquêteur dans la PASS, alors que d'autres ont été reçus par e-mail à l'occasion d'une demande sur une liste de diffusion. Nous disposons également de la base de données de l'enquête EvaPASS qui est une enquête interne de l'AP-HP où ont été récoltées anonymement les données sociales et médicales de 895 patients de 8 PASS de CHU de la région parisienne en 2012.

[35] Médecins du Monde, « État des lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé en Île-de-France », 2011 ; Médecins du Monde, « État des lieux des Permanence d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent, 2010 » ; Conférence Régionale de Santé d'Île-de-France, « Rapport de la formation spécialisée « usagers » 2007-2008, 2009 ». Voir notamment la partie III « Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), p. 16-18 ; Fabre, *et alii*, *op. cit.*, 2003 ; Maric, Michel, Gregoire Emmanuel et Leporcher Lucie, « La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins », Document de travail, série Études et recherche, n° 81, 2008.

[36] Kaoutar B., Gatin B., Champs-Leger H. de, Vasseur V., Aparicio C., Gennes C. de, Lebas J., Chauvin P. et Georges C., « Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) parisiennes », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 35, n° 11, Novembre 2014, p. 709-714.

[37] Afin de faciliter la lecture, nous reprenons dans la prochaine sous-partie les principaux résultats de l'analyse des différents documents que nous avons rassemblés. L'analyse détaillée, ainsi que les références, se trouvent en annexe.

de jouer avec ces paramètres afin de faire reconnaître leur activité dans l'hôpital (voir chapitre V). Enfin, les rapports d'activité dont nous disposons, qui nous ont été communiqués volontairement, sont ceux des PASS qui fonctionnent particulièrement bien et qui ont donc une activité qui est supérieure à la moyenne. L'intérêt cependant est que ces PASS fonctionnelles ont souvent mis un point d'honneur à rendre aussi complets que possible ces rapports d'activité où le travail social est notamment mis en valeur. C'est là l'une des particularités du soin de la précarité : redonner un rôle central au travail social dans la prise en charge. Cela représente pour nous une source riche d'informations sur les conditions sociales et administratives des patients. Les rapports d'activité dont nous disposons ont été produits par les agents des PASS concernées. Nous avons essayé, dès qu'il était possible, de nous baser sur les enquêtes nationales. Les enquêtes réalisées sur l'activité des PASS que nous utilisons ici permettent d'apercevoir les différences de volume d'activité qui peuvent exister entre les PASS.

D'une manière générale, les patients des PASS sont pour deux tiers d'entre eux des hommes et en âge de travailler pour la plupart. La plupart d'entre eux n'ont pas de couverture maladie[38]. Les indicateurs de précarité et de pauvreté sont très présents : presque tous les patients n'ont pas ou peu de revenus, vivent dans des conditions de logement très difficiles (ils sont hébergés, sans-abri, vivent en squat ou en foyer, etc.), ont des liens sociaux fragiles (ils vivent souvent seuls, sont en France depuis peu de temps, etc.). Une part importante des patients ne maîtrise pas la langue française. Le fait le plus marquant est la prévalence du critère de nationalité puisque les étrangers sont largement surreprésentés dans les PASS par rapport aux personnes de nationalité française[39]. En outre, plus la PASS concentre des patients précaires, plus ces derniers sont des étrangers. De manière générale, on peut dire qu'il y a une claire corrélation entre la nationalité et les différentes formes de précarité : plus la part de Français baisse et plus les indicateurs de précarité (absence de logement, absence de couverture maladie, absence de revenus) augmentent. Parmi les patients étrangers, un grand nombre est arrivé en France récemment (depuis moins de trois ans). On note également une forte proportion de patients ne disposant pas de titre de séjour en règle (voir encadré n° 4 ci-dessous et analyse en annexe 1). Cela n'est pas très étonnant car les étrangers en situation irrégulière nouvellement arrivés en France (moins de trois mois) font partie des rares catégories administratives à n'avoir le droit à aucune protection maladie. Mais parmi les patients étrangers, plus nombreux sont encore ceux en attente

[38] Cette proportion varie fortement d'une PASS à l'autre. Dans certaines structures plus de la moitié des patients reçus ont une couverture maladie, alors que d'autres reçoivent presqu'exclusivement des patients sans couverture maladie. Voir détail en annexe.

[39] La moyenne nationale est à 50 % de patients étrangers ; dans les grandes villes cette proportion monte à 70 %, voire à 80 % sur les PASS parisiennes, elle peut grimper jusque 90 % dans certaines PASS. Voir en annexe pour une analyse plus détaillée.

d'une réponse de la part des administrations de l'immigration ou disposant d'un statut de réfugié ou d'un statut temporaire. Ces patients se rendent à la PASS alors qu'ils ont le droit à une couverture maladie. Cela nous permet de confirmer ce qui a été dit dans la première partie : les difficultés d'accès aux soins et aux droits en matière de santé se concentrent sur certaines catégories de la populations, les étrangers en situation irrégulière et les étrangers dont la situation administrative est précaire (titres de séjour court, demande de titre de séjour, statut de réfugié, ressortissant européen). La durée du séjour en France semble également être un facteur important : les patients arrivés récemment en France sont surreprésentés dans les PASS qui ont recensé ces données. La forte surreprésentation, parmi les patients des PASS, des étrangers — réguliers et irréguliers — dont la situation administrative, économique et sociale est précaire confirme le constat établi dans le chapitre précédent de l'exclusion, tout du moins partielle, du système de santé de catégories de patients constitués « d'étrangers indésirables » qui sont construites d'abord administrativement. La forte présence des ressortissants pauvres de l'Union Européens est le signe d'une exclusion basée sur des critères fins de citoyenneté.

*Encadré n° 4*

## Exemple de la présence de patients étrangers dans les PASS

*Les données statistiques sur la nationalité et le statut du séjour des patients des PASS sont rares, mais certaines PASS mentionnent ces données dans leur compte rendu d'activité.*
*La PASS de l'hôpital G (CHU d'une ville moyenne du sud est de la France) a reçu 453 patients en 2010. Parmi eux, 73 % sont étrangers. Parmi les étrangers, un quart est originaire de l'Europe de l'est hors Union européenne (Russie incluse) et 20 % d'un pays de l'Europe de l'est communautaire, 25 % est originaire d'un pays du Maghreb ou de l'Afrique de l'ouest. Parmi les étrangers, 30 % sont en France depuis moins de trois mois et 66,8 % sont en France depuis mois de trois ans. 17,3 % d'entre eux sont en situation irrégulière et 24,3 % ont fait une demande d'asile. 20 % des nouveaux patients ne parle pas le français et 20 % le maîtrise mal.*
*Dans une enquête réalisée par la DRASS en 2009 dans huit PASS parisiennes à propos de 895 patients, on retrouve des résultats similaires. Près de 80 % des patients sont étrangers. 7,5 % du total des patients réside en France depuis moins de trois mois et 30 % depuis plus de trois mois et moins de trois ans. Parmi les patients étrangers, 42,2 % sont en situation irrégulière de séjour et 13,4 % ont une autorisation temporaire de séjour. 20 % des patients de l'enquête ne maîtrisent pas le français. Voir l'analyse en annexe n° 1.*

———

Enfin, cette exclusion dans le domaine de la santé ne peut être séparée de l'exclusion dont sont l'objet, pour tout ou partie, ces patients dans les autres domaines de la vie sociale et politique : l'exclusion du marché du travail, des autres systèmes de protection sociale, du marché du logement. Ces autres exclusions soit empirent l'état de santé des patients (du fait de l'absence de logement ou de revenus), soit empêchent l'accès au système de santé (l'impossibilité de travailler entraîne l'impossibilité d'être assuré socialement). Ces patients se confrontent donc à une spirale d'exclusions cumulées dont le résultat dans le domaine de la santé est une dégradation de l'état de santé et un moindre accès au système de santé.

Un second élément qui ressort de cette analyse est la diversité des profils des patients selon les PASS. En effet, certaines PASS reçoivent un public concentrant davantage de critères de précarité et de pauvreté que les autres structures. La précarité est tout d'abord plus importante dans les villes que dans les zones rurales ou peu urbanisées où la moindre présence des étrangers semble réduire les marqueurs de précarité retenus dans les rapports d'activité et les études disponibles. Ensuite, parmi les PASS des grandes et moyennes villes, certaines se distinguent également par un public particulièrement marqué par la précarité économique, sociale et administrative. Mais, les caractéristiques du bassin populationnel n'expliquent pas seules ces différences puisque ces différences se retrouvent à l'intérieur des PASS parisiennes. Par ailleurs, certaines parmi ces PASS ont une activité plus importante que d'autres[40].

Il existe également des « effets de filières », c'est-à-dire que les patients de certaines nationalités (d'Europe de l'Est pour les PASS E et G et d'Afghanistan et du Pakistan pour la PASS Apollinaire de l'hôpital C) ou au profil particulier (les sans-abris dans la PASS G ou à la PASS de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, les réfugiés dans certaines villes, etc.) se retrouvent dans certaines PASS plutôt que dans d'autres et en marquent la composition des catégories de patients.

[40] Au niveau national, le nombre de patients reçus dans une PASS sur une année varie de quelques dizaines pour les petites PASS de province à plus de 1 500 pour certaines grosses PASS de métropoles. L'inscription géographique n'est pas le seul facteur explicatif puisqu'on observe les mêmes disparités au sein de la région parisienne (variant de 140 patients par an à 1609). Voir détail en annexe.

## 2 - 2 Explication des disparités par l'organisation des PASS

Deux enquêtes réalisées par Médecins du Monde[41] apportent plusieurs autres pistes pour expliquer les différences quant aux publics accueillis dans les PASS. C'est d'abord parce que beaucoup de PASS refusent de prendre en charge un certain nombre de personnes, notamment ceux qui sont dits « sans droits potentiels », c'est-à-dire ceux qui ne sont pas éligibles à l'assurance maladie (et pour qui il ne serait pas possible d'obtenir un remboursement des soins rapidement). Ces patients qui n'ont pas de droits théoriques à la couverture maladie au moment de leur venue à l'hôpital sont les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis moins de trois mois (ou ne disposant pas des documents pour le prouver), les étrangers sous visa ne disposant pas d'une assurance ou d'une mutuelle fonctionnelle en France ou encore les ressortissants européens pauvres. Ainsi, parmi les 37 structures qui ont fait l'objet de cette enquête, seules 8 PASS reçoivent tous les publics en situation de précarité quels que soient leurs droits en matière de santé, tandis que 15 PASS y apportent des restrictions (n'acceptent pas, par exemple, les patients sous visa touristique ou posent des conditions à la prise en charge) et 14 ne reçoivent que les patients disposant de droits potentiels[42]. On voit ici que la catégorisation menant à l'exclusion de certains patients dans certaines PASS se base sur la possibilité pour ces patients à avoir droits sociaux en matière de santé. Ces droits sont eux, comme on l'a vu au chapitre précédent, directement liés à leur statut de séjour. Les patients qui sont exclus parce qu'ils n'ont pas de droits potentiels correspondent à ceux qui ont été exclus de l'assurance maladie en amont (les étrangers au statut administratif précaires en France depuis moins de trois mois, etc.).

Ensuite, c'est la barrière linguistique qui opère un trie entre les patients. Les PASS qui ne se donnent pas les moyens d'un accès à l'interprétariat professionnel excluent une partie des patients parmi les étrangers, en particuliers ceux qui sont dans une situation de précarité sociale et qui n'ont pas les ressources nécessaires pour organiser un interprétariat par leurs propres moyens. Ainsi, l'enquête de Médecins du Monde montre qu'une PASS refuse tous les patients non-francophones qui ne viennent pas accompagnés d'un interprète et seules quatre sur les 37 PASS disposent d'un budget spécifique pour l'interprétariat professionnel.

[41] Médecins du Monde, *op. cit.*, 2010 et Médecins du Monde, *op. cit.*, 2011.

[42] L'analyse des critères d'inclusion et d'exclusion est développée dans la partie 3.

## 2 - 3 Deux types de patients

La description qui est faite du patient PASS dans la circulaire de 2013 est symptomatique de ces écarts. Il est défini comme étant une personne en situation de précarité ayant besoin de soins externes et ne pouvant y accéder, soit parce qu'elle n'a pas de couverture sociale, soit parce que cette dernière n'est pas complète, soit « pour d'autres raisons d'ordre social : patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins. »[43] Ce document souligne un élément important concernant les patients qui n'est que peu visible dans les chiffres des rapports d'activité. Il s'agit de la nécessaire adaptation des PASS en raison de la modification du contexte social, et en particulier de l'évolution du profil des personnes en situation de précarité. Ainsi, il est précisé que les PASS se destinent à deux catégories de patients. L'une concerne les patients « porteurs de lourdes difficultés, personnes migrantes fortement marginalisées, populations en transit ou populations Roms », ce sont ceux qu'on a principalement décrit dans cette sous-partie. Cette catégorie, qui est la plus présente et visible dans les PASS, est constituée de ceux qui, tout en bas de l'échelle sociale, n'ont aucun accès aux soins dans le système de droits communs[44]. C'est celle constituée d'étrangers indésirables dont nous avons décrit dans le chapitre précédent l'exclusion du système de santé. La seconde catégorie évoquée est celle des personnes couvertes par l'assurance maladie mais qui rencontrent des difficultés financières à leur accès aux soins en raison d'une absence de couverture maladie complémentaire. Ce sont ceux qui sont victimes des « effets de seuil », ceux dont les revenus dépassent le plafond de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et qui renoncent à payer une assurance complémentaire privée pour des raisons économiques ; cette catégorie correspond à ceux qui ne sont pas assez pauvres pour bénéficier des systèmes d'assistance, mais qui ne sont pas assez riches pour s'offrir les services des systèmes d'assurances complémentaires, c'est la « déstabilisation des stables »[45]. Ces nouveaux groupes socialement fragiles qui sont apparus dans les discours scientifiques et politiques au milieu des années 1990 sont ceux qu'on appelle les travailleurs pauvres. Leur essor dans les années 2000 est fortement lié à la précarisation du travail et à « l'appauvrissement de la condition des salariés peu ou pas qualifiés ». Ces groupes, concernent des personnes qui alternent périodes d'emploi et périodes de chômage, des mères célibataires peu diplômées,

[43] *Op. cit.*, circulaire, 2013.

[44] Ces patients ont tout de même accès aux structures de soins gratuits associatifs et humanitaires de types dispensaires, centre de soins de Médecins du Monde, etc.

[45] Castel Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio/Essais; 349 », (1995) 2007, p. 766.

des personnes âgées avec des petites retraites, les chômeurs de longue durée, les travailleurs en sous-emploi[46].

Deux éléments se dégagent de la description des patients qui est faite dans la circulaire. D'abord, il est intéressant de noter que la circulaire, au-delà de cette définition des patients auxquels se destine la PASS, n'établit aucun critère précis d'inclusion au dispositif (critères administratifs notamment) ; cela reste à la charge des autres acteurs (ARS, hôpital ou équipe de la PASS). Elle encourage donc des pratiques, traditionnelles des institutions de l'assistance, de sélections des bénéficiaires au cas par cas à l'intérieur de catégories aux contours flous (voir chapitre VII). D'autre part, ce qui est également remarquable est la place importante qui est laissée à la description du groupe des nouveaux « travailleurs pauvres » dans celle des patients de la PASS, alors même que les chiffres disponibles, de même que les observations que nous avons pu faire sur le terrain, montrent la faible présence de ce groupe dans le dispositif.

## 2 - 4 La relégation des patients des PASS à l'hôpital

### 2 - 4 - 1 La ségrégation à la consultation René Barthe

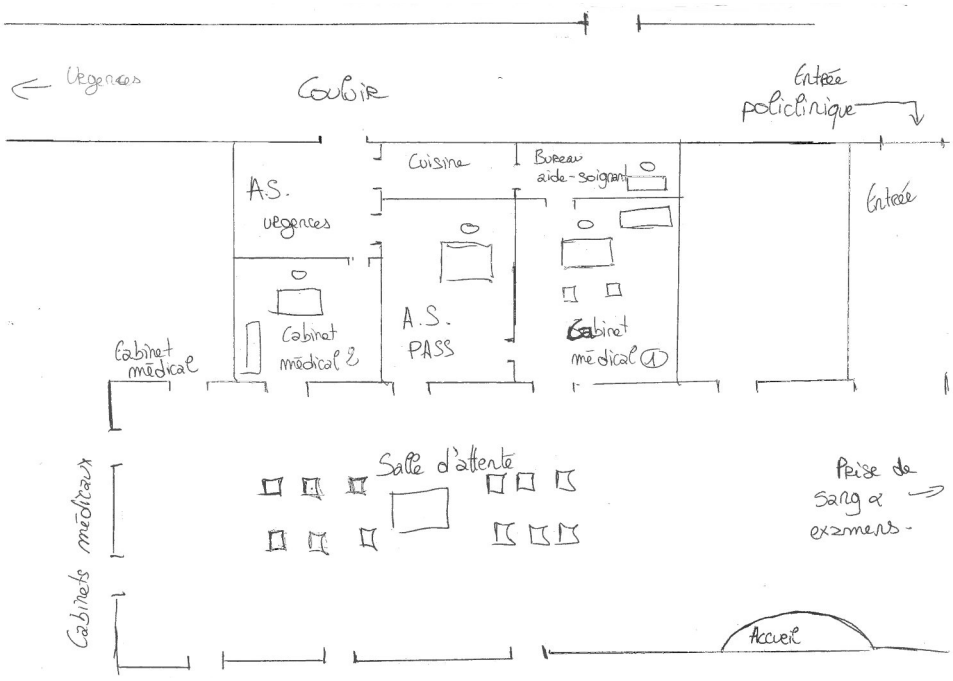
> **Anne Jourdan** : « À l'hôpital c'était ça, à René Barthe, il y avait des gens qui ne méritaient pas d'avoir la Sécu parce que..., le personnel disait ça ! C'est le personnel qui a été le plus réticent, c'était des caissières, il a fallu faire des réunions avec les personnels de caisse pour avoir le badge de René Barthe, le PASS, c'était compliqué. Ils trouvaient ça injuste, et ils ne trouvaient pas ça normal. »[47]

> **Paul Follereau** : « Et du reste, lorsque j'ai mis en place cette consultation, les réticences ne sont pas venues de l'administration, mais de certains médecins de l'hôpital, et notamment de l'un d'eux qui était en charge, qui dirigeait la consultation externe où allait se trouver celle qu'on a appelé le Centre René Barthe et qui... »
> **J.G.** : « Parce que c'est au même moment qu'a été construite la policlinique ? »
> **Paul Follereau** : « Elle existait déjà, elle a été reconçue dans cette époque-là, mais il y avait des consultations externes. Et le chef de service donc voyait d'un mauvais œil une consultation, non pas parce qu'elle lui prendrait des patients ou euh..., mais parce qu'il imaginait, et c'est les choses que j'ai pu entendre dans d'autres hôpitaux aussi, ou d'autres expériences, imaginait de voir des gens un peu pouilleux et qui seraient venus pollués sa consultation et faire fuir les autres patients. Et donc il y avait une peur de, qu'il y ait une espèce de clochardisation de la consultation. Ce qui évidemment ne correspondait absolument pas à la réalité des personnes en situation irrégulière, dont beaucoup pouvaient même être tellement bien dans leur présentation qu'à l'inverse ça pouvait choquer ! Ensuite les gens trouvaient qu'ils n'avaient pas l'air assez pauvre. Donc on a eu les deux choses, on avait peur au début que par exemple qu'ils sentent mauvais ou que... et puis ensuite on a eu des réactions de gens qui m'ont dit "ça, ça ne peut pas

[46] Duvoux Nicolas, « Nouveaux pauvres, nouvelles politiques », Politiques sociales et familiales, vol. 104, n° 1, 2011, p. 7-17, notamment p. 9-10.
[47] Extrait d'entretien mené avec l'assistante sociale présente à la création et au début du centre René Barthe (1996-1999). Local associatif, mars 2011.

être des gens à qui on donne l'aide médicale, parce que regardez comment ils sont, ils sont bien habillés, etc." »[48]

Au moment de la création du Centre René Barthe à l'hôpital A, en 1996, des discussions ont lieu pour savoir où elle allait s'installer. Il a été décidé de l'intégrer au sein de la policlinique[49], qui était un lieu de consultations externes ouvert sur la ville. Seulement, le chef de la policlinique a accepté à la condition que l'accueil des patients ne se fasse pas au sein de la policlinique, afin que ces derniers ne se mélangent pas aux patients de la policlinique dans la salle d'attente. Il a donc été convenu que les patients seraient accueillis par l'infirmière directement dans la salle de consultation dont la porte donne sur un couloir peu fréquenté derrière la policlinique (actuel bureau de l'assistante sociale des urgences, voir schéma de la policlinique), les portes donnant sur la policlinique restaient fermées. Ils étaient ainsi reçus dans la policlinique, mais restaient invisibles aux yeux des soignants et des patients avec qui ils partageaient cet espace.




**Carte n° 2 : Schéma de la policlinique et de la PASS René Barthe** (Source : J.Geeraert ©)

[48] Extrait d'entretien mené avec le médecin fondateur du centre René Barthe. Novembre 2012, campus universitaire de l'hôpital A.

[49] La policlinique de l'hôpital A s'orthographie avec « i » car le « poli » vient du grec « polis », « ville ». La policlinique est donc une clinique orientée vers la ville.

La raison avancée pour justifier la volonté de ségrégation spatiale était la crainte que les patients précaires reçus (on pensait aux étrangers sans-papiers, mais aussi aux clochards et marginaux) fassent peur aux autres patients ou les fassent fuir. Il n'apparaissait pas convenable de faire cohabiter dans une salle d'attente des patients « normaux » avec des patients potentiellement violents (parce qu'avinés par exemple), sentant mauvais, etc. Ce sont donc bien des préjugés racistes et de classe à l'encontre d'une précarité au visage méconnu qui ont motivé cette relégation des patients « indésirables ». C'est en tout cas ce que confirme l'incompréhension et le rejet de la prise en charge dont ces patients font l'expérience à la PASS exercés par les caissières et qui sont rapportés dans l'extrait d'entretien ci-dessus.

### 2 - 4 - 2 La ségrégation dans les PASS des hôpitaux C et J

Des récits très similaires nous ont été rapportés à propos des PASS des hôpitaux C et J qui tendent à confirmer la place de la PASS et de ses patients dans les représentations des acteurs hospitaliers et dans la structure sociale hospitalière.

À propos de l'hôpital J (grand CHU de la banlieue sud de Paris), Estelle Bourguignon, une des anciennes cadres du service social nous racontait les débuts de la PASS auxquels elle avait participé :

> **Estelle Bourguignon** : « Et du coup, l'hôpital J, ça a été du côté de chez Choquet (Professeur qui a créé la PASS en 1998), il voulait pas les recevoir (les patients de la PASS) dans sa consultation lambda, pour diverses raisons : perturbateurs, machins.. Et donc ils avaient trouvé cette petite maison, où pour le coup, là, ils avaient mis une assistante sociale, un agent hospitalier, une infirmière. Et il y avait un espèce de pré-tri, pour ne pas dire un lavage automatique, avant d'arriver à la consult [...]. Ça ressemblait plus à un "espace solidarité", à un espace de jour, [...], il y avait un passage obligatoire, c'était ces évaluations-là qui décidaient où est-ce qu'on l'orientait et notamment pour les envoyer à l'autre bout du parc (de l'hôpital) à la consultation de médecine (du Pr Choquet). Et il y avait d'abord... il pouvait laver leurs vêtements, changer de vêtements, se laver... Il y avait vraiment un espèce de tri assez particulier, qui s'est vite transformé en espèce d'espace de jour. Et c'est comme ça qu'on a commencé à travailler sur les PASS. »[50]

On lit dans cet extrait d'entretien que le Professeur Choquet, qui avait mis en place à l'époque une consultation précarité à l'hôpital J — comme l'avait fait le Professeur Follereau à l'hôpital A —, avait également, mais cette fois de sa propre initiative, séparé physiquement l'accueil des patients précaires de celui des autres patients.

À l'hôpital C, la salle d'attente de la consultation Apollinaire — comme c'est actuellement le cas à l'hôpital A — est partagée avec les autres consultations de la polyclinique, notamment celles du centre de greffe. Ici aussi, il est régulièrement question « des patients de la PASS » qui

[50] Extrait d'entretien avec une ancienne cadre sociale de l'hôpital J, février 2013.

sont vus comme problématiques et pas vraiment compatibles avec la respectabilité des autres patients, notamment ceux du centre de greffe qui viennent de la France entière.

On pourrait multiplier les exemples en mentionnant la PASS dentaire de l'hôpital J qui a ouvert dans les sous-sols de l'hôpital, cachée des patients et des soignants ordinaires. Si la PASS et ses patients ne sont pas cachées dans tous les hôpitaux, la récurrence de ces cas tendent soutenir l'hypothèse que les patients des PASS sont « indésirables » à plusieurs niveaux. En plus d'avoir été mis en marge au niveau du système de protection maladie et du système de santé, confinés dans les systèmes d'assistance et de charité, les patients des PASS sont « indésirables » aux yeux de nombreux acteurs du système de santé hospitalier. Ces derniers se les représentent négativement, ils sont, à leurs yeux, différents des « autres » patients, ceux qui sont intégrés au système de santé. Pour reprendre les termes de notre enquêtée, il y a les patients « lambdas », intégrés, et les patients de la PASS qui sont de fait stigmatisés, catégorisés comme appartenant à la marge non désirée. En plus de poser un regard stigmatisant, ces acteurs tentent de les exclure du centre de l'espace physique de la médecine hospitalière et de les relégués à ses marges (caves, couloirs dérobés, bâtiments excentrés, etc.) produisant ainsi activement de l'exclusion et de la relégation.

La présence des patients des PASS à l'hôpital public, parce qu'elle ne correspond pas à la norme somatique en vigueur dans cet espace (en terme de couleur de peau, mais aussi en termes de marqueurs sociaux ou de signes extérieurs de richesse), peut être analysée comme étant celle des *space invaders* décrits par Nirmal Puwar. Elle y montre la relation entre les représentations des espaces sociaux et des corps (*bodies*) (représentations politiques, historiques et conceptuelles) : certains corps sont les occupants « naturels » de certains espaces ou de certaines positions. En face de ces corps légitimes sont les autres corps, les intrus (*trespassers*), ceux qui ne sont pas à leur place (*out of place*), c'est-à-dire dont la présence dans ces espaces ou positions est condamnée à être perçue comme défiant la norme. Comme ils ne sont pas la norme somatique, ils sont les envahisseurs d'espace (« *not being the somatic, they are the space invaders* »)[51]. Le cas des patients des PASS étant écartés des salles d'attente des consultations médicales dans des hôpitaux publics montre comment le racisme institutionnel se construit localement en définissant (en négatif, par l'exclusion) ce qu'est la norme somatique. Les patients considérés comme des « envahisseurs d'espace » sont contenus, ségrégués dans des espaces séparés et cachés.

La stigmatisation dont font l'objet les patients de la PASS de manière générale dans la société se reflète à l'hôpital par l'espace qu'ils occupent. On attribue les locaux les plus à l'écart, mais aussi les plus délabrés à l'intérieur d'un espace hospitalier hiérarchisé[52]. Dans les PASS des

[51] Puwar, Nirmal, *Space invaders: race, gender and bodies out of place*, New York, Berg, 2004, 187 p. Citation p. 8.

[52] Ce n'est pas le cas de toutes les PASS, certaines disposent de locaux bien localisés et récents. Ces différences reflètent l'image et la reconnaissance de l'activité de la PASS par la direction et les chefs de service.

hôpitaux A et C, certains boxs médicaux et bureaux d'assistantes sociales sont sans fenêtre, ont une peinture écaillée, etc. L'accueil des patients de la PASS Apollinaire se fait dans la salle d'attente, sans réelle séparation et empêchant une intimité. La géographie des lieux reflète la relégation sociale des patients, comme elle le fait avec les étrangers dans les préfectures décrites par Alexis Spire[53].

> **Nicolas Favry** : « Alors [les autres services de l'hôpital] pensent pas forcément beaucoup à nous [la PASS]. Dès que ça parle pas français, ça pense à nous. Et ce qui est compliqué aussi, c'est qu'une fois que le patient a été étiqueté PASS, il va le rester… Voilà, du coup quand il y a quelqu'un qui est arrivé aux urgences et qui a eu le malheur dans son parcours d'avoir par exemple été suivi à la PASS, ne serait-ce il y a deux, trois, quatre ans, "ah, c'est un de vos patients !". Donc du coup après c'est vite le patient de la PASS qu'on n'a pas bien envie de voir, parce qu'il parle pas français, parce que c'est compliqué, parce qu'il a un comportement… Du coup, ça les dessert un petit peu. »[54]

La stigmatisation des patients de la PASS peut également se lire dans les circuits de soins. Comme l'évoque l'assistant sociale cité ci-dessus, l'étiquette de la PASS stigmatise les patients et, inversement, certaines caractéristiques (absence de maîtrise du français) vont inciter une orientation vers la PASS. La prise en charge à la PASS est un marqueur de relégation.

## 2 - 5 Conclusion partielle

Les patients des PASS ont un profil particulier fortement marqué par deux caractéristiques principales, la précarité et le fait qu'ils sont des étrangers au statut de séjour précaire. À ces caractéristiques est associée une identité sociale stigmatisée dans la société et dans l'hôpital. La stigmatisation sociale dont sont l'objet les patients se reflète parfois dans l'organisation et la géographie des lieux de la PASS qui sont reléguées à l'intérieur de l'hôpital. Dans la prochaine sous-partie, nous décrivons l'organisation des PASS telle qu'elle est prévue par la loi et passons en revue les différents modèles organisationnels observés sur le terrain.

---

[53] Spire Alexis, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, 2008, 124 p. Il montre que les services des étrangers dans les préfecture sont dévalorisés au sein de leur administration, ils sont isolés géographiquement, manquent de moyens et les locaux sont vétustes. Le contact avec les étrangers stigmatisés stigmatise les agents qui travaillent auprès d'eux. Nous reviendront sur la stigmatisation des patients dans les chapitres V et VIII.

[54] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistant social d'une PASS d'un CHU d'une ville moyenne de province. Mars 2012, hôpital E.

# 3 LES DIFFÉRENTES FORMES ORGANISATIONNELLES DES PASS

La PASS n'a pas de modèle organisationnel précis et son fonctionnement peut différer grandement d'une structure à l'autre. Légalement, elle est définie par ses missions qui sont précisées dans l'article 76[55] de la loi de 1998 établissant les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ; il y est précisé que « les établissements publics de santé [...] mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé [...] adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ».

La loi lui donne un esprit sans pour autant en donner des contours précis et l'absence d'une tradition longue n'a pas favorisé l'homogénéité des formes organisationnelles qu'elle a adoptées. Les circulaires ont par la suite précisé ces missions. Ainsi, la principale mission de la PASS est d'accompagner ses patients vers le droit commun, cela doit passer notamment par un accompagnement social pour acquérir des droits en matière de couverture maladie et une aide dans la recherche d'un médecin traitant adapté à la situation (sociale, culturelle, etc.) du patient tout en garantissant la continuité des soins (observance et compliance aux prescriptions). La PASS est donc censée être un lieu de prise en charge temporaire ayant pour objectif de (ré)intégrer des patients exclus dans les structures de soins traditionnelles. Ensuite, la mission d'accès aux soins signifie que la PASS doit permettre un accès gratuit, à ceux qui le nécessitent, aux consultations dans l'hôpital, au plateau technique et aux médicaments (avec la possibilité d'un accompagnement par un professionnel de la PASS si besoin). Elle est également supposée donner un accès à la prévention, à des consultations de médecine généraliste ou spécialisée, à la médecine dentaire et aux soins infirmiers. Enfin, la mission d'accès aux soins implique la possibilité d'un recours à l'interprétariat professionnels pour les patients non-francophones[56]. Une autre mission est celle de repérage à l'intérieur de l'hôpital des patients en situation de précarité, pour cela, la PASS doit établir un protocole formalisé qui « définit les situations de précarité, donne des indicateurs d'alerte et fournit des outils (critères, score, échelle, etc.) permettant d'évaluer la situation des patients nécessitant un accompagnement spécifique »[57]. La PASS a également une mission de formation et d'information des personnels hospitaliers quant aux spécificités de la prise en charge de la précarité et au fonctionnement de la PASS.

On peut donc d'ores et déjà dégager cinq objectifs reliés à la mise en place de ces permanences :

---

[55] Cet article est repris par le Code de santé publique, Code de la santé publique, art L6112-6, 2015.
[56] *Op. cit.*, circulaire, 2013.
[57] *Ibid.*

1. Repérer et identifier les personnes en situation de précarité.
2. Recouvrer un accès aux droits sociaux en matière de soins de santé.
3. Offrir médicaments et soins adaptés aux situations de précarité.
4. Former et informer les personnels hospitaliers quant aux problèmes de la précarité et au fonctionnement de la PASS.
5. Développer un réseau médico-social avec les acteurs de terrain sur le territoire dont dépend l'hôpital.

Cependant, cette définition officielle des missions de la PASS laisse une liberté d'interprétation assez large quant à leur application sur le terrain. L'organisation de la PASS prend différentes formes d'un hôpital à l'autre et les missions qui lui sont confiées s'en trouvent également modifiées. Les cinq objectifs présentés ici, qui émanent des textes officiels, constituent une base qui définit les fonctions des PASS. Chacune d'entre elle fait ensuite sa propre lecture, adopte certains points, en écarte d'autres ou se fixe d'autres objectifs.

## 3 - 1 Objectifs du ministère de la santé

Les quelques documents officiels qui ont été produits depuis 1998, même s'ils n'ont jamais eu de valeur contraignante, ont tenté malgré tout de spécifier un cadre. Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, ces documents ont été rédigés en relation étroite avec des représentants des associations actives dans l'espace du soin de la précarité qui s'est constitué dans les années 1980 et 1990. Ils préconisent ainsi des pratiques et une organisation inspirées de celles qui se sont développées à l'intérieur de cet espace en amont. Deux tendances organisationnels se dégagent de ces document qui reflètent une tension quant à la manière de traiter la question sociale en santé.

La circulaire de 1998 précise par exemple que la PASS peut se situer « à proximité ou dans les services d'urgence pour lesquels elles serviront de relais ». Il est également stipulé que les PASS ne doivent en aucun cas constituer « des filières spécifiques pour les plus démunis », mais, qu'au contraire, ses patients « doivent avoir accès un accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population [...] »[58]. L'opposition entre « filière spécifique » et un accès indifférencié pour tous, qui est introduite ici, fait écho à la différence dans le recrutement des patients — évoquée un peu plus haut — entre les PASS qui réservent leur accès aux seuls patients sans couverture maladie et celles qui veulent pouvoir accueillir tous les patients rencontrant des difficultés d'accès aux soin. Elle fait également écho à la tension entre les

[58] *Op. cit.*, circulaire, 1998.

deux tendances évoquée dans le chapitre précédent, d'un côté le développement d'un espace de soin spécialisé dans la prise en charge de la précarité et, de l'autre, le développement d'un outil d'insertion dans le système de santé à visée égalitariste. Cette opposition se retrouvera également dans les débats entre défenseurs de différents modèles de PASS, notamment autour de sa forme organisationnelle (entre PASS dédiée et transversale, voir chapitre VI).

Pour rendre possible cet accès aux soins indifférencié, il est recommandé de mettre en place des dispositifs qui permettent aux patient de la PASS de circuler facilement au sein de l'hôpital entre les différents lieux de soins et d'examens ambulatoires. Ces dispositifs prendront la forme de ce qui a été appelé dans tous les hôpitaux étudiés le « dispositif PASS », qui consiste en un système de bons ou de fiches attribués aux patients et qui leur permettent de bénéficier des différents services de l'hôpital (pharmacie, consultations externes, examens, etc.) sans que des factures soient émises.

La forme organisationnelle de la PASS décrite dans la circulaire de 1998 est celle d'un « lieu visible » qui sous-entend qu'elle dispose de locaux propres et facilement repérables à l'intérieur de l'hôpital (ce qui suppose une signalétique fonctionnelle par exemple et que la PASS n'est pas seulement un dispositif qui organise un circuit facilité, mais bien une structure). Il est également expliqué plus loin que cette forme est celle d'une « cellule de prise en charge médico-sociale ». Elle est constituée d'assistantes sociales, soit qui lui sont affectées, soit qui y assurent à tour de rôle une permanence. Il est important de noter ici que la circulaire ne mentionne pas la présence de professionnels de santé (médecin ou personnel infirmier). La PASS est, dans cette forme, exclusivement sociale et se concentre principalement sur une activité d'orientation et d'accès aux droits. L'accès aux soins se résume à l'inscription dans le dispositif qui permet aux patients de consulter les médecins de l'hôpital, il n'y a pas de temps de soins qui leur est réservé. Nous verrons que cela sera rectifié plus tard. La taille de la PASS est déterminée par l'importance de la population démunie, sans que cela soit davantage précisé.

Dans l'introduction de la circulaire, un paragraphe spécifie ce que la loi attend de la PASS lorsqu'elle évoque sa fonction de « faciliter [l']accès au système de santé et à […] accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance [des] droits » pour cette population particulière :

> « […] l'objectif poursuivi consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins. Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics en situation précaire nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux, et que les actions de santé ne se limitent pas aux soins mais accordent une place essentielle à la prévention. »[59]

[59] Circulaire, *op. cit.*, 1998.

Le travail en réseau dans une logique d'ouverture de l'hôpital sur la ville introduit au sein de la PASS la conception du soin élargie qu'on retrouve dans l'espace du soin de la précarité. Elle est justifiée par la nécessité de combiner, chez les personnes « en situation de précarité », une prise en charge à la fois médicale et sociale. Il y a donc une volonté d'élargir la vision du soin hospitalière qui ne doit plus être centrée exclusivement sur le médical ou l'acte technique, mais doit prendre également en compte les déterminants non-médicaux de la santé (notamment sociaux) particulièrement forts chez les personnes en situation de précarité. L'organisation en réseau est un système de fonctionnement qui a été rappelé dans toutes les circulaires et qui est un élément fort de la pratique du soin de la précarité. Il est, par ailleurs, essentiel à l'activité de la PASS car ce sont ces réseaux qui apportent une visibilité à la structure et lui permettent d'être connue des patients précaires.

Dans un autre registre, l'accent est mis sur l'importance du travail de prévention. Cet élément introduit un autre aspect de la question sociale en santé, celle de la mission régalienne de l'État de protéger la population générale contre les risques sanitaires que les patients les moins intégrés dans le système de santé représentent (voir chapitre I). Le domaine de la prévention, parce qu'il implique les actions de dépistage des maladies infectieuses et transmissibles, introduit une autre fonction biopolitique essentielle de la PASS, celle de la protection de la santé publique.

La deuxième circulaire datant de 1999 n'aide pas à clarifier les normes organisationnelles des PASS, au contraire elles deviennent plus floues[60]. Il y est précisé que l'État donne un cadre, mais celui-ci n'est pas « rigide et uniforme », il doit, au contraire, pouvoir être adapté selon les différents contextes hospitaliers. Une « évaluation d'étape nationale » est tout de même prévue (elle a eu lieu en 2003). Enfin, les personnes référentes pour la mise en place et le suivi des PASS sont les coordinateurs du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) qui sont présents dans les Agence régionale d'hospitalisation (ARH), (qui deviendront les Agences régionales de santé [ARS], en 2010 à la suite de la loi HPST[61]). Ils ont une mission de coordination des différents intervenants, d'appui technique et d'information. Cette confusion entre les prérogatives de l'État, de la région et de l'hôpital vont être présentes jusqu'à la fin de cette enquête (fin 2014) et vont contribuer à laisser une certaine liberté d'interprétation et d'action à tous ces niveaux, et à créer une multitude de formes et de pratiques (voir chapitre IV).

La dernière circulaire en date, publiée le 18 juin 2013[62], a pour objectif de fournir un référentiel pour les PASS et une base de recueil d'informations à destination des ARS. Cette fois-ci c'est à l'uniformisation qu'elle appelle en indiquant qu'il est nécessaire d'améliorer le

---

[60] *Op. cit.*, circulaire, 1999.

[61] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[62] Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Consultable sur internet : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0078.pdf et en annexe.

fonctionnement « de manière à ce que les prestations assurées dans les permanences soient harmonisées pour proposer un accompagnement efficace dans tous les hôpitaux où elles existent, dans un contexte social qui s'est modifié au fil du temps. » La pluralité des PASS, permise par la liberté d'interprétation et d'action laissée aux hôpitaux et aux ARS, est donc remise en cause et réappropriée par les instances centrales. Cette circulaire tente, en effet, d'harmoniser les formes organisationnelles et les pratiques entre les différentes PASS par la production d'un référentiel. Cela fait écho aux nombreuses demandes de professionnels des PASS pour disposer de critères concrets qui seraient opposables à leur direction, notamment en ce qui concerne les conditions d'inclusion des patients dans le dispositif ou le temps médical au sein de la PASS. L'objectif du référentiel est également de donner des outils aux ARS pour mesurer l'activité des PASS, ce qui permettrait de répartir les financements de manière équilibrée entre les hôpitaux (comme on l'a vu dans la première sous-partie de ce chapitre)[63]. D'un autre côté, l'uniformisation de la mesure de l'activité est aussi le signe de la généralisation de l'approche gestionnaire qui s'est accélérée au cours des années 2000[64]. Il y a une volonté manifeste de standardiser l'activité autour d'indicateurs pouvant mesurer « l'efficacité » et rendant ainsi possible une comparaison des structures entre elles[65].

Le référentiel acte les deux principaux modèles de PASS existants, le transversal et le dédié (voir les différents modèles de PASS *infra*), mais souligne que, quelque soit le modèle, la structure doit être facilement identifiable et doit disposer d'un personnel dédié, en particulier d'un référent médical et d'un référent social. Cette précision quant au référent médical introduit pour la première fois la recommandation à systématiser la mission spécifique de soin de la PASS envers ses patients, ce qui était jusqu'alors une pratique informelle dans la plupart des structures. Il introduit également une nouvelle forme de PASS, celles à « vocation régionale » qui ont été mises en place à partir de 2009 et qui ont une fonction de coordination, d'appui et d'expertise auprès des acteurs des PASS de la région. Au-delà de rappeler les missions qui lui sont conférées et que nous avons décrites plus haut, le référentiel indique que la PASS doit mettre en place un comité de pilotage qui comprend les acteurs institutionnels et associatifs du réseau, celui-ci contribue à la dynamique de la PASS et à la mise en place de partenariats *intra* et *extra muros*. Enfin, elle doit également rendre compte de son activité dans un rapport annuel dans lequel figure au minimum le nombre de patients vus au moins une fois chaque année, le nombre

[63] La logique d'harmonisation de l'organisation s'observe également au niveau régional depuis le début des années 2010. Les ARS des régions Île-de-France et Rhône-Alpes par exemple ont toutes les deux produit un référentiel (cahier des charges) des PASS qui explicitent quelles sont les missions de ces dernières et leurs formes organisationnelles possibles.

[64] Voir la dernière sous-partie du chapitre I.

[65] Cette tendance était déjà fortement visible dans un document paru en 2008 rassemblant les « recommandations et indicateurs » afin d'organiser une PASS. Ce document transpire de bout en bout un langage issu du NPM : « évaluation », « efficacité », « développer les partenariats », « valoriser et développer les compétences », « inscrire la PASS dans des démarches qualité », propose des indicateurs de performance, etc. DHOS (Direction des hôpitaux et de l'offre de soins) *Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS. Recommandations et indicateurs*, 2008.

d'entretiens réalisés par les assistantes sociales et le nombre de consultations médicales réalisés dans et grâce à la médiation de la PASS au sein de l'établissement de santé, le nombre, le contenu et la composition des comités de pilotage. Elle doit établir un bilan d'activité propre qui doit être différent de celui des urgences ou de celui du service social afin que l'ARS puisse vérifier l'activité et répartir la MIG PASS entre les hôpitaux.

## 3 - 2 Les différentes formes de PASS

Depuis 2003 et la mise en place du « Plan hôpital 2007 », les services hospitaliers se regroupent en « pôles d'activité » auxquels les PASS sont également rattachées. Pour un peu plus d'un tiers des PASS (37,3 %), c'est le pôle des urgences qui les accueillent et pour un quart des PASS (26,7 %) c'est le pôle administratif ou la direction[66]. Le reste des PASS se répartit de manière diverse entre les pôles. Si historiquement le contexte d'apparition des PASS hospitalières les a accoudées aux services d'urgence, on voit que, pour près de deux tiers d'entre elles, leur place dans l'organigramme de l'hôpital et dans son espace physique les en éloignent. Peu de PASS que nous avons visitées sont rattachées au pôle des urgences, les PASS des hôpitaux A et C où nous avons fait des observations longues sont des unités de la médecine interne, alors que celle de l'hôpital B est rattachée au service financier (voir chapitre suivant).

Les textes légaux distinguent trois grandes catégories de PASS : les PASS généralistes, les PASS spécialisées et les PASS régionales. Les PASS généralistes en constituent le noyau principal, elles sont numériquement largement dominantes et ont été, historiquement, les premières a être mises en place. Ce sont celles dont nous avons décrit les missions au début de cette sous-partie. Les PASS spécialisées ont généralement le même fonctionnement que les PASS généralistes, mais elles sont spécialisées dans un type de prise en charge. Parmi elles, on peut nommer les PASS psychiatriques[67] et dentaires, qui sont les deux formes les plus courantes, d'autres spécialisations des PASS existent telles que la dermatologie, l'ophtalmologie ou la pédiatrie. Ces structures ont souvent vu le jour dans des institutions ou des services qui portent cette spécialité (on peut donner l'exemple de la PASS gynécologique de l'hôpital C qui fait partie de notre *corpus*). Enfin, les dernière-nées parmi les PASS, celles à vocation régionale, ont été lancées par le ministère à partir de 2009 par un appel d'offre. En général, incarnées par un seul

[66] *Op. cit.*, DHOS, 2008

[67] Les PASS psychiatriques bénéficient d'un mode de financement à part et ont un fonctionnement particulier car elles sont rattachées à des hôpitaux psychiatriques. Elles ne font pas partie du corpus étudié, même si les professionnels d'une PASS psychiatrique ont été rencontrés. Leur organisation prend généralement la forme d'une équipe mobile qui va à la rencontre des personnes vivant dans la rue et rencontrant des pathologies psychiques. D'après notre expérience de terrain, les professionnels et l'espace des PASS psychiatrique ne semblent que peu intégrés dans l'espace des PASS et du soin de la précarité en général. Aucun de leurs professionnels ne fait partie du Collectif PASS ou de l'APPASSRA par exemple.

professionnel à temps plein[68], elles ont pour rôle de coordonner des PASS sur le territoire, de mettre en œuvre les bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation préconisées par l'ARS (et *a fortiori* par le ministère et ses circulaires) et de veiller à l'effectivité du maillage territorial en termes d'accès aux soins. Elles travaillent en étroite relation avec l'ARS. En plus de ces trois formes de PASS, on peut citer les PASS mobiles qui sont des PASS généralistes dont le modèle est celui des bus mobiles développé par le milieu associatif à la fin des années 1980 et au début des années 1990 (voir chapitre II).

Parmi les PASS généralistes — qui ont constitué l'essentiel de notre corpus (12 sur 15) —, on distingue trois formes organisationnelles distinctes : la PASS horizontale ou dédiée, la PASS transversale et celle qu'on a appelée les PASS fantôme. Nous les décrirons ici sous la forme de modèles idéal-typiques ; la réalité empirique est davantage nuancée : les PASS peuvent se trouver à la frontière entre deux modèles, adoptant des caractéristiques appartenant aux deux. Cependant, ces distinctions permettent de comparer et de distinguer conceptuellement des modèles organisationnels orientant les pratiques, notamment dans les réalités discursive et symbolique des individus pour lesquels l'appartenance à l'un ou l'autre des modèles est porteur de sens. C'est ce que nous verrons dans le prochain chapitre.

### 3 - 2 - 1 Les PASS dédiées

Le premier modèle est celui de la Permanence d'accès aux soins de santé dédiée. Celle-ci a deux types d'action. Le premier permet aux patients qui n'ont pas de couverture sociale de se faire soigner grâce à des « bons », petits reçus, qui sont distribués par l'assistante sociale de la PASS après une évaluation de leur situation sociale. Cette distribution se fait en parallèle d'un accompagnement dans les démarches de recouvrement d'une assurance sociale. Ces bons sont valables pendant une période donnée (souvent un mois ou trois mois) renouvelable[69]. Ils permettent d'accéder à toute l'offre de soin ambulatoire de l'hôpital (soins ambulatoires, consultations, pharmacie, examens, etc.), comme n'importe quel autre patient, à cela près qu'ils empêchent l'émission d'une facture au niveau du service financier[70].

---

[68] Le montant forfaitaire de la MIG pour la PASS régionale est à peu près équivalent au salaire d'un assistant social à plein temps sur l'année, il ne permet pas d'embaucher un médecin coordonateur. C'est la raison pour laquelle la grande majorité des coordonateurs régionaux des PASS sont des assistants sociaux.

[69] Voir un exemple de bon d'une PASS dédiée en annexe 4 - 2.

[70] Cela ne signifie pas pour autant que les soins sont gratuits. Si le « bon », dans la tradition de l'assistance et comme cela est décrit dans la loi sur les PASS, devrait donner accès *gratuitement* au bien ou au service pour lequel il a été conçu, la réalité est bien souvent autre et le bon permet souvent de bloquer administrativement la facture pour un temps donné. La perspective de l'acquisition d'une couverture maladie dans des délais courts et donc de la possibilité d'un remboursement rétroactif des prestations dans le cadre de la PASS, a presque toujours pour conséquence l'adoption de cette solution plutôt que le principe de gratuité préconisé. Pour une analyse détaillée, voir le chapitre V.

Le second type d'action consiste à proposer des services réservés et adaptés aux patients de la PASS en situation de précarité économique et/ou sociale. Ce sont très souvent des consultations de médecine générale et un service d'accompagnement social, qui sont complétés par un suivi médical et social collégial des patients. La PASS dédiée a donc des professionnels « dédiés » à la prise en charge des patients précaires, c'est-à-dire qu'ils ont un temps de travail qui est consacré aux patients de la PASS. À défaut de diplômes ou d'autres formes de reconnaissance formelle, cette activité et l'expérience qui en découle leur confèrent une certaine expertise dans la prise en charge médico-sociale des personnes en situation de précarité économique, sociale et/ou administrative. Les modalités de fonctionnement et la taille peuvent varier d'un hôpital à l'autre. La configuration de base de ce type de PASS est constituée d'une permanence sociale et d'une consultation de médecine générale sans rendez-vous. On y trouve parfois aussi des consultations spécialisées avec ou sans rendez-vous en gynécologie, en ophtalmologie, psychiatrie, dentaires, etc. En plus des consultations médicales et sociales, la PASS dédiée peut proposer des soins diversifiés comme des soins infirmiers, des consultations de psychologie, des consultations spécialisées dans « les troubles de la santé et de la violence », de la nutrition, etc.

Une condition nécessaire à cette structure est de disposer d'un espace dédié à la prise en charge de ces patients, qui doit être physiquement présent dans l'hôpital et identifié comme tel. L'objectif d'un lieu dédié et clairement identifié est de lui donner une grande visibilité et, ainsi, de lui permettre de se faire connaître du public ciblé et des différents partenaires du réseau. Elle adopte presque tous les aspects de la conception du soin de l'espace du soin de la précarité : travail en réseau avec les partenaires institutionnels et les associations extérieures, prise en charge médico-sociale collégiale, pratique holistique de la médecine, pluridisciplinarité, fonctionnement adapté au public reçu (horaires élargis, consultation sans rendez-vous, recours à des services de traduction professionnelle), travail d'information et de prévention, écoute et orientation, etc. (voir section suivante). Cette homologie avec les pratiques de l'espace du soin de la précarité s'explique par l'origine de ce modèle de PASS. Ce sont les premières consultations « précarités » ouvertes au début des années 1990, dont le modèle a été importé des centres de soins gratuits associatifs, qui ont inspiré ce modèle dédié. Comme on l'a vu dans le chapitre II, les circulations des pratiques et des idées entre l'espace de la médecine associative et celui du monde hospitalier ont donné lieu à un transfert du modèle des centres de soins gratuits de Médecins du Monde et de Médecins Sans Frontières vers l'hôpital par le biais d'acteurs qui faisaient partie de ces deux espaces (on peut citer l'exemple emblématique d'Antoine Violette).

### 3 - 2 - 2 Les PASS transversales et les PASS fantômes

Le deuxième modèle est celui dit « transversal ». Il vise à intégrer les patients en situation de précarité dans le circuit de soin hospitalier normal. Dans ce cas, le dispositif se résume en général au système de « bons » précédemment évoqué et à l'accompagnement social vers le retour au droit commun en matière de couverture santé. Les bons ne sont cependant pas valables pour une période donnée, mais pour un acte précis. Chaque acte (délivrance de médicament, examen, consultation) fait l'objet d'un bon, si bien que le patient doit voir l'assistante sociale chaque fois qu'un examen complémentaire, une nouvelle consultation ou des médicaments prescrits sont nécessaires[71]. Le modèle transversal ne comporte qu'une dimension sociale dans le sens où les soins ne sont pas adaptés aux situations de précarité, ils restent les mêmes pour tout le monde. Il est dit transversal parce qu'il se fait à travers le service social dans tous les services de l'hôpital. Lorsqu'un patient sans sécurité sociale est repéré, l'assistante sociale lui procure un « bon PASS » et entame les démarches pour l'acquisition d'une assurance médicale lorsque que cela est possible. Un bureau de la PASS peut tout de même exister au sein du service social. Ce qui le caractérise, plutôt que sa transversalité (qui est aussi présente dans le modèle dédié), est l'absence d'un lieu dédié à la prise en charge médico-sociale des patients qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins.

> **Corinne Deschamps** : « Donc on fait l'instruction de l'Aide médicale ou de la CMU ou d'autre chose, on évalue si, effectivement, le patient est sous visa et qu'il n'y aura pas de couverture sociale, on évalue qu'il est sous visa et qu'il n'y aura pas de couverture sociale. On fait l'évaluation de la prise en charge extérieure, d'hébergement, de tout ce qu'il peut y avoir… Et pour qu'il puisse accéder à sa consultation on lui remet les fameux bons PASS qui sont là (elle me montre les bons). Ce sont des carnets à souche, ni plus ni moins, avec un document qui est carboné. On donne un bon au patient, il part avec à la caisse, il présente ce bon en caisse et on lui donne son bon de circulation pour aller à sa consultation, comme n'importe quel autre patient. Toi, tu aurais présenté ta carte Vitale. Donc le médecin fait ce qu'il a à faire. Il fait son évaluation médicale, si il dit qu'il a besoin de telle ou telle chose, il fait son ordonnance à son patient comme il le ferait avec n'importe quel patient. »
> **J.G.** : « Et là le médecin n'est pas au courant que le patient est dans la PASS ? »
> **Corinne Deschamps** : « Non, pas forcément. Il fait son boulot de médecin, on lui demande de faire son boulot de médecin ! Il fait tous les examens qu'il estime nécessaires et le patient revient nous voir. Et donc, on fait autant de bons qu'il y aura d'examens nécessaires. »
> **J.G.** : « Donc le patient revient vous voir vous ? »
> **Corinne Deschamps** : « Oui, nous, le service social. Enfin, si le médecin lui dit il n'y a pas d'examen, tout va bien, le patient repart. Mais si, effectivement, il a besoin d'un certain nombre d'examens complémentaires, il revient, on va lui faire un bon PASS pour la pharmacie, le labo… »[72]

Ce mode de fonctionnement adopte peu les normes de l'espace du soin de la précarité. Les soins proposés ne prennent pas en compte les déterminants sociaux de la santé. Le médecin

[71] Voir des exemples de bons en annexe 4 - 1.

[72] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative, responsable de la PASS transversale d'un hôpital polyvalent d'une banlieue parisienne défavorisée. Janvier 2011, hôpital B.

ne travaille pas en collaboration avec les assistantes sociales et inversement, ils travaillent parallèlement, traitant les problèmes selon deux aspects séparés, le social d'un côté et le médical de l'autre. En général, il y a tout de même un médecin référent qui a un rôle d'expert (il établi, par exemple, l'urgence d'une situation ou la possibilité de différer des soins), il est sollicité par l'assistante sociale si besoin. Ce modèle s'inscrit dans la logique égalitariste et s'oppose à une spécialisation du soin dans la précarité. La précarité est comprise comme un obstacle administratif à l'accès aux droits, mais les autres déterminants sociaux de la santé ne sont pas pris en compte.

Encadré n° 5

## *La PASS fantôme de l'hôpital M*

*L'hôpital M est un grand CHU parisien situé dans un quartier aisé. Ce sont d'abord des rumeurs que j'ai entendues à propos de la PASS de cet établissement : l'hôpital aurait déclaré plusieurs années de suite une activité beaucoup plus importante que celle effectivement effectuée par la PASS. Cette rumeur m'a été confirmée par Amandine Cornet, cadre à l'AP-HP. Elle m'a confié dans le cadre de l'entretien que cet hôpital sur-déclarait largement le nombre de patients vus à la PASS afin d'obtenir le plus de financement possible, il comptait tous les patients vus à l'hôpital qui avaient une CMU, une CMUc, une AME, etc. (voir le point 1 -2 - de ce chapitre). Cette pratique, comme on l'a déjà évoqué, est courante. Mais, à l'hôpital M, l'obtention des financements MIG PASS semblait être la principale et seule raison d'être de la PASS :*

> **Amandine Cornet** : « À l'hôpital M, la PASS on sait ce que c'était, c'est-à-dire que c'était une pauvre assistante sociale dans son couloir, là pour le coup il y avait de l'opportunisme, c'est-à-dire que l'hôpital M avait créé une PASS, une PASS au sein des urgences parce que l'urgentiste avait été le plus opportuniste pour récupérer le fric, il avait foutu une assistante sociale toute seule dans son couloir, pour lui c'était la PASS. »
> **J.G.** : « Et avec l'argent des MIG, ils avaient embauché des urgentistes et des… »
> **Amandine Cornet** : « Bien sûr, bien sûr ! Il faisait fonctionner ses urgences ! Enfin, pas entièrement, parce que faut pas non plus rêver sur l'enveloppe MIGAC, mais… »
>
> (Extrait d'entretien avec la cadre du service social travaillant au siège de l'AP-HP, février 2013)

*Après que cette histoire fut révélée au grand jour, la direction de l'hôpital a décidé de restructurer la PASS à l'aide d'une cheffe de clinique qui a été recrutée en partie sur ce poste. J'ai rencontré cette actuelle médecin responsable de la PASS dans le cadre de mon enquête de terrain et nous avons évoqué cet épisode :*

> **Susanne Meyer** : « Mais du coup la PASS fonctionnait très mal avant. Moi je suis arrivée en novembre avec le nouveau chef de service. Et donc avant, la PASS était pas organisée ou désorganisée. Il y avait ces problèmes de financement, il y avait ces problèmes d'activité, il y avait ces problèmes de chiffres un peu loufoques qui avaient été donnés. […] Et c'est pour ça aussi qu'elle est en restructuration actuellement et que il y a beaucoup d'interrogations autour de la PASS et tout le monde essaye de récupérer le financement parce que ça permet d'avoir un poste de médecin à temps plein rattaché aux urgences et qui doit s'occuper de la PASS. Il est censé y avoir un temps plein qui est payé par l'enveloppe. Maintenant les patients qui se présentent aux urgences, euh à l'hôpital M, ne suffisent pas à remplir un temps plein, donc finalement le temps plein est rattaché sur les urgences, ce qui n'est pas censé être le cas. […] Il y en a un peu des patients qui viennent, il y en a une

dizaine par semaine, donc ça fait pas un temps plein non plus de médecin. Il y a des médecins généralistes de ville qui adressent à l'hôpital M pour une consultation spécialisée, donc ça c'est géré dans les étages et c'est pas vu par le médecin des urgences. »

(Extrait d'entretien réalisé avec la médecin référente d'une PASS d'un CHU parisien. Septembre 2012, hôpital M)

*On voit bien dans ces extraits d'entretien que le modèle de la PASS fantôme n'est pas uniquement utilisé par la direction pour obtenir des financements, mais également par des chefs de service comme manne de personnels soignants dans leur service. Nous reviendrons là-dessus dans les prochains chapitres*

*Encadré n° 6*

## *La PASS fantôme de l'hôpital N*

*La première fois que j'ai eu l'information selon laquelle certains hôpitaux « prétendaient » avoir des PASS pour détourner la MIG à d'autres fins, je faisais mon enquête ethnographique à la PASS de l'hôpital A (consultation René Barthe) à l'automne 2010. Un patient était arrivé avec une lettre signée de l'assistante sociale de la PASS d'un hôpital voisin (l'hôpital N) et qui l'adressait à la PASS de l'hôpital A. En plus de ce courrier, il avait apporté avec lui la facture de 6 650 € établie par l'hôpital N pour son séjour aux urgences et les examens qui y avaient été faits en raison des maux de ventre dont il se plaignait. Les résultats n'ayant pas permis de déterminer l'origine de la douleur, le patient, sans Sécurité sociale, a été orienté vers la PASS de l'hôpital A par l'assistante sociale de la PASS car elle n'avait pas d'autres solutions à lui proposer à l'intérieur de l'hôpital N.*

*Le centre hospitalier intercommunal N, situé dans une ville défavorisée de la banlieue parisienne, est caractéristique de cette absence de PASS. Lorsqu'on se rend sur le site internet de l'hôpital, une page entière est consacrée à la PASS. Cependant, dans les faits, elle n'existe pas vraiment depuis plusieurs années au moins. À la fin de l'année 2010, un demi-poste d'assistante sociale a été attribué à la PASS qui était fermée depuis un an, il est partagé avec un autre demi-poste aux urgences. Seulement, la nouvelle assistante sociale Véronique Lacourt n'y est restée que quelques mois parce que, très isolée dans l'hôpital et n'ayant aucun soutien de la part de la direction, elle a préféré démissionner. Depuis, ce poste est resté vacant (moment de la fin de l'enquête de terrain, fin de l'année 2013). À la consultation René Barthe, il est arrivé plusieurs fois que l'on reçoive des patients sans couverture sociale qui étaient allés se faire soigner à l'hôpital N en arrivant par la porte des urgences et qui, après avoir été pris en charge (de manière ponctuelle, sans possibilité de suivi), avaient été renvoyés chez eux avec une facture.*

*Par un heureux hasard, j'ai eu l'occasion de rencontrer à nouveau, un an et demi plus tard, l'ancienne assistante sociale de la PASS en question. Alors que je faisais ma seconde enquête ethnographique à la PASS de l'hôpital C (consultation Apollinaire) au début de l'année 2012, Véronique Lacourt venait d'y être embauchée. J'ai eu l'occasion de discuter plusieurs fois avec elle de la situation dans l'hôpital N :*

**J.G.** : « Parce toi tu pensais qu'ils voulaient créer une PASS dynamique quand ils t'ont donné le poste ? »

**Véronique Lacourt** : « C'est-à-dire que la PASS n'existait plus depuis un an. Ils ont pensé que j'allais faire mon petit boulot dans mon coin, sans faire de vagues, sans m'intéresser et sans comprendre. Voilà quoi. Mais je suis un peu curieuse, j'aime bien, tu vois, connaître… […] On m'a pas dit "on va monter la PASS", on m'a dit "voilà, vous prenez le poste de la PASS, qui est dépourvu depuis un an, mais voilà, vous allez fonctionner comme ça", enfin voilà, toute seule. »

**J.G.** : « Donc on t'a mis sur ce poste là sans rien t'expliquer ? »

**Véronique Lacourt** : « Rien ! Rien du tout ! »
**JG** : « C'est toi qui t'es documentée toute seule ? »
**Veronique Lacourt** : « Voilà, qu'est ce que c'est que la PASS, voilà. Et je me suis dit : "mais, c'est très étrange, à travers tout ce que je lis sur la PASS, les textes, etc. et ce qui se passe ici à l'hôpital N, ça ressemble pas à une PASS." »

(Extrait d'entretien réalisé avec une assistante sociale d'une PASS d'un CHU parisien. Février 2012, hôpital C)

———

Enfin, le troisième modèle se situe dans le développement extrême de celui de la PASS transversale. Le modèle transversal, parce qu'il se veut « discret », peut permettre d'avoir un système sur le papier, sans qu'il n'y ait de dispositif vraiment fonctionnel dans l'hôpital. Comme il n'y a pas d'espace dédié, ni de personnes dédiées (toutes les assistantes sociales « font de la PASS »), ce dispositif peut être oublié facilement. On les a appelées les « PASS fantômes ». Souvent, une assistante sociale est tout de même affectée au poste de la Permanence d'accès aux soins de santé, mais seulement à mi-temps et isolée dans l'hôpital. Le travail d'information sur les missions de la PASS à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital — nécessaire au fonctionnement de la structure en ce qu'il conditionne la détection et l'orientation des patients rencontrant des difficultés d'accès aux soins vers la PASS — est presque inexistant. Le résultat est que les patients qui pourraient être concernés par le dispositif ne sont que rarement orientés vers la bonne personne et la PASS devient une coquille vide. L'adoption de ce modèle s'explique par un détournement de l'usage qui est fait des financements apportés par la MIG PASS ou des affectations en personnel. Il est assez facile pour la direction d'utiliser à d'autres fins le financement que l'hôpital reçoit pour le fonctionnement de ce dispositif parce qu'il prend la forme d'une enveloppe dont le montant est basée sur une activité déclarée (voir *supra*). Un fonctionnement *a minima* (un demi-poste d'assistante sociale) et une déclaration d'activité imaginaire permettent à la direction de l'hôpital d'obtenir une enveloppe qui pourra être dépensée ailleurs (voir les encadrés n° 5 et 6 sur les PASS fantôme des hôpitaux M et N).

## 3 - 3 Les modèles et le terrain

Le modèle transversal semble être privilégié dans les petites structures, notamment en raison de son plus faible coût (qui correspond à une activité plus faible et donc à une MIG PASS moins importante). En revanche, dans le cas des hôpitaux de plus grande envergure, la taille ne semble pas être un critère déterminant dans le choix du modèle de PASS. Parmi les PASS étudiées dans l'enquête de terrain, nous avons rencontré les trois modèles. Le modèle dédié est celui que nous avons le plus rencontré (dans 11 cas sur 15), cela s'explique par leur plus grande visibilité dans l'espace public. C'est le premier auquel on a accès lorsqu'on vient de l'extérieur et qu'on s'intéresse à la thématique de l'accès aux soins, largement portée par un espace du soin de la précarité souhaitant acquérir une plus grande visibilité. Les PASS dédiées réalisent plus souvent un travail de communication afin de défendre et de légitimer leur pratique et leur conception du soin, ce qui les rend plus accessibles. D'autre part, les PASS transversales ne sont pas portées par des médecins, mais par des membres du corps des assistantes sociales (le plus souvent le cadre du service social de l'établissement de santé) ; or, ce dernier jouit de peu de visibilité dans le champ de la médecine hospitalière.

La répartition des PASS entre le modèle dédié et le modèle transversal est difficile à établir. Dans le département de Seine-Saint-Denis, sur les six PASS généralistes, une seule a adopté le modèle dédié, alors que toutes les autres sont transversales. À l'inverse, parmi les 20 PASS généralistes de l'AP-HP, donc toutes situées dans des hôpitaux universitaires dans Paris et sa proche banlieue, neuf PASS sont transversales et onze sont dédiées[73]. Dans le rapport sur les PASS de la région Centre réalisé par l'ARS[74], on dénombre 15 PASS généralistes et spécialisées dans la région, parmi elles un tiers ne dispose d'aucun temps médical, dont une est clairement identifiée comme étant une PASS fantôme ; neuf PASS ont un temps médical compris entre 0,1 et 0,2 ETP (équivalent temps plein), c'est-à-dire qu'ils proposent soit une à deux demi-journées par semaine de consultation de médecine générale, soit aucune (un médecin peut être référent et appelé si besoin par les assistantes sociales). Seule une PASS bénéficie d'une consultation de médecine générale cinq demi-journées par semaine (0,5 ETP), ce qui s'apparenterait donc le plus au modèle dédié. Dans le rapport d'activité des PASS de la région de Haute-Normandie[75], une activité médicale n'a été recensée que dans six PASS sur dix, ce qui signifie que quatre d'entre-elles ne fonctionnent qu'avec un volet social. Si ces informations ne nous

[73] Nous avons établi ces chiffres à partir de la liste des PASS disponible sur le site internet de l'AP-HP (http://www.aphp.fr/permanences-dacces-aux-soins-de-sante-lap-hp), nous avons regardé pour chaque PASS, lesquelles proposent des consultations de médecine générale sans rendez-vous, information que nous avons croisée avec nos connaissances du terrain. Il y a une marge d'erreur possible, mais qui ne changerait pas les rapports de grandeur entre les chiffres.

[74] Roy Daouya et Boudoul Sandra, « Rapport de synthèse de l'enquête régionale des PASS », ARS Centre.

[75] Rieucau Jacques, « Rapport de l'activité des PASS de Haute-Normandie », Coordination des PASS de Haute-Normandie, 2012.

permettent pas de savoir avec précision le rapport entre PASS transversales et dédiées, elles nous indiquent des tendances : les PASS dédiées sont situées plutôt dans les CHU et dans les grandes villes et sont beaucoup moins nombreuses que les PASS transversales.

## 3- 4 La conception et la pratique du soin de la précarité dans les PASS

L'espace du soin de la précarité se caractérise par une conception et une pratique du soin particulières qui se sont surtout développées depuis les années 1980 avec l'essor d'un espace associatif dans le champ de la santé. Elles se sont également inspirées d'autres pratiques et conceptions du soin existantes comme nous l'avons vu dans le chapitre I, notamment de nouveaux espaces hospitaliers confrontés à la précarité de leurs patients. Cette section présente la conception et les pratiques du soin de la précarité tels qu'elles sont défendues par certains acteurs des PASS qui s'inscrivent dans cet espace. Comme pour les modèles organisationnels, elles sont présentées de manière idéal-typique pour l'analyse. En réalité, ces pratiques ne sont pas lues comme telles par les acteurs car l'espace du soin de la précarité a été conceptualisé pour l'analyse de ce travail. Elles sont cependant revendiquées comme des pratiques spécifiques associées à une conception du soin construite en opposition aux pratiques et conceptions dominantes dans l'espace de la santé (médecine centrée sur l'organe, hyper-spécialisées, etc.).

La conception du soin de la précarité part du constat des recherches sur les inégalités sociales de santé de l'existence de déterminants sociaux de santé (voir introduction et chapitre I). Elle se base sur le fait que la médecine est incapable de soigner seule des patients dont la situation sociale, environnementale ou psychologique a soit provoqué la pathologie, ou bien entrave le processus de guérison. L'espace du soin de la précarité dans les PASS a donc développé une pratique du soin médicosociale, voire pluriprofessionnelle, qui se réalise en collaboration avec des assistantes sociales et des psychologues. C'est également dans le développement de cette conception du soin élargie et holistique qu'est pensé le travail en réseau avec des associations ou des individus qui agissent sur d'autres aspects de la vie sociale du patient selon les besoins. Il s'agit donc de travailler en amont et en aval, à la fois sur les pathologies et sur les déterminants sociaux de la santé, en faisant collaborer des acteurs aux spécialités différentes dans un fonctionnement en réseau.

> **Corinne Deschamps :** « C'est sûr que la meilleure manière de ne pas s'occuper de ses patients, c'est de ne pas se rendre disponible. Si tu leur dis 'il faut prendre un rendez-vous, dans deux semaines, venez à mon bureau', c'est sûr, tu vas les décourager. Donc l'idée c'est quand même de se dire que le

patient précaire est vulnérable à la complexité et que c'est à nous de nous adapter à ses patients, et non pas au patient de s'adapter aux institutions. Donc moi ce que j'attends des assistantes sociales qui travaillent chez moi, c'est qu'elles s'adaptent au patient, et non pas que les patients s'adaptent à elles. »[76]

Une seconde dimension de cette conception du soin est son approche du contact avec le patient. Comme on peut le lire dans l'extrait d'entretien ci-dessus, se concentrant sur les patients en situation de précarité économique et sociale, l'offre de soin s'adapte à ceux-ci. La complexité du système de soin, que ce soit dans les démarches administratives ou dans les démarches pratiques pour trouver un médecin, est jugée décourageante pour ces patients. Le monde de la médecine de la précarité va donc s'atteler à rendre moins complexes ces éléments. Le système de consultation de médecine générale sans rendez-vous est né de cette idée. C'est également dans cette logique que les PASS proposent des service d'interprétariat pour les patients ne parlant pas français. Le médecin référent de la PASS de l'hôpital B résume cette conception du soin de la précarité ainsi :

**Didier Mégnen** : « Il y a une adaptation du savoir-faire sur la prise en charge des populations précaires, c'est toujours un petit peu pareil, la même ritournelle, qui est d'avoir une équipe de professionnels qui soient des docteurs, des psychologues, des travailleurs sociaux. Chacun ayant un rôle extrêmement important pour des raisons diverses, et l'important et le plus difficile étant la coordination entre tous ces acteurs. Les docteurs c'est un peu évident dans un hôpital, enfin docteurs, infirmières, bon on voit bien un petit peu cet aspect médical, et qu'il faut prendre des médicaments, comment on les donne, comment on surveille. Donc il y a tout cet aspect des choses. L'aspect social, ça peut paraître un peu évident, on dit volontiers 'pas d'accès aux soins, sans logement, sans accès aux droits'. Donc on voit bien effectivement qu'il y a un certain nombre de choses qui peuvent être tout à fait bloquantes, si on ne se donne pas les moyens de les débloquer. Si des gens arrivent sans carte vitale, ou des choses comme ça. Le psychologique c'est aussi un de mes domaines qui est que, parce que ça rejoint complètement les choses et pourquoi finalement, si on veut faire un lien avec les gens, si on veut faire une alliance de prise en charge, il faut quand même être un petit peu attentif à un certain nombre de déterminants très importants. Pour les gens qui sont dans le sida, ce sont les représentations de la maladie, pour une femme dire 'je suis séropositive', c'est se faire rejeter par le mari ou la famille. On voit bien que même si le docteur est très gentil, que l'assistante sociale est très efficace, ça peut être mis en échec parce que, effectivement, tout compte. Vous êtes obligé un petit peu d'agir sur ces choses-là, et dans les liens avec le système de soins. [...] »
« Notre axe qui est finalement une prise en charge de la population fragilisée, du coup effectivement, on donne un sens un petit peu large à la précarité, c'est vraiment différents déterminants de la précarité, toujours cette idée que la réponse ne peut pas du tout être une réponse médicale exclusive, que ça va foirer, qu'il va y avoir des ingrédients d'échec, de blocage et de mise en échec, s'il n'y a pas cette idée de cette réponse un petit peu diversifiée, et notamment médicale, psychologique et sociale, et ce travail, auquel on rajoute cette fois les associations. »[77]

Cette conception du soin se construit en opposition à celle de l'hôpital public moderne. Le développement de la médecine de pointe et le découpage des services des hôpitaux en spécialités ont banalisé une approche centrée sur des pathologies précises qui tend à oublier le

[76] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative, responsable de la PASS transversale d'un hôpital polyvalent d'une banlieue parisienne défavorisée. Janvier 2011, hôpital B.

[77] Extrait d'entretien avec le médecin référent de la PASS d'un hôpital général de banlieue parisienne. Février 2011, hôpital B.

patient derrière l'acte de soin. Ainsi, les médecins qui montrent une approche différente et qui considèrent le patient dans son environnement social sont peu nombreux à l'hôpital. Les médecins de la PASS revendiquent cette prise en charge globale. Mais ce ne sont pas les seuls à l'adopter, elle peut être la normes dans certains autres services (voir chapitre I) ou exister de manière isolée chez certains médecins. Dans les PASS transversales ne disposant pas de médecins dédiés, les assistantes sociales peuvent chercher ces médecins vers qui elles enverront leurs patients :

> **Lucille Cantin** : « C'est un autre médecin qui lui aussi était sensible aux questions de précarité, voilà, je pense que c'est une question, enfin, les médecins qui sont référencés comme un médecin PASS, même s'ils ne sont pas officiellement sur le papier 'médecin référent', c'est parce que ce sont des médecins aussi qui ont une façon de travailler, une sensibilité autre que les autres praticiens. Je pense que c'est surtout ça. Et qu'effectivement ces médecins-là au bout d'un moment tu les repères, et c'est pas simplement à la policlinique, parce que pour avoir travaillé en médecine, et ben on pourrait qualifier certains médecins, enfin certains praticiens en médecine de médecin PASS ! »
> **J.G.** : « Et du coup ça veut dire quoi médecin référent de la PASS ? »
> **Lucille Cantin** : « Ça veut dire que quand il y a des réunions officielles c'est lui qui répond aux questions, qui vient, qui est plus au fait, comment dire, de tout ce qui est précarité. Je pense qu'il est quand même, il a une façon de travailler avec le patient, il ne va pas hésiter à appeler l'interprétariat, il va avoir une forme de suivi qu'on ne va pas forcément retrouver chez tous les médecins. Il est plus sensible en fait à la notion de précarité, je pense que c'est simplement ça. »[78]

Ce que nous appelons « normes du soin de la précarité » correspond à l'ensemble de ces pratiques et conceptions du soin spécifiques à l'espace du soin de la précarité.

### 3 - 4 - 1 Le « service social hospitalier »

> **Héloïse Simon** : « Mais c'est vrai que quand on travail au Conseil général, qui est quand même la mission première, hein c'est l'action sociale, c'est quand même relativement facile, et encore ça devient de plus en plus difficile. Mais quand vous êtes dans un lieu comme l'hôpital, où je sais pas, où vous travaillez avec des personnes qui sont pas assistants sociaux ou travailleurs sociaux, où c'est pas la mission première, il y a à se positionner tout le temps, à justifier ce qu'on fait tout le temps, ça peut être un peu dur ! »[79]

Comme le soulignent les propos de cette assistante sociale, l'environnement hospitalier n'est pas très favorable au travail social. Cependant, certains espaces à l'intérieur de celui-ci le sont plus que d'autres, c'est le cas de la PASS. Si le travail social est souvent présenté comme étant à part égale avec le travail médical dans cette structure, cela reste à nuancer. Il constitue cependant la spécificité de la prise en charge à la PASS qui est explicitement médico-sociale. L'approche médicosociale du soin développée par cette profession au cours de son histoire,

[78] Extrait d'entretien réalisé avec les assistantes sociales de la PASS transversale d'un CHU d'une ville de la banlieue parisienne défavorisée. Janvier 2011, hôpital K.

[79] Extrait d'entretien réalisé avec les assistantes sociales de la PASS d'un CHU d'une grande ville de province. Mars 2012, hôpital L.

notamment au travers du « service social hospitalier », est très proche de celle du soin de la précarité.

Le « service social hospitalier » naît au sortir de la Première Guerre mondiale de la collaboration entre les infirmières visiteuses d'hygiène et les assistantes sociales travaillant dans les dispensaires, sur le modèle américain du début du siècle[80]. Le premier service social hospitalier français est construit par le Dr Calmette à l'hôpital d'Ivry avec pour objectif :

> « [d']humaniser les hôpitaux, [de] découvrir les causes sociales que le médecin peut ignorer et qui entretiennent ou aggravent la maladie, [de] résoudre les difficultés morales et matérielles qui s'opposent au traitement, [d']aiguiller les malades sur les services et établissements dont ils relèvent, [de] faire agir simultanément toutes les œuvres qui peuvent venir en aide à la famille, [de] prolonger au-delà de l'hôpital l'influence médicale afin d'éviter une récidive, [de] remettre la famille en état de se suffire à elle-même, [de] contribuer à la prévention des maladies et à la conservation de la santé »[81].

Il y a une grande similitude entre cette conception du soin et celle développée dans les années 1990 au sein de l'espace du soin de la précarité : conception élargie du soin qui prend en compte les déterminants sociaux de la santé, prise en charge qui dépasse le temps strictement hospitalier en amont (prévention) et en aval (relai de la prise en charge avec d'autres établissements), travail en réseau. Ce courant crée une association « le service social hospitalier » qui est reconnue d'utilité en 1932 et subventionnée à partir de 1933 notamment par l'Assistance Publique.

Le métier d'assistante sociale s'organise au sortir de la Seconde Guerre mondiale en créant une association nationale et en adoptant un Code de déontologie en 1949 qui s'inspire de valeurs philosophiques liées aux Droits de l'Homme inspirées du catholicisme social (respect de l'être humain, aide à la personne sans jugement, etc.)[82]. À l'hôpital, le travail social vient en appui de l'activité médicale et administrative. Leur action, définie pour la première fois

---

[80] Arrivée à l'hôpital aux États-Unis au début du XXe siècle, l'assistante sociale a pour rôle principal celui de médiatrice entre l'hôpital, la famille du patient et les autres institutions sociales. En France, le travail social hospitalier est un métier qui est né de la transformation de celui d'infirmière dans une logique de spécialisation et de division du travail. Le métier de l'infirmière entame un processus de reconnaissance à partir du début du XXe siècle, surtout à partir de la Première Guerre mondiale, où les effectifs de la profession augmentent rapidement. L'infirmière a pour fonction de s'occuper du malade, alors que le médecin se charge de la maladie. Peu à peu, le métier se médicalise autour du soin. L'assistante sociale hospitalière hérite sa fonction des infirmières visiteuses, dont le diplôme est créé en 1918. Dans le contexte de l'essor de la doctrine hygiéniste, ces infirmières visiteuses sont spécialisées dans le médico-social et interviennent dans le domaine de la prévention. Leur fonction apparaît au sortir de la Première Guerre mondiale dans le cadre de la lutte contre les grands fléaux, la tuberculose et la mortalité infantile, elles ont pour rôle d'éduquer le peuple sur les règles d'hygiènes et les méthodes de prévention. Leur activité est largement subordonnée aux médecins pour lesquels elles travaillent. La fonction d'infirmière visiteuse préfigure à bien des égards celle d'assistante de service social dans laquelle elle va se fondre et qui est consacrée en 1938. Voir Rater-Garcette Christine et Chauvière Michel, *La professionnalisation du travail social: action sociale, syndicalisme, formation, 1880-1920*, Paris, France, Canada, 1996, 209 p. ; Henry Stéphane, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie: entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *Genre & Histoire*, n° 5, 28 Novembre 2009.

[81] Témoignage de Madame Getting, assistante sociale qui a travaillé avec le Dr Calmette. Cité par Guerrand Roger-Henri, Rupp Marie-Antoinette et Hahn Georges, *Brève histoire du service social en France: 1896-1976*, Toulouse, Privat, 1978, p. 54-55, cité dans Linsig Doris, « Du social et du médical en soins palliatifs », Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme Supérieur en Travail Social , Université Pierre Mendes France, Grenoble, 2005, 175 p.

[82] Linsig Doris, *op. cit.*, 2005.

officiellement dans un décret en 1993[83], s'insère dans trois cadres d'intervention : l'accès aux soins et aux droits, l'accompagnement de la sortie, l'aide à la vie quotidienne et la protection des personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, personnes handicapées, etc.). Le travail social s'insère comme une activité périphérique dans un espace hiérarchisé largement dominé par la profession médicale[84] puis, plus récemment, par les services administratifs et la direction[85]. Il demeure une activité hospitalière secondaire en cela qu'il est subordonné à une autre activité principale, l'activité médicale et soignante. Le travail social hospitalier est hiérarchiquement indépendant des professions médicale et soignante, il est souvent placé, dans les organigrammes, directement sous la responsabilité d'une des directions hospitalières. Cela lui donne une certaine indépendance car il n'a, en théorie, pas de comptes à rendre ni aux médecins, ni aux infirmières, ni aux autres services. Dans la pratique, les interrelations sont cependant beaucoup plus complexes et une grande partie du travail des assistantes sociales est directement dépendante de l'activité médicale. Remplir la mission d'accompagnement à la sortie, par exemple, exige des informations qui ne peuvent être délivrées que par les médecins (date de sortie, soins nécessaire à la sortie, etc.). De même, le signalement des patients nécessitants l'intervention du service social est habituellement fait par les personnels soignant et médical ; le désintérêt de ces derniers pour les problématiques sociales peut grandement gêner la réalisation du travail des assistants sociaux. D'autre part, la subordination du service social à une des directions hospitalières, source d'autonomie dans un premier temps, a inversé la tendance avec la montée en puissance de ces dernières dans la structure hospitalière[86]. Le service social, comme la PASS d'une certaine manière, est dominé et se situe en bas de la structure hiérarchique hospitalière, l'exposant particulièrement à l'évolution des rapports de forces à l'intérieur de l'institution hospitalière.

On peut dégager deux activités principales au travail social à la PASS qui sont faites systématiquement et dans la plupart des PASS fonctionnelles : l'évaluation sociale globale du patient (situations professionnelle, familiale, administrative, de logement, etc.) et l'accès aux droits en matière de couverture maladie. Le travail d'information, d'écoute et de soutien des patients, de coordination avec les autres partenaires sociaux et administratifs et d'accès à l'hébergement d'urgence constitue une autre partie du travail. Enfin, l'accès aux droits du séjour des étrangers, de recherche de nourriture et de vêtements peut aussi représenter une part de l'activité qui est cependant davantage périphérique et moins souvent observée.

---

[83] Décret n° 93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

[84] Eliot Freidson décrit la profession médicale comme dominante à l'intérieur de l'hôpital et les autres groupes professionnels, soumis à l'autorité des médecins, ne sont que des « paraprofessionnels ». Freidson Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, 369 p.

[85] Pierru Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, coll. « Collection Savoir-agir de l'Association raisons d'agir », 2007, 319 p. Voir en particulier le chapitre 5, notamment p. 244 et suiv.

[86] Nous aborderons ce point dans le chapitre V.

Alors que les valeurs et les pratiques défendues par le « service social hospitalier » sont très proches de celles défendues par l'espace du soin de la précarité, il est étonnant d'observer à quel point il y est peu fait référence à l'intérieur de ce dernier. Comme on l'a vu dans la partie précédente, ce sont principalement des médecins qui sont à l'origine de l'espace du soin de la précarité. Les assistantes sociales font partie du projet mais n'en sont pas à l'initiative. On retrouve dans l'espace du soin de la précarité, même si c'est dans une moindre mesure en comparaison avec le reste du champ médical, une domination des médecins sur les autres groupes professionnels.

## 3 - 5 Conclusion partielle

L'organisation de la PASS est encadrée par des textes non contraignants émanants des institutions de tutelle. Ceux-ci ont été élaborés en collaboration avec des représentants de l'espace du soin de la précarité et préconisent donc des pratiques et une organisation issues qui en sont empreintes. Les textes les plus récents montrent une incorporation des préceptes du *New public management* (NPM), notamment dans l'évaluation et la mesure de l'activité. Ils expriment une tension entre une organisation renforçant une spécialisation du soin dans la prise en charge de la précarité et une organisation se contentant de faciliter l'accès aux droits en matière de santé et aux soins hospitaliers sans que ces derniers soient adaptés aux patients en situation de précarité.

L'enquête empirique a permis de dégager trois modèles organisationnels de PASS (PASS dédiée, transversale et fantôme) adoptant plus ou moins les pratiques et la conception du soin de la précarité. La PASS dédiée est celle qui est le plus proche, dans son organisation, des structures développées par l'espace du soin de la précarité à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Le modèle de la PASS fantôme montre quant à lui que le dispositif PASS peut être détourné par des acteurs du champ hospitalier à d'autres fins que celles prescrites au départ. Les normes du soin de la précarité (ensemble des pratiques et des conceptions du soin développées par l'espace du soin de la précarité) sont minoritaires à l'intérieur du champ hospitalier et s'opposent aux normes dominantes en vigueur dans ce dernier.

## CONCLUSION

Ce chapitre a permis de donner des informations générales sur les PASS et de poser son cadre organisationnel à l'intérieur du système hospitalier. Le nombre de PASS n'a cessé d'augmenter depuis la création de ces structures en 1998. Elles sont aujourd'hui plus de 400 à se répartir dans des hôpitaux du territoire national.

Le mode de financement par le système des MIGAC place les permanences d'accès aux soins dans une position spéciale dans l'hôpital. La compensation financière qu'elles reçoivent au titre d'une mission d'intérêt général n'est pas soumise aux règles de la tarification à l'activité (T2A). L'activité des PASS n'est donc pas mise en concurrence et n'est pas contrainte aux mêmes objectifs en termes d'efficience et de productivité que les activités de soin classiques. À un autre niveau, ces financements par enveloppe dépassent le cadre de leur attribution initiale. Ils sont convoités par les directions hospitalières car ils représentent une marge de manœuvre grâce à un jeu de vases communicants dans un système budgétaire hospitalier fortement contraint. Enfin, l'argent de la MIG PASS est parfois détourné afin de financer d'autres activités que celles prévues par l'enveloppe. Cela témoigne de la forte concurrence entre différents segments à laquelle est soumise le champ hospitalier. Comment les acteurs des PASS réagissent-ils à ce contexte ? Développent-ils des stratégies pour se protéger d'un détournement de leurs financements ? La spécialité du financement MIG, en dehors de la T2A, permet-elle une émancipation de l'organisation de l'activité par rapport aux normes gestionnaires ayant court dans le reste de l'hôpital ? Ce sont les questions ouvertes par la présentation du mode de financement auxquelles nous répondrons dans les prochains chapitres.

Les patients des PASS ont un profil socio-démographique particulier. Ils sont majoritairement des hommes en âge de travailler. Tous connaissent une situation sociale précaire à plusieurs niveaux (logement, travail, lien social, etc.) et la plupart d'entre eux sont des étrangers dont la situation administrative est précaire. Ce profil particulier des patients de la PASS est l'objet de stigmatisations à l'intérieur de l'hôpital. Les patients de la PASS sont mis à l'écart, isolés, dans des espaces délabrés qui correspondent à leur place dans l'espace hospitalier hiérarchisé.

Ces caractéristiques sont plus ou moins marquées selon les PASS. Certaines d'entre elles concentrent la précarité et ont une activité très importante. Ces différences s'expliquent par l'inscription géographique, mais pas seulement. La politique de l'hôpital sur les critères d'admission des patients à la PASS peut exclure les plus précaires d'entre eux (les patients sans droits potentiels). Comment s'expliquent ces différences entre les établissements ? Pourquoi

certains hôpitaux excluent-ils les patients sans droits potentiels ? Comment se construisent les catégories de patients légitimes et illégitimes ?

En ce qui concerne l'organisation de la structure, la PASS est encadrée par des textes officiels. Ces textes prescrivent tout à la fois les pratiques du soin de l'espace du soin de la précarité et des pratiques répondant aux normes du NPM. N'étant pas contraignants, ils laissent cependant une liberté importante aux différents acteurs dans le choix de la forme organisationnelle. Sur le terrain, on distingue trois types de PASS — dédiée, transversale et fantôme — qui épousent plus ou moins les normes de l'espace du soin de la précarité. Le prochain chapitre étudie l'organisation de différents modèles de PASS en lien avec les professionnels qui y agissent. Le but est de chercher une corrélation entre le modèle organisationnel de la PASS (plus ou moins éloigné des pratiques et de la conception du soin de la précarité) et les profils des professionnels agissant dans la PASS.

# CHAPITRE IV – LES PASS ET LES DIFFÉRENTS MODÈLES D'ORGANISATION

> « L'inégalité des statuts médicaux, des situations variables au sein du système de production hospitalière sont à l'origine de stratégies et d'orientations différentes, relativement à la finalité des services. Il nous paraît donc intéressant d'analyser par rapport à ces situations les orientations, les idéologies et les stratégies des médecins, celles-ci pouvant avoir en retour une certaine efficacité sociale. »[1]

## INTRODUCTION

Dans le chapitre précédent, différents types de PASS ont été décrits. À cette diversité organisationnelle correspond une variation dans les conceptions et les pratiques du soin. Ainsi, le modèle dédié est celui qui adopte le plus la conception et les pratiques du soin de la précarité. Son organisation s'inspire d'ailleurs des centres de soins gratuits des associations agissant dans cet espace (notamment ceux de Médecins du Monde et de Médecins Sans Frontières). De l'autre côté, le modèle transversal a tendance à s'en détacher. Comment peut-on expliquer ces différences ? Correspondent-elles à différents modèles d'action s'insérant dans des ensembles normatifs concurrents ?

La recherche des facteurs à l'origine de ces différences est l'objet de ce chapitre. Nous en avons d'ores et déjà saisi un dans le chapitre précédent. Il faut ainsi considérer le mode de financement général des hôpitaux pour comprendre pourquoi certains d'entre eux se sont dotés de « PASS fantômes » qui existent avant tout sur le papier afin d'obtenir des financements utilisés à d'autres fins. La PASS devient dans ce cas une source de revenus dans un contexte de contrainte financière. Dans ce chapitre, nous verrons que la correspondance entre un modèle organisationnel et son ancrage dans l'espace du soin de la précarité n'est pas systématique et qu'il dépend de différents facteurs. En partant de l'examen de certaines PASS issues du *corpus*

[1] Chauvenet, Antoinette, « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 62.

empirique, il est possible de dégager plusieurs modèles de l'action s'inscrivant dans différents courants organisationnels concurrents.

On s'intéressera notamment aux effets de la montée en puissance des normes néo-managériales à l'hôpital depuis le milieu des années 1990 pour tenter de trouver des explications aux variations organisationnelles qui existent entre les PASS. L'hypothèse avancée est que celles-ci ne sont pas aussi omniprésentes ni aussi omnipotentes dans l'organisation de l'activité hospitalière — comme l'affirment certains travaux en sciences sociales sur l'organisation du système hospitalier français contemporain[2] —, mais que d'autres facteurs — dont des facteurs contextuels et historiques[3] — influent sur la division et l'organisation du travail dans les PASS. Cette hypothèse se fonde sur l'idée que si la norme néo-managériale était toujours prioritaire, tous les hôpitaux adopteraient le modèle organisationnel le plus « efficient » (un modèle qui apporterait le financement le plus important possible pour un minimum de coûts, c'est-à-dire la PASS transversale ou la PASS fantôme).

À côté des facteurs contextuels et historiques, nous nous intéresserons aux acteurs des PASS[4] dans leur institution. L'approche en termes d'intérêts[5] pour expliquer l'action publique et l'application de politiques publiques consiste si on suit les analyses de Bruno Palier et Yves Surel à :

> « identifier les acteurs pertinents dans le domaine observé et à insister sur certaines dynamiques fondamentales, comme les logiques de l'action collective, les calculs et les stratégies déployées par les acteurs en fonction des coûts et bénéfices attendus des conflits éventuels ou des coopérations envisageables, les conséquences des anticipations faites par les individus ou par les organisations impliquées dans l'action publique »[6].

Ainsi, pour comprendre les différences de mise en œuvre de la politique publique d'accès aux soins que sont les PASS, nous identifierons « les acteurs en présence, leurs préférences, leurs forces, leur capacité d'action et de mobilisation, ainsi que leurs stratégies »[7]. Nous nous pencherons sur la rationalité de la prise de décision des acteurs en position de pouvoir au sein des Permanences, en nous appuyant sur les logiques propres à l'action collective et aux systèmes professionnels. Contrairement à l'analyse classique des politiques publiques qui se

---

[2] Palier, Bruno, *Gouverner la sécurité sociale: les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige. Essais débats », 2005, 502 p. ; Pierru, Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, coll. « Collection Savoir-agir de l'Association raisons d'agir », 2007, 319 p. ; Benamouzig, Daniel, *La santé au miroir de l'économie: une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Sociologies », 2005, 479 p.

[3] Pour voir un autre exemple dans lequel les facteurs historiques et de contexte contrecarrent les logiques du *New mangement public*, cf. Belorgey, Nicolas, *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte, 2010, 330 p.

[4] Nous nous concentrerons sur ceux qui ont une influence sur l'orientation générale de l'activité de la PASS. Nous verrons dans la partie III de la thèse les interactions entre les acteurs à l'intérieur de la PASS.

[5] Palier, Bruno et Yves Surel, « Les «trois I» et l'analyse de l'État en action », *Revue française de science politique*, vol. 55, n° 1, 2005, p. 7-32.

[6] *Id. ibid.*, p. 11.

[7] *Id. ibid.*, p. 11.

situe à un niveau macro, notre approche se situe à un niveau micro. Nous nous intéressons, non pas aux intérêts des acteurs qui formulent les politiques publiques, mais de ceux qui les appliquent à l'échelle locale. À ce titre, notre analyse est à situer dans la tradition des études sur la *street level bureaucracy* dont nous prenons comme référence les analyses de Michael Lipsky[8] et les adaptations françaises qui en ont été faites par Vincent Dubois[9]. Ce cadre d'analyse nous permet d'explorer les acteurs des PASS et leurs caractéristiques comme étant déterminants dans les rôles mêmes de l'institution, afin d'en expliquer à la fois les modes de reproduction et les transformations.

Par ailleurs, l'hôpital n'est pas une administration, mais une institution hautement professionnalisée. Pour saisir cette particularité, nous nous pencherons sur les trajectoires sociales des acteurs en termes de carrière professionnelle dans le sens qu'Everett C. Hugues leur a attribué, c'est-à-dire les différentes étapes d'accès à la profession à la fois de manière objective (l'évolution des différents emplois et positions occupées au cours de la vie professionnelle) et les ajustements subjectifs qui s'y rapportent[10]. Les acteurs auxquels nous avons affaire ne s'inscrivent cependant pas exclusivement dans des logiques professionnelles. Au contraire, certains ont des biographies les situant au croisement de trajectoires militante et professionnelle. Ils sont parfois impliqués dans de nombreux lieux de l'espace social et se plient donc à différentes normes, règles et logiques qui peuvent se contredire[11]. C'est pourquoi nous aurons également recours à l'adaptation de la notion de carrière développée par Howard Becker[12] pour analyser les carrières déviantes. Cela permet d'identifier les éléments déterminants d'un cheminement par étapes conduisant un individu à une position donnée (« le comportement final »). Pour cela, la carrière doit être analysée dans sa pluralité, c'est-à-dire être comprise comme une carrière parmi d'autres chez des individus qui s'inscrivent dans de multiples mondes et sous-mondes sociaux[13] (comme par exemple l'appartenance au monde social militant et au monde social de la médecine). Les carrières des acteurs que nous analysons seront donc replacées dans leur « configuration » au sens que Norbert Elias lui donne : l'individu doit être compris dans ses relations ou ses chaînes d'interdépendances avec le reste de la société[14]. Enfin, comme Anselm Strauss le suggère dans son analyse de l'ordre négocié à l'hôpital, nous

---

[8] Lipsky, Michael, *Street-Level Bureaucracy*, 30th Ann. Ed.: Dilemmas of the Individual in Public Service, Russell Sage Foundation, 2010, 300 p.

[9] Dubois, Vincent, *La vie au guichet: relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Éd. Economica, coll. « Études politiques », 2010, 204 p.

[10] Hughes, Everett C., *Men and their work*, Glencoe, Ill.,: Free Press, 1958, 202 p.

[11] Fillieule, Olivier et Bernard Pudal, « 8. Sociologie du militantisme. », *in* Agrikoliansky, Éric, *et al.*, *Penser les mouvements sociaux*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 2010, p. 163-184.

[12] Becker, Howard, *Outsiders: Etudes de sociologie de la déviance*, Editions Métailié, 2012, 247 p.

[13] Strauss, Anselm, *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Editions Métailié, 1992, 192 p. ; pour une analyse des différentes appréciations de la notion de carrière dans le contexte du militantisme, voir Fillieule et Pudal, *op. cit.*

[14] Duvoux, Nicolas, « Configuration », *in* Paugam Serge (ed.), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2010a, 52-54.

nous intéresserons aux acteurs non-médicaux[15], et plus particulièrement dans le cadre de notre analyse, aux cadres administratifs et à la direction, catégories professionnelles qui ont négocié une nouvelle place dans l'ordre hospitalier.

Ce chapitre s'organise autour de quatre parties présentant les modèles organisationnels de PASS identifiés sur le terrain. La première partie présente le modèle organisationnel engagé fortement ancré dans l'espace du soin de la précarité. Les deux parties suivantes se penchent le rôle des médecins (hospitaliers et non hospitaliers) et établissent une relation entre trajectoire (professionnelle et non-professionnelle) et modèle organisationnel. Elles présentent également le modèle professionnel traditionnel. Enfin, la quatrième partie s'intéresse aux nouvelles professions arrivées avec les réformes néo-managériales et au modèle professionnel organisationnel.

# 1 LE MODÈLE DE LA PASS ENGAGÉE

## 1 - 1 Morphologie de la PASS René Barthe

La PASS René Barthe de l'hôpital A est caractéristique des PASS dites « dédiées ». L'hôpital A est un CHU de la banlieue parisienne. Il a été construit dans les années 1930 pour répondre aux besoins de santé grandissants parmi les classes populaires de banlieue et notamment parmi les populations immigrées. L'hôpital a une taille importante (plus de 500 lits, 450 médecins et internes et près de 1 700 personnel autre). Il s'inscrit dans un territoire défavorisé (les indicateurs de pauvreté et de précarité sont élevés) dont sont originaires la plupart des patients actuels. L'hôpital A a une pratique d'accueil des populations démunies qui s'inscrit dans son histoire. Cette dimension se retrouve dans différents services. On peut citer le service des maladies infectieuses et tropicales dont le chef est une figure du mouvement de la médecine sociale en France ou celui d'ethnopsychiatrie, le plus important de France, qui est engagé dans la prise en charge des migrants précaires.

[15] Strauss, Anselm, L. Schatzman, R. Bucher, D. Ehrlich et M. Sabshin, « The hospital and its negociated order », in Eliot Freidson (ed.), *The hospital in modern society*, New York, Free Press, 1963.

**Photo de la salle d'attente de la PASS René Barthe (Geeraert ©, septembre 2011)**

La PASS René Barthe se situe dans la policlinique — espace de soins ouvert sur la ville — qui occupe une petite partie de l'aile est du bâtiment principal de l'hôpital A. Cette dernière est constituée d'une vaste salle longue où se succèdent des portes le long des quatre murs. Au centre, collé au mur du fond, un grand guichet sépare la salle en deux espaces, c'est à cet endroit que les patients sont accueillis. Sur la gauche et sur la droite, il y a une salle d'attente. Sur la gauche, on trouve le centre de prise de sang et, sur la droite, des cabinets médicaux et bureaux où les assistantes sociales et le personnel soignant reçoivent les patients. C'est dans cet espace que se trouve la PASS Réné Barthe, matérialisée par le bureau d'une assistante sociale travaillant à plein temps à la PASS et par le cabinet du médecin qui y assure une consultation (voir schéma de la policlinique dans le chapitre précédent 2 - 4 - 1, carte n° 2).

Les activités de la PASS René Barthe — consultations de médecine générale et travail social — s'ajoutent et complètent celles de la policlinique. Cette dernière dispose, en plus, de consultations spécialisées (gynécologie, médecine interne, rhumatologie, gastroentérologie) et d'un centre de prise de sang et d'analyses auquel les patients de la PASS ont un accès facilité, mais qui ne leur est pas réservé. Trois fois par semaine (le lundi après-midi, le mardi matin et le vendredi après-midi) deux médecins — le docteur Jean-Paul Vandenbulck, médecin généraliste attaché (il travaille en libéral et fait deux vacations à l'hôpital), référent de la PASS et le docteur Thomas Lamontagne, anesthésiste[16] et praticien hospitalier (PH) à temps plein à l'hôpital A — se relayent pour les consultations sans rendez-vous, tandis que trois autres consultations sur rendez-vous sont tenues par deux autres médecins (celles-ci sont, dans les faits, moins centrées sur la précarité et davantage constituées d'une patientèle régulière). Les consultations « précarité » sans rendez-vous sont le cœur de la PASS, elles sont destinées aux patients qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins. Elles s'accompagnent d'une prise en charge par l'assistante sociale de la PASS, Sarah Benamou, qui travaille à plein-temps sur ce poste. Son travail consiste avant tout à déterminer quels sont, parmi les patients qui se présentent à elle, ceux qui ont le droit à un « bon PASS » (et donc à une prise en charge à la PASS) et à les aider dans les procédures administratives d'acquisition d'une couverture maladie. Ces bons, qui sont valables un ou trois mois (voir annexe 5 - 2) et qui sont renouvelables, permettent de bloquer les factures au niveau du service financier en attendant que le patient soit assuré. Ils lui permettent d'accéder à tous les services ambulatoires de l'hôpital (soins ambulatoires, consultations, pharmacie, examens, etc.). L'assistante sociale de la PASS est secondée par l'assistante sociale des urgences, Fatima Belmoktar, avec qui elle travaille en binôme et dont le bureau est juste à côté du sien. Fatima est impliquée dans l'activité de la PASS car son poste aux urgences lui permet d'y ramener régulièrement des patients. Enfin, un aide-soignant est censé assisté les consultations des médecins, mais, en réalité, il est quasiment absent de l'activité de la PASS.

[16] L'anesthésie est une spécialité médicale considérée comme mineure, plus souvent choisie par des étudiants d'origine sociale plus modeste que la moyenne pour l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales. C'est une spécialité dominée dans le champ de la médecine hospitalière. Voir Jaisson, Marie, « La mort aurait-elle mauvais genre? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, n° 3, 2002a, voir le graphique p. 49 ; Chauvenet, Antoinette, « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 75.

## 1 - 2 La création de la PASS René Barthe

Le centre René Barthe a été créé en 1996, deux ans avant la loi sur les PASS, afin de renouer les liens entre l'hôpital public et les malades les plus pauvres dont les problèmes d'accès aux soins ont été portés dans le débat public à la fin des années 1980 et au début des années 1990 (voir chapitre II de la partie I). Il s'inscrit à la suite des autres lieux hospitaliers de prise en charge de la précarité qui ont ouvert à Paris et dans des grandes villes de province dans le cadre des financements des « consultations précarités » mis en place avec la circulaire Veil de 1993[17] (voir chapitre II de la partie I).

L'histoire de la structure étudiée apporte des éléments utiles à la compréhension de la conception des soins au sein de la PASS. En effet, elle permet de discerner quelles ont été les personnes qui l'ont modelée et d'en observer ses évolutions à travers le temps. Les parcours biographiques que nous avons pu rassembler à propos de ces personnes permettent de découvrir les circulations qui ont eu lieu entre les espaces sociaux (notamment au sein d'espace qu'on a identifié comme étant ceux du soin de la précarité) et qui ont façonné cette conception du soin. Plus précisément, le détour historique permet d'entrevoir les conditions nécessaires à la naissance d'un tel dispositif à l'hôpital et le choix du modèle dédié plutôt qu'un autre.

### 1 - 2 - 1 A l'origine de la création du centre René Barthe

> « L'existence d'une PASS dans un établissement hospitalier dépend d'une (bonne) volonté locale tripartite associant une équipe médicale, un service social et le soutien d'une direction hospitalière. Le manque d'un seul élément de ce trépied met en danger le dispositif. »[18]

La reconstitution de la création du centre René Barthe et de ses débuts est basée sur des entretiens menés auprès de membres de l'équipe médico-sociale, certains d'entre eux étaient présents dès l'origine[19]. Retracer l'histoire de la création du Centre René Barthe nous conduit à focaliser l'analyse sur les trois groupes d'acteurs clefs que sont les médecins, les intervenants non soignants et la direction hospitalière.

---

[17] Circulaire DH/AF 1/DAS/RV 3 n° 33-93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

[18] Dr Claire George, présidente du Collectif PASS, allocation lors du Colloque national des PASS du vendredi 20 mai 2011.

[19] Nous nous sommes basés sur les entretiens réalisés avec l'assistante sociale présente à l'ouverture du centre (Anne Jourdan), un des médecins (Thomas Lamontagne, entretien informel) et le médecin fondateur (Paul Follereau). Nous avons également pu recueillir certains éléments restés dans la « mémoire collective » (pour reprendre les mots de Maurice Halbwachs) lors des entretiens avec les membres de l'équipe actuelle. Halbwachs, Maurice, *La mémoire collective*, Paris, Albin Michel, 1997.

### a) Les médecins

> **J.G.** : « Et sur la création de René Barthe, est-ce que vous pourriez me raconter le contexte dans lequel ça s'est fait ? Comment est venue l'idée, parce que vous étiez déjà à l'hôpital A à ce moment-là ? »
> **Paul Follereau** : « Alors, l'idée m'est venue alors que j'avais cessé mes activités médicales pour me consacrer entièrement à mon poste de maître de conférence en sociologie, ici à l'Université A. Un ami et ancien collègue, professeur de médecine interne, m'a proposé de retravailler avec lui, à l'hôpital A, et je ne voyais pas beaucoup de sens à le faire avec une activité clinique ordinaire. Et j'ai réfléchi à quelque chose qui pouvait lier mes intérêts sur le plan scientifique pour les questions d'inégalités et les questions d'immigration avec une pratique médicale. Et il est apparu assez vite qu'une façon de le faire était de mettre en place un dispositif qui pouvait permettre de favoriser l'accès aux soins et aux droits à des patients qui avaient des difficultés à se soigner. Et donc de faire un dispositif médico-sanitaire. »[20]

La création du centre René Barthe remonte à 1996, elle a été l'initiative de deux médecins dont l'un était responsable du service infectieux (Professeur Gillon) et l'autre interniste, praticien hospitalier en santé publique et maître de conférence en sociologie (Dr Follereau). Paul Follereau est celui qui a eu l'idée d'un centre de soins et d'accueil pour des personnes en situation de précarité. Comme on le voit dans l'extrait d'entretien et dans sa notice biographique (voir en annexe 2 - 1), la trajectoire de Paul Follereau l'a mené de la profession de médecin hospitalier à celle d'enseignant-chercheur en sciences sociales. Il a réalisé des travaux sur les questions d'inégalités en santé et de migrations. Le centre René Barthe a servi, pour lui-même et ses étudiants, plusieurs fois de terrain de recherches empiriques. D'autre part, son parcours biographique montre sa proximité avec l'espace de la médecine associative et humanitaire (il a été vice-président d'une grande ONG de médecine humanitaire et président d'une autre). Le professeur Gillon est cardiologue, chef du service de médecine interne depuis 1993. Aujourd'hui, il est chef de pôle de médecine d'un autre grand CHU parisien et a de nombreuses responsabilités au sein de centres de recherche et de sociétés savantes de médecine.

L'idée du centre provient de la rencontre de ces deux médecins. Ils ont négocié son ouverture avec la direction. Une fois l'accord de cette dernière, une première difficulté a été de trouver un local où pourraient travailler l'assistante sociale et l'infirmier ainsi qu'un cabinet médical jouxtant ce local pour les consultations de médecine générale sans rendez-vous. L'interdiction faites aux patients d'utiliser la salle d'attente imposée par le chef de la policlinique montre le poids que jouent également les autres acteurs présents à l'intérieur de l'hôpital (voir à ce propos le chapitre précédent).

Les deux acteurs clés (Dr Follereau et Pr Gillon) étaient des personnages importants au sein de l'hôpital concerné et leur notoriété, leur savoir-faire administratif et universitaire en

[20] Extrait d'entretien mené avec le médecin fondateur du centre René Barthe. Novembre 2012, campus universitaire de l'hôpital A.

termes de rédaction de projet et, de manière plus générale, leur place dans la structure sociale de l'espace hospitalier ont été des éléments déterminants qui ont rendu possible la naissance du projet. La mise en place d'une telle structure a nécessité la mobilisation du capital social, du capital universitaire et du capital culturel pour convaincre la direction de l'hôpital et obtenir suffisamment de moyens humains, matériels et financiers.

### b) Les acteurs de terrains

Parallèlement aux négociations qui ont été faites avec la direction pour créer le centre René Barthe, les deux médecins ont demandé à une assistante sociale et à un infirmier de mettre en place le dispositif plus concrètement. L'assistante sociale (Anne Jourdan) travaillait alors dans le service des maladies infectieuses avec le Pr Gillon, elle était connue pour son engagement auprès des malades du sida et son engagement associatif, notamment dans l'accès aux soins et la défense des sans-papiers (voir la notice biographique en annexe). L'infirmier, Daniel Brasseur, était également connu de ces deux médecins pour ses activités militantes et son engagement auprès des patients démunis. Daniel Brasseur et Anne Jourdan ont été des personnes clés dans la mise en place du centre René Barthe. Ils ont travaillé dès le début avec une équipe de médecins qui se relayait tous les après-midi pour tenir une consultation de médecine générale sans rendez-vous. Ils ont incarné la création de ce centre et l'ont fait vivre à ses débuts, se rendant indispensables dans la structure. Tous les patients orientés vers ce dispositif passaient par eux.

Le succès de la structure, souligné par sa forte fréquentation, peut en partie être expliqué par les patients qu'Anne Jourdan faisait venir grâce à ses réseaux militants, et notamment les sans-papiers des foyers d'une ville voisine où elle informait sur l'accès aux soins avec un médecin de la DDASS. La sélection de patients au travers de réseaux associatifs travaillant auprès des plus démunis ont permis à la PASS d'accueillir des populations, la plupart du temps migrantes, très marginalisées et qui étaient en dehors de tout circuit de soins. L'action des professionnels dans le centre René Barthe dépassait le cadre traditionnel du soin hospitalier pour s'adapter aux spécificités des patients. C'est ce qu'évoquent ces deux extraits d'entretien avec le médecin référent et l'assistante sociale de l'époque :

> **Paul Follereau** : « Nous étions, et moi en particulier, amenés à faire beaucoup de certificats médicaux pour des personnes qui demandaient la régularisation de leur séjour au titre de la maladie. Et on s'est… Vis-à-vis de la préfecture, on s'est rapidement imposé comme un partenaire fiable, c'est-à-dire où on présentait les dossiers avec… »
> **J.G.** : « … avec une certaine expertise… »
> **Paul Follereau** : « Voilà, une certaine expertise et puis une certaine rigueur dans les dossiers qu'on envoyait. En tout cas on ne racontait pas d'histoires par exemple sur… On essayait de présenter les dossiers au maximum de l'avantage ou du bénéfice des patients, mais en même temps, on ne

transformait pas les choses comme certains parfois le faisaient, ou alors simplement, ce qui se passait dans beaucoup d'endroits, c'est que… enfin les gens n'avaient pas spécialement réfléchi à ces questions, c'est que les lettres étaient extrêmement vagues sous… pour la raison du secret professionnel, ce qui fait qu'à la préfecture le médecin inspecteur n'était pas en mesure d'avoir tous les éléments. Nous on donnait les éléments qui permettaient généralement de peser dans le dossier, on allait chercher les points dont on savait qu'ils pouvaient aider les patients à obtenir leur titre de séjour, mais sans aggraver artificiellement leur situation. »[21]

**J.G. :** « Vous aviez des accords spéciaux avec le Conseil Général…? »
**Anne Jourdan** : « Oui, moi je faxais mon dossier avec les pièces en annexe, après j'obtenais la réponse assez facilement. »
**J.G.** : « Il y avait des délais très courts pour les Aides médicales ou pour les refus quand on en avait besoin ? »
**Anne Jourdan** : « Alors ça c'était très mal perçu par la direction de l'hôpital, c'était une discrimination un peu positive où on permettait aux gens d'accéder rapidement aux droits. Même les professionnels du social n'aimaient pas ça, parce que c'était faire un travail qui n'est pas de la fonction d'un travailleur social classique. Alors que moi je suis convaincue du contraire, je crois que quand la personne a posé un peu son histoire dans un même endroit, elle ne peut pas la poser dans n'importe quel bureau et il faut profiter de ce moment-là pour…, pour essayer de la faire réfléchir à ce qu'elle a comme preuve de résidence en France, pourquoi elle ne l'a pas fait, ces démarches-là, voir s'il a demandé l'asile, si à un moment donné il a eu…, il a été immatriculé à la Sécu, enfin je crois que c'est important. Et ce n'est pas juste du travail pur classique […] de travailleur social. » […]
« Donc, René Barthe, c'était l'accès aux soins, majeur, c'était surtout l'accès à la citoyenneté, les gens reprenaient confiance, pouvaient être informés aussi sur l'accès à la régularisation, l'accès au logement, à l'hébergement, enfin, il y avait quand même des choses qui se mettaient en place. Bon, pas tout le temps, mais souvent. »[22]

Le travail social pratiqué dans les locaux du centre par ces professionnels ne se limitait pas à informer les patients sur leurs droits en matière de santé et à les aider à acquérir prioritairement une couverture maladie. Il se prolongeait en outre dans l'aide aux démarches liées à la citoyenneté, au séjour et aux papiers d'identité, à l'accès au logement et à l'hébergement, etc., bref, à l'accès à des éléments qui n'ont pas directement à voir avec la prise en charge en santé dans sa définition restreinte. Les professionnels avaient adopté une définition de la santé élargie dans le sens où elle prenait en compte les conditions extérieures nécessaires à l'acquisition d'une couverture maladie et à la bonne santé. Les médecins quant à eux allaient souvent au-delà de la prise en charge strictement médicale et œuvraient également à l'acquisition par les patients d'un titre de séjour pour raison de santé. Cette pratique s'est développée au centre René Barthe dès 1998, moment de la réforme introduisant un titre de

[21] Extrait d'entretien mené avec le médecin fondateur du centre René Barthe. Novembre 2012, campus universitaire de l'hôpital A.
[22] Extrait d'entretien mené avec l'assistante sociale présente à la création et au début du centre René Barthe (1996-1999). Local associatif, mars 2011.

séjour « humanitaire » pour raison de maladie[23]. On voit que les discours et les pratiques qui ont cours au centre René Barthe correspondent aux normes et à la narrativité de l'espace du soin de la précarité. L'action est pensée et racontée dans une logique engagée socialement pour la cause des patients « indésirables » (voir chapitre II de la première partie).

L'équipe médicale a eu un poids important dans l'orientation et le succès du centre René Barthe. Ils ont également été recrutés par Paul Follereau grâce aux liens étroits qu'il avait avec des associations telles que Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières ou la Cimade (association d'aide aux personnes étrangère dans la défense de leurs droits). Ils étaient une équipe de cinq médecins : deux d'entre eux travaillaient à l'hôpital (Paul Follereau et Thomas Lamontagne), les trois autres venaient de l'extérieur et ont été recrutés dans le réseau de médecine militante et associative (Médecins sans frontière et Médecins du Monde). Une de ces médecins était la responsable de la Mission France de Médecins Sans Frontières à ce moment-là. Ainsi, l'équipe médico-sociale dans son ensemble était composée d'individus engagés dans le domaine de l'accès aux soins. Il y avait donc une entente sur les objectifs généraux, sur la pratique et la conception du soin qui avaient cours au sein du dispositif de la PASS. Ces derniers se caractérisaient par une prise en charge dépassant le cadre du soin pour empiéter sur ceux de la citoyenneté et des conditions de vie générale (notamment par rapport au logement). La prise en charge pluriprofessionnelle et le travail en réseau faisaient partie des fondamentaux de cette prise en charge[24]. On peut qualifier cette pratique et cette conception du soin élargie de logique professionnelle engagée : elle prend le relai d'une activité militante dans l'institution hospitalière. Les premières années, le travail au centre René Barthe se caractérisait par l'engagement des professionnels dans l'accès aux soins, aux droits et à la citoyenneté (par le biais de la santé) des « indésirables » du système de santé. La mobilisation de réseaux a permis, d'autre part, de donner une visibilité au centre René Barthe et a donc garanti un fonctionnement effectif en apportant à la structure les patients dont elle avait besoin.

À l'initiative de cette équipe s'était également mis en place un réseau départemental travaillant sur la prise en charge de la précarité dans le domaine médicosocial qui a fonctionné pendant une dizaine d'années. Ce réseau rassemblait différents acteurs et institutions locales qui travaillaient en lien avec les personnes en situation de précarité (la maison départementale

---

[23] Un article intégré au Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) autorise provisoirement le séjour des étrangers malades n'ayant pas d'accès effectif aux soins que nécessitent le traitement de leur maladie et « dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité »Voir l'alinéa 11 de l'article L313-11 du CESEDA. Pour une analyse anthropologique de l'accès aux séjour pour « raison humanitaire », nous renvoyons à l'ouvrage de Miriam Ticktin (*Casualties of care: immigration and the politics of humanitarianism in France*, Berkeley, University of California Press, 2011, 295 p.) ou à son article « Where ethics and politics meet: The violence of humanitarianism in France », *American ethnologist*, 2006, p. 33-49.

[24] On voit, par ailleurs, très bien ici l'inspiration directe qu'ont eues cette conception et cette pratique du soin de celles issues du monde de la médecine associative et militante et du monde de la médecine du sida œuvrant pour l'accès aux soins et aux droits en matière de santé des exclus du système de santé.

des personnes handicapées, les assistantes sociales de secteur, les animateurs des foyers de travailleurs migrants, la CPAM, etc.) et se réunissait tous les deux mois autour de thèmes comme l'accès aux soins. Ce « réseau santé-précarité » était, d'une certaine manière, un précurseur des Ateliers santé-ville qui ont vu le jour au niveau institutionnel en 1999[25].

L'action des professionnels du centre René Barthe a été essentielle au moment de l'ouverture en raison de leur implication et de leur volonté de rendre le dispositif effectif et fonctionnel. Mais surtout, elle a déterminé le positionnement sur la ligne qui sépare les PASS davantage intégrées dans l'espace du soin de la précarité de celles plutôt intégrées dans l'espace de l'hôpital moderne. L'engagement auprès des migrants en situation irrégulière, la proximité avec l'espace de la médecine humanitaire, la conception du soin qui comprend une définition large de la santé, une prise en charge pluri-professionnelle dans le cadre d'un réseau, tous ces éléments font du centre René Barthe dans ses premières années une structure quasi idéal-typique de l'espace du soin de la précarité comme il s'est construit dans les années 1990. Cela confirme l'hypothèse formulée dans les deux premiers chapitres de l'existence d'une conception et d'une pratique du soin spécifiques à l'espace du soin de la précarité qui se nourrissent des circulations des acteurs entre ces différents sous-espaces. Celles-ci se caractérisent par une conception élargie du soin (qui fait écho à une vision élargie de la santé) intégrant les dimensions sociales, civiques et environnementales de la vie du patient.

### c) La direction de l'hôpital

La troisième condition qui a rendu la création de ce dispositif possible est le soutien de la direction à l'hôpital. La direction a accepté ce projet et a accordé des moyens financiers, matériels et humains : des locaux ont été mis à leur disposition, une assistante sociale à plein temps et un infirmier à plein temps. Cinq permanences d'une demi-journée de consultation de médecine générale sans rendez-vous ont été attribuées, entre 1998 et 2006. La PASS a même obtenu qu'un agent des services externes s'occupe des questions financières (bloquer les factures essentiellement). Entre 1997 et 1999, le centre René Barthe a obtenu un budget annuel qui s'élevait à environ 500 000 francs (76 224 euros). Anne Jourdan nous explique que la direction financière était plutôt bienveillante à l'égard du centre.

[25] L'Atelier santé ville est un dispositif visant à réduire les inégalités sociales de santé. En rassemblant les différents acteurs de la santé au niveau local, il renforce, anime et adapte les différents axes de la politique de santé publique. Voir chapitre II dans la première partie sur l'histoire des réseaux « santé-précarité » et sur leur évolution.

## 1 - 3 Conclusion partielle

Tous ces éléments réunis ont permis la création, puis le succès du centre René Barthe. Ils ont rendu possible la construction d'objectifs communs et d'une base de travail unanimement reconnue à l'intérieur de l'équipe médico-sociale. Le centre René Barthe est un exemple idéal-typique de l'installation d'un sous-espace du soin de la précarité à l'hôpital dont les pratiques et normes proviennent de celui de la prise en charge humanitaire et militante de la précarité. Cependant, chacun des éléments de cet ordre tripartite n'est pas stable dans le temps et le changement d'un (par exemple un changement de direction) peut bouleverser cet équilibre pour le moins fragile.

L'équipe médico-sociale a réussi, sur la période 1996-1999, à voir un nombre très important de patients : l'assistante sociale a ainsi reçu 3 500 patients sur cette période. De nombreuses initiatives ont été mises en place. C'est à ce moment-là par exemple qu'ils ont réussi a obtenir un agent des services externes à temps plein qui avait son bureau à côté de celui de l'infirmier ; l'assistante sociale a aussi obtenu un bureau dans les locaux de la policlinique. C'est aussi à ce moment que s'est établi le circuit pour les patients dans les locaux de la policlinique. De même, à cette époque, l'AME n'existait pas sous sa forme actuelle ; elle consistait en une Aide médicale départementale (gérée par le Conseil Général), complétée par une Aide médicale hospitalière (semblable au fond Soins urgents et vitaux d'aujourd'hui) et son accès était assez compliqué. L'assistante sociale du centre avait réussi à créer un partenariat avec le Conseil Général pour les demandes d'Aide médicale et avait obtenu un interlocuteur direct avec qui elle traitait les dossiers des patients. Enfin, dernier exemple du bon fonctionnement de la structure sur cette période, l'équipe a participé à un Congrès européen sur l'accès aux soins des plus démunis en 1999 et mis en place, au moment de la loi qui a instauré les PASS, avec les premières structures jumelles de Paris, une coordination des PASS qui se réunissait tous les deux mois. Le passage de la loi sur les PASS en 1998, n'a pas changé en profondeur le fonctionnement de la structure, mais a donné une certaine légitimité institutionnelle et légale au centre René Barthe qui est devenu la PASS René Barthe.

Pour saisir cette spécificité, il faut se pencher sur le contexte interne à l'hôpital, le « contexte immédiat de l'action »[26]. Ici interviennent ce qu'on peut comprendre comme des contingences. Elles ont souvent été mises en avant par les professionnels interrogés sur la situation des PASS dans lesquelles ils agissent et soulignent la dépendance de l'organisation aux personnes et au contexte. Si l'hôpital A a vu naître le centre René Barthe c'est qu'étaient réunis

[26] Corbin, Juliet M. et Anselm L. Strauss, *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*, 3rd ed., Los Angeles, Calif, Sage Publications, Inc, 2008, 379 p.

des acteurs clés qui ont eu la volonté et les ressources nécessaires pour le mettre en place. D'autres contingences, des éléments du contexte immédiat de l'action, ont été nécessaires à l'émergence de ce centre : une direction coopérative, sensible à cette problématique, et une équipe socio-médicale prête à mettre en place les aspects concrets du projet (en l'occurrence des médecins pour tenir les permanences de médecine générale sans rendez-vous, un infirmier, une assistante sociale et un agent administratif). L'exemple des débuts de la PASS René Barthe montre comment les pratiques et la conception du soin de la précarité peuvent s'établir à l'intérieur de l'hôpital moderne. Elles trouvent dans la PASS un espace à l'intérieur duquel elles se concrétisent et deviennent un ensemble cohérent. Mais ce modèle engagé de la PASS n'a pas été rencontré souvent sur le terrain. Bien souvent, d'autres ensembles cohérents de normes et de pratiques orientent l'organisation et l'action dans les PASS. Dans la prochaine section, nous examinons plus particulièrement le rôle des médecins dans la PASS en temps que membres de la profession médicale.

## 2 LOGIQUE PROFESSIONNELLE TRADITIONNELLE ET RÔLE PRÉDOMINANT DES MÉDECINS HOSPITALIERS

> **J.G.** : « Et le rôle de Follereau ? »
> **Anne Jourdan** : « Il a été moteur, enfin, s'il n'avait pas été là je ne pense pas que ça se serait fait, parce qu'il avait la confiance et des médecins et de l'administration, avec son statut de chercheur. Il avait cette double reconnaissance qui était essentielle. Et puis, c'est un mec de dossier, ce n'est pas seulement un médecin, c'est un mec qui sait monter des dossiers, il sait les défendre, on ne peut pas lui enlever ça. »[27]

Ce qui rend le médecin responsable de la PASS René Barthe si important pour la survie, ou du moins le bon fonctionnement de cette organisation, c'est sa capacité à négocier sa pérennité avec l'administration. Lorsqu'on essaie de comprendre comment l'ordre d'une unité hospitalière se construit, on ne peut sous-estimer le rôle des médecins dans cet espace toujours fortement marqué par la domination de la profession médicale. L'ordre de l'hôpital, même s'il est en construction constante[28], possède des règles tacites qui restent dans le temps. Le rôle décisionnaire et prédominant des médecins doit être pris en compte si l'on veut avoir une vision juste de cet ordre.

[27] Extrait d'entretien mené avec l'assistante sociale présente à la création et au début du centre René Barthe (1996-1999). Local associatif, mars 2011.
[28] Strauss, Anselm L, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992a, 311 p.

Depuis les analyses d'Anselm Strauss sur l'ordre négocié de l'hôpital[29], la sociologie de l'hôpital s'attache à montrer comment les négociations du fonctionnement du dispositif se font entre tous les acteurs présents (entre les professionnels bien sûr, mais aussi avec les patients). C'est également ce à quoi nous nous attelons dans la constitution de l'ordre de la PASS (ce que nous montrons dans la Partie III de la thèse). Cependant, l'hôpital est un espace fortement hiérarchisé dont la structure de l'ordre, l'ossature, est d'abord dessinée par ceux qui le dominent, c'est-à-dire ceux qui possèdent le plus de capitaux de soin (parmi ceux qui sont légitimes dans le champ de la médecine hospitalière, voir introduction) : les médecins. Eliot Freidson a montré comment l'autonomie professionnelle des médecins, notamment dans l'organisation hospitalière s'est construite[30]. Elle a été acquise historiquement par la mise à l'écart de toutes les concurrences dans son champ de compétences (guérisseurs, sorciers, etc.) et consiste en un processus d'émancipation de l'espace social de la médecine par rapport au reste de la société et en un processus connexe de monopolisation de la légitimité médicale. En cela, elle n'est pas stable dans le temps, mais fait l'objet de luttes et de négociations avec les pouvoirs publics. Cette autonomie se caractérise, en particulier, par le contrôle que la profession médicale exerce sur la dimension technologique de la pratique médicale (l'autonomie technique est l'élément qui permet à un métier de devenir une profession) et plus généralement par la capacité de la médecine à s'évaluer, se réguler et se contrôler elle-même. Lorsque E. Freidson se penche sur la profession médicale à l'hôpital, c'est pour en souligner la position dominante, en particulier par rapport aux autres catégories (ceux qu'il appelle les paraprofessionnels, infirmières ou aides-soignantes, ou encore les patients). Claudine Herzlich, dans un article de 1973, souligne également l'indépendance professionnelle des médecins à l'hôpital. Elle précise que celle-ci est largement renforcée par l'autonomie accordée aux « services hospitaliers » qui constituent « l'unité de base de l'hôpital tant sur le plan de la gestion que de la spécialisation des soins [et] est placé sous l'autorité absolue du chef de service ». Elle précise que cette « toute-puissance » des médecins hospitaliers se combine à « une irresponsabilité formelle » dans la gestion hospitalière[31]. On peut cependant penser que cette indépendance professionnelle a été quelque peu réduite par les changements organisationnels que l'hôpital a connu ces dernières années, notamment ceux apportés par la Nouvelle gouvernance et la réforme des « pôles » introduite par le « Plan hôpital 2007 » qui a regroupé les services hospitaliers en pôles d'activité et diminué ainsi le pouvoir des chefs de service par la création des chefs de pôles[32].

---

[29] Strauss, *et al.*, *op. cit.*, 1963.

[30] Freidson, Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, 369 p.

[31] Herzlich, Claudine, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 42.

[32] C'est ce que nous constatons à la fin du chapitre suivant.

Dans un autre article de ce numéro spécial de la *Revue française de sociologie* François Steudler souligne encore cette autonomie : « L'hôpital est une organisation où la division des tâches est particulière et où les comportements, les attitudes des groupes professionnels sont différents de ceux d'autres établissements. En particulier le corps médical joue un rôle considérable et détient une autonomie professionnelle très forte. La fonction de ses membres est celle d'experts, de techniciens détenant, avec le personnel paramédical, une responsabilité parfois lourde vis-à-vis des malades, un pouvoir de type technico-charismatique qui les amène souvent à entrer en conflit avec le système bureaucratique »[33]. Il y décrit un système hospitalier dont les pouvoirs sont répartis et divisés entre deux logiques dichotomiques, d'un côté celle de l'administration dont le poids de la tradition et des règles est important et de l'autre celle du corps médical « avec sa hiérarchie, sa déontologie, son mode de comportement fortement libéral », créant ainsi une « double hiérarchie d'autorité, professionnelle et administrative », qui sont distinctes et relativement indépendantes l'une de l'autre[34]. Ces observations s'inspirent largement de l'article de Harvey L. Smith — intitulé *Two Lines of Authority: The Hospital's Dilemma* — où il montre les deux différentes formes d'autorité présentes à l'hôpital : l'administrative et la médicale[35] et de l'article de Mary E. W. Goss[36] où elle montre l'importance des normes professionnelles et du système de valeurs du corps médical sur l'organisation de l'hôpital, capables de s'opposer et de contrer les pressions administratives.

La sociologie des hôpitaux entre les années 1950 et la fin des années 1970 souligne l'importance des médecins, de leur autonomie professionnelle et de leur légitimité, et ce surtout dans l'institution où ils règnent en maîtres : l'hôpital. Malgré l'ancienneté de ces analyses, elles ont toujours une certaine pertinence pour analyser le rôle des médecins hospitalier dans le secteur public[37] — et donc celui des médecins dans la PASS. En ayant ces éléments en tête, l'histoire de la création du Centre René Barthe se lit comme une structure créée par des médecins détenant autorité et autonomie à l'hôpital public ; c'est de leur initiative que la PASS naît.

---

[33] Steudler, François, « Hôpital, profession médicale et politique hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 13-40, p. 34.
[34] *Ibid*, p. 34.
[35] Smith, Harvey L., « Two lines of authority : the hospital's dilemma », *in* Eliot Freidson (ed.*), The hospital in modern society*, New York, Free Press, 1963, p. 59-64.
[36] Goss, Mary E. W., « Patterns of Bureaucracy among Hospital Staff Physicians », in E. Freidson *The Hospital in Modern Society*, New York, Free Press of Glencoe, 1963, p. 170-194.
[37] C'est ce qu'ont montré des études plus récentes. À ce propos voir Freidson, Eliot, *Professionalism: the third logic*, Chicago, The university of Chicago press, 2001, 250 p. et Coburn, David, « Medical dominance then and now: critical reflections », *Health Sociology Review*, vol. 15, n° 5, Décembre 2006, p. 432-443.

## 2 - 1 Le contexte des années 1990 : des médecins influents

> **Paul Follereau** : « Et euh, et on a eu, de ce point de vue là, je dirais, d'une part, un soutien de l'administration et des services financiers de l'hôpital, qui, dans mon souvenir, n'ont jamais vu d'opposition… »
> **J.G.** : « Il n'y a pas vraiment eu de négociations avec la direction ? »
> **Paul Follereau** : « Il y a eu des discussions, il y a eu la mise en place d'un dispositif. Mais je crois qu'ils étaient globalement, la direction comme les services financiers, trouvaient à la fois que c'était une chose normale, et encore une fois on n'était pas les premiers à le faire, donc il y avait déjà quand même des antécédents. Mais c'était une chose normale d'avoir un tel dispositif, que c'était même une priorité pour un hôpital comme A qui en avait plus besoin que la plupart des hôpitaux du centre de Paris. Et donc on a eu leur soutien. »[38]

Dans cet extrait d'entretien, Paul Follereau évoque le rôle qu'a joué l'existence préalable de centres similaires dans d'autres hôpitaux de la région parisienne. Le premier du genre a été la consultation précarité créée par le docteur Antoine Violette en 1992 (voir chapitre II de la première partie), personnalité reconnue pour son engagement dans le monde associatif (il est président de Médecin du Monde entre 1989 et 1991). Elle a été suivie par la consultation Apollinaire de l'hôpital parisien C, créée en 1994 par la professeure Clémence Dubourg. On a donc un contexte particulier, celui de la première moitié des années 1990, où des personnalités issues de la profession médicale et établies dans l'espace hiérarchique hospitalier prennent l'initiative de projets de « consultations précarité ». Ce contexte facilite et légitime la création d'autres structures similaires.

> **J.G.** : « Et du coup, cette idée de faire ce centre René Barthe, c'est venu… parce que vous aviez une connaissance, vous saviez qu'il y avait des problèmes d'accès aux soins, d'accès aux droits. Ça vous l'aviez su vous par votre parcours de médecin ou plutôt par votre parcours de chercheur ? »
> **Paul Follereau** : « De chercheur, plutôt par mon parcours de chercheur parce que je, je travaillais, je travaillais sur les questions d'inégalités, d'immigration, depuis longtemps et donc, donc je connaissais à la fois les problèmes un peu théoriques, mais aussi empiriques de, d'accès aux soins. Donc c'est plutôt ça qui m'a, et puis un intérêt aussi pour ces questions. Disons que quand on a monté le centre, dans le projet que j'ai présenté, projet écrit, il était question de s'en servir comme d'un observatoire aussi. Donc que ce soit un lieu où on puisse non pas, nécessairement on le faisait un tout petit peu, quantifier les besoins ou la demande, mais surtout qualifier les problèmes, c'est-à-dire arriver, parce qu'on les suivait au quotidien, arriver à comprendre où se jouaient les problèmes, les difficultés, est-ce que c'était au niveau de certains services de la CPAM, est-ce que c'était au niveau de réactions de certains médecins, est-ce que c'était certaines administrations, enfin où étaient les problèmes et le fait de, d'avoir à gérer au quotidien des vrais cas faisait que ça devenait un lieu d'observation. Donc d'observation à la fois d'accès aux droits des patients, mais aussi d'accès aux titres de séjour, dans le cadre de ce qui s'appelait à l'époque "la raison humanitaire". »[39]

Les « consultations précarité » répondaient à des enjeux spécifiques pour ces personnes qui naviguaient entre des espaces différents, enjeux de recherche, humanitaires ou politiques.

---

[38] Extrait d'entretien mené avec le médecin fondateur du centre René Barthe. Novembre 2012, campus universitaire de l'hôpital A.
[39] *Id. ibid.*

Les carrières de Paul Follereau (voir en annexe 2 - 1) et d'Antoine Violette (voir encadré n° 1 dans le chapitre II) montrent comment des individus, qui détiennent les caractéristiques des dominants de Pierre Bourdieu (détention des capitaux spécifiques), ont constitué une élite dans l'espace naissant du soin de la précarité. Il faut donc préciser qu'en plus du rôle prédominant des médecins s'ajoutent d'autres facteurs qui ont fait des années 1990 une période favorable à la floraison des PASS dédiées intégrées dans l'espace du soin de la précarité. Comme on l'a vu dans le deuxième chapitre, les années 1990 sont celles de l'essor des politiques sociales de luttes contre l'exclusion, du renforcement de l'espace du soin de la précarité dans le secteur humanitaire et l'arrivée de celui-ci à l'hôpital. Parallèlement, la structure sociale de l'hôpital offrait encore la possibilité à des médecins engagés dans des causes humanitaires ou associatives d'évoluer en son sein et d'arriver à des positions de pouvoir[40]. Ce contexte favorable a apporté les conditions nécessaires à l'appropriation de ces enjeux par ces acteurs spécifiques (des médecins dominants dans l'espace de la médecine hospitalière) et, *in fine*, à l'établissement de l'espace du soin de la précarité grâce aux consultations précarité, puis aux PASS.

## 2 - 2 Les PASS « opportunistes »

Les « consultations précarité » mises en place dans les années 1990 dans les hôpitaux de la région parisienne ne se sont cependant pas toujours inscrites dans l'espace du soin de la précarité. Dans au moins deux autres cas qui nous ont été rapportés, ces consultations ont été créées dans un autre contexte.

> **Estelle Bourguignon** : [À propos du temps où elle travaillait comme cadre social à l'hôpital J, grand CHU de la banlieue sud de Paris (milieu et fin des années 1990)] « Il se trouve qu'à l'hôpital J, un médecin décide de monter une consultation qui se transformera en PASS qui s'appelait à l'époque 'espace Saint Paul', l'espace 'cours Saint Paul', c'était la consultation de médecine du Pr Choquet — qui est toujours présent — qui souhaite porter le truc, mais qui ne souhaite pas accueillir les patients dans sa salle d'attente lambda. [...] Et le service de médecine interne (du Pr Choquet) qui souhaitait, là aussi par opportunisme, et à l'époque émergeait une autre équipe qui s'occupait de ça, une autre philosophie, une autre approche, portée par Dubourg[41], avec... et donc tu avais tout un certain nombre de médecins qui tournicotaient autour d'elle, qui avaient une approche assez gestionnaire pour le coup, parce qu'elle s'est lancée dans un système d'informations, avec euh... à l'époque on l'avait expérimenté son espèce d'usine à gaz, avec la DOS... Médecine interne ! Là, c'était le monde de la médecine interne qui

[40] Cette hypothèse ne repose pour l'instant que sur une observation empirique périphérique à mon travail de thèse, elle mériterait d'être vérifiée plus sérieusement. Cependant, on verra dans la suite de ce chapitre que l'arrivée de nouveaux acteurs dans les PASS à partir des années 2000 tend à confirmer cette hypothèse.

[41] La Pr Dubourg, citée ci-dessus, est la professeure de médecine interne qui a créé la consultation précarité à l'hôpital C en 1994. La PASS Apollinaire de l'hôpital C sera ensuite reprise par la Dr Émilie Petit.

rentrait dans le monde des PASS. C'est-à-dire que la précarité ça devenait la médecine interne, pour être caricatural. »[42]

Dans cet extrait d'entretien, Estelle Bourguignon souligne un élément important dans le contexte des « consultations précarité » du milieu des années 1990. Les médecins initiateurs n'étaient pas tous des acteurs impliqués dans l'espace du soin de la précarité. Au contraire, certains d'entre eux s'en éloignaient, comme le Pr Choquet ou le Pr Dubourg. Ces deux professeurs de CHU parisiens, jouissant d'une certaine renommée, se sont appropriés les « consultations précarité » sans agir par ailleurs dans l'espace du soin de la précarité. Estelle Bourguignon, en qualifiant cette logique d'opportuniste, porte un jugement négatif sur les intentions de ces initiateurs de PASS : la démarche est considérée comme intéressée parce qu'elle n'émane pas de l'espace du soin de la précarité et n'en partage pas les pratiques et les valeurs.

**J.G.** : « Et le Pr Choquet, il a fait ça parce qu'il y avait des financements à cette époque-là ? »
**Estelle Bourguignon** : « Moi j'en suis persuadée ! Ca faisait partie des équipes opportunistes qui voyaient de l'argent ciblé arriver et qui était une opportunité pour avoir de l'argent. »
**J.G.** : « C'est parce qu'avant 98, avant la création des PASS, il y a eu des financements ciblés "précarité" ? »
**Estelle Bourguignon** : « Voilà, c'est ça, fléché "précarité". Ce qu'on appelle des enveloppes ciblées. [...] Et là Choquet, c'est pas l'activité qui l'intéressait, c'était l'enveloppe. Et d'ailleurs très rapidement, il avait refilé ça (la PASS) à un de ses médecins. » [...]
**Estelle Bourguignon** : « Celle du Pr Dubourg faisait partie des équipes qui sont rentrées dans ces activités par opportunisme. Alors il se fait qu'après chez Dubourg, il y a Émilie Petit qui est arrivée... Mais Dubourg, c'était pas l'activité qui l'intéressait, c'était l'opportunisme d'une certaine notoriété et surtout de l'argent qui arrivait. Parce qu'à l'époque... il y avait de l'argent. [...] Et donc tu te battais pour les enveloppes ciblées. [...] »[43]

Cet « opportunisme » révèle en fait les logiques professionnelles médicales. Pour se distinguer, développer son service ou obtenir davantage de vacations médicales et d'internes, un chef de service pouvait répondre à des appels à projets ciblés sur des thématiques particulières et qui sont, en général, limités dans le temps[44]. Ces appels à projets sont lancés par le Ministère de la santé qui constate régulièrement un besoin de santé particulier qui n'est pas pris en charge dans le système de santé public. L'obtention d'un appel à projet permet à un chef de service de développer son service en augmentant son activité par l'obtention de fonds et de personnel supplémentaires. Les « consultations précarité » ont fait l'objet de ces appels à projet après que le constat des problèmes d'accès aux soins d'une partie de la population ait été établi par le Ministère (cf. chapitre II). Ainsi, certains médecins ont saisi l'occasion d'un appel à projet pour développer leur service, comme cela a été le cas chez ces professeurs de médecine interne. Ce phénomène se circonscrit aux hôpitaux fortement concurrentiels, notamment les CHU où les

[42] Extrait d'entretien avec une ancienne cadre sociale de l'hôpital J, février 2013.
[43] Extrait d'entretien avec une ancienne cadre sociale de l'hôpital J, février 2013.
[44] Les appels à projet existent toujours et continuent d'être une source de financement.

médecins les mieux placés à l'intérieur de l'espace hospitalier exercent. La démarche qualifiée d'opportuniste est en fait une stratégie à la fois institutionnelle et professionnelle. Le médecin hospitalier utilise les ressources mises à sa disposition pour évoluer au sein de la structure sociale de l'hôpital et dans sa carrière. Ces pratiques sont loin d'être cantonnées aux médecins des PASS « opportunistes ». Elles se retrouvent, dans une moindre mesure, chez tous les médecins hospitaliers responsables de PASS et qui sont dans des établissements fortement concurrentiels.

Si on a vu que la consultation René Barthe de Paul Follereau avait été conçue dès le départ avec des acteurs de terrains qui connaissaient les problématiques spécifiques des populations ayant des difficultés d'accès aux soins, ce ne semble pas être le cas des PASS « opportunistes ». Dans le chapitre précédent, on a vu que le Pr Choquet voulait éviter de recevoir les patients précaires dans sa consultation de médecine interne parce que ces derniers portaient les stigmates de la pauvreté ou de la rue (saleté, mauvaise odeur, etc.). Il avait ainsi empêché l'accès direct à la consultation de médecine en mettant en place un circuit par lequel les patients précaires devaient passer. Les patients devaient d'abord passer rencontrer une infirmière et une assistante sociale dans un lieu où ils pouvaient se laver ainsi que leurs vêtements. Cet espace se trouvait à l'autre bout du grand parc de cet hôpital. C'est ce qu'Estelle Bourguignon évoque lorsqu'elle raconte avec ironie qu'il « y avait un espèce de pré-tri, pour ne pas dire un lavage automatique, avant d'arriver à la consult' ». La suite de l'entretien est éclairante :

> **Estelle Bourguignon** : « [...] Et il y avait un espèce de passage obligatoire par la médecine pour aller en buccodentaire, ce qui était complètement incohérent. En plus quand tu vois l'hôpital J, c'était à l'autre bout, c'est-à-dire ils arrivaient côté Bd X, la consultation était en plein milieu de l'hôpital du côté Y, donc on en perdait beaucoup à vrai dire. C'est-à-dire que les mecs et les femmes, bah les mecs "lavés, nourris, logés", ils retournaient à la rue. Enfin, tu vois, ils allaient pas jusqu'à la consultation. »[45]

La description d'Estelle Bourguignon montre les conséquences sur l'organisation et sur les pratiques à la PASS lorsque celle-ci s'inscrit dans un cadre « opportuniste ». Elles sont peu adaptées aux patients concernés. On peut émettre deux hypothèses quant à cette causalité. La première serait que les médecins « opportunistes » ne connaissent pas les conceptions et pratiques du soin de l'espace du soin de la précarité. Ils calqueraient donc d'autres pratiques et conceptions hospitalières qu'on retrouve plus traditionnellement dans les services de médecine interne et qui sont moins adaptées à la prise en charge du public spécifique des PASS. La seconde est qu'ils n'ont pas d'intérêts à mettre en place un dispositif fonctionnel (leurs intérêts se trouvant ailleurs). Dans tous les cas, les médecins hospitaliers sont ici les acteurs déterminants à la fois dans l'existence même de la PASS, mais également dans sa forme organisationnelle.

[45] Extrait d'entretien avec une ancienne cadre sociale de l'hôpital J, février 2013.

Les PASS « opportunistes » rappellent à plusieurs égards les PASS « fantômes » décrites au chapitre précédent. Elles sont mises en place et gérées par des acteurs éloignés de l'espace du soin de la précarité et dont l'intérêt principal ne réside pas dans l'amélioration de l'accès aux soins des patients en situation de précarité économique et sociale. Au contraire, les motivations premières s'inscrivent plutôt dans des logiques individuelles de carrière professionnelle ou bien dans des logiques institutionnelles. D'autre part, elles adoptent une forme organisationnelle peu adaptée à la prise en charge des patients des PASS[46]. Les médecins « opportunistes » rappellent ceux décrits par E. Freidson comme étant subordonnés au monde professionnel, enfermés dans les logiques et les règles internes de l'espace hospitalier, ils ne travaillent pas ou peu dans l'intérêt du patient[47].

Ainsi, le rôle des médecins hospitaliers est prédominant dans la création de la structure PASS et il influence fortement leur organisation. On peut cependant différencier deux types de médecins hospitaliers à l'origine des PASS dans les années 1990, ceux qui sont intégrés dans l'espace du soin de la précarité et qui s'inscrivent dans un modèle professionnel engagé et ceux qui n'en font pas partie et qui créent des PASS davantage par « opportunisme » (dont la logique dominante est celle de la profession médicale hospitalière).

## 2 - 3 Un médecin de PASS soumis aux logiques professionnelles traditionnelles

L'importance du rôle du médecin référent en ce qui concerne le degré d'ancrage de la PASS dans l'espace du soin de la précarité est également mise en évidence lorsqu'on se penche sur la PASS actuelle de l'hôpital J, ce grand CHU de la banlieue sud de Paris. Cette PASS dédiée qui organise des consultations de médecine générale sans rendez-vous est peu intégrée dans le reste de l'espace du soin de la précarité. Les normes afférentes concernant la pratique et la conception du soin n'y sont adoptées que de façon ponctuelle et isolée par certains acteurs. Pour comprendre cette situation, il est utile de regarder comment la PASS a été reprise par le Dr Jean-Claude Biard et comment elle s'organise.

> **Estelle Bourguignon** : « Même Jean-Claude (Biard), il serait pas content que je dise ça, mais au début, Jean-Claude, c'était pas son truc… Lui, ce qu'il voulait c'était une consultation pour diabétiques… lui, sa femme est endocrinologue, alors tu vois… Alors je pense que maintenant, il est beaucoup plus engagé qu'il n'était. […] Non, mais moi, je lui ai fait violence pour qu'il reprenne. Et je

[46] On retrouve ici le décalage entre les buts officiels (tels qu'ils sont définis par l'institution, c'est-à-dire l'accès aux soins des patients démunis) et les buts effectifs (c'est-à-dire les buts effectivement recherchés par les acteurs, ici ce serait la progression de la carrière professionnelle ou le renforcement de la place dans la structure sociale hospitalière). Cette distinction a été faite par Perrow, Charles, « The Analysis of Goals in Complex Organizations », *American Sociological Review*, vol. 26, n° 6, 1961, p. 854-866, cité par Steudler, *op. cit.*, 1973.

[47] Cf. Freidson, *op. cit.*, 1982.

me suis plutôt appuyée sur ses équipes en disant "mais merde alors !" Il a vraiment fallu… parce que je le connais mon Jean-Claude, bah voilà, il est pas… voilà. Voilà, quand je dis qu'il est plus engagé, il faut pas non plus rêver… Mais, il est beaucoup plus engagé qu'il ne l'était au départ. (Au départ, elle l'a beaucoup poussé pour qu'il reprenne en main le projet PASS). Et puis, il a toujours pas d'appétence particulière pour recevoir les patients. C'est ses équipes qui les reçoivent, c'est ses internes… Mais non, c'est pas son truc à Jean-Claude. Maintenant, il est un peu plus engagé, il est un peu plus présent on va dire. […] C'est plus le problème de ses équipes… D'ailleurs il a pas su garder les vacations des médecins qui étaient les plus engagés. Mais c'était plus les préoccupations de ses équipes, de son infirmière et de son assistante sociale, plutôt que de lui. Lui, bon si le mouvement l'emmenait là, il l'emmenait là, mais bon… Tu vois, il a pas un réel engagement sur la prise en charge des patients. […] Lui, il est resté interniste… […] Lui il aurait préféré développé une activité diabéto. […] Il a repris ça (la PASS) en termes de responsabilité plutôt parce que son équipe et sa consultation avaient la plus forte activité dans ce dispositif plutôt qu'un réel engagement dans ces domaines. […] »[48]

Les consultations de médecine générale existaient avant la création de la PASS, son activité s'est greffée à l'activité du centre de consultations de médecine générale avec la mise en place d'un système de bons PASS. Ce centre s'est retrouvé de fait à avoir l'activité PASS la plus importante dans l'hôpital J — mais de manière presque involontaire. Comme on l'a vu plus haut, l'ancienne consultation PASS du Pr Choquet dans le service de médecine interne fonctionnait mal car ses potentiels patients n'arrivaient souvent pas jusqu'à ses portes. Les patients qui rencontraient des problèmes d'accès aux soins se présentaient plus spontanément dans les consultations de médecine générale de l'hôpital. La consultation PASS a donc été reprise par le Dr Jean-Claude Biard, actuellement chef adjoint de service en médecine interne et chef de service de la médecine générale. Cependant, si ce centre concentrait le principal de l'activité PASS, cela ne signifiait pas pour autant qu'il y avait un ancrage fort des pratiques et de la conception du soin de la précarité. C'est parce qu'on y faisait de la médecine générale et que les patients rencontrant des problèmes d'accès aux soins ont d'abord besoin d'accéder à de la médecine générale que l'activité de la PASS s'est concentrée dans ce service[49]. Le Dr Jean-Claude Biard n'agissait pas vraiment dans l'espace du soin de la précarité avant de devenir référent de la PASS J et, maintenant qu'il l'est, il y agit seulement dans la partie hospitalière (il est membre du collectif PASS et vient régulièrement aux réunions).

Lors d'un échange informel, une ancienne médecin attachée à la PASS de l'hôpital J — travaillant actuellement dans une autre PASS — m'explique les raisons de son départ. Elle reproche notamment à la PASS de l'hôpital J d'avoir des patients fidélisés dont 95 % ont une couverture

[48] Extrait d'entretien avec une ancienne cadre sociale de l'hôpital J, février 2013.

[49] Il faut tout de même souligner qu'il y a un lien entre le soin de la précarité et la médecine générale. La médecine de la PASS est de la médecine générale qui s'est spécialisée dans la prise en charge de la précarité. D'autre part, la médecine générale est une spécialité (ou plutôt une non-spécialité) qui, si elle n'appartient à l'espace du soin de la précarité ni directement ni dans son ensemble, fait partie de celles qui ne s'insèrent pas ou mal dans l'espace de la médecine hospitalière moderne (celle hyper-spécialisée notamment). La mise à l'écart de l'activité de médecine générale à l'hôpital a très bien été montrée dans l'article de Herzlich, *op. cit.*, 1973, voir également, Baszanger, Isabelle, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, 1981, 22-2. p. 223-245.

maladie (elle parle de patients « captifs », ce qui, pour elle, empêche d'accueillir de nouveaux patients qui sont peu nombreux), elle déplore également l'absence de travail en réseau avec les associations et le manque de contacts avec les autres services de l'hôpital qui gênent le suivi des patients et isolent les patients de la PASS du reste de l'hôpital (« PASS fermée sur elle-même »). Elle critique le médecin référent de la PASS, le Dr Jean-Claude Biard, parce qu'il ne s'intéresserait qu'aux maladies rares et qu'il viendrait d'une famille d'hospitalier dont il a hérité la manière de fonctionner (elle me dit à ce propos qu'il « fait de la médecine CHU »). Effectivement, la seule consultation que le Dr Biard réalise à côté de ses activités de chef est privée, en secteur 2 et coûte 100 € (base de remboursement 23 €). Cela est, selon elle, un comble pour un médecin référent d'une PASS. Ces reproches à l'encontre du Dr Biard et de sa PASS sont un indicateur de la distance et des luttes de légitimité qui séparent les logiques propres au soin de la précarité de celles issues de la médecine moderne hospitalière dominante. Le Dr Biard a un *habitus* fortement ajusté à la structure de l'espace hospitalo-universitaire signe de l'intériorisation profonde des modalités de son fonctionnement. Ses actions sont dirigées en fonction de cet *habitus* qui est relativement imperméable aux normes relativement nouvelles de l'espace du soin de la précarité et tendent à défendre les intérêts d'un groupe dominant au sein du champ hospitalier[50].

La PASS de l'hôpital J s'insère donc dans un service plus large de consultations ambulatoires de médecine générale appelé « Consultations de médecine PASS » qui se situe dans un pavillon de l'hôpital. Il n'y pas de distinction entre l'espace de la PASS et celui des consultations qui ne relèvent pas de la PASS, ils se fondent l'un dans l'autre, tout comme les professionnels d'ailleurs. Les agents d'accueil, les médecins, l'assistante sociale, les infirmières reçoivent les patients PASS et les patients réguliers. Seulement, les consultations de médecine générale sont largement occupées par une patientèle, dont une partie est certes en situation de précarité économique et sociale, mais dispose d'une couverture maladie et est suivie de manière régulière sur le long terme (et non de manière transitoire comme devrait l'être une prise en

[50] D'autres indices révèlent cette appartenance à une élite de la « médecine CHU ». Lorsque j'ai voulu prendre rendez-vous avec le Dr Biard, il a été nécessaire de passer par sa secrétaire – personnel des dominants. En effet, rares sont les médecins référents de PASS qui disposent d'une secrétaire. Lors de l'enquête empirique, je n'ai rencontré que deux fois cette situation : à la PASS de l'hôpital J et à la PASS historique du Dr Antoine Violette, où l'actuelle responsable, le Dr Emeline Rabuteau (qui est aussi femme politique) ont une secrétaire. Il faut souligner que cette configuration ne s'est rencontrée que dans des célèbres CHU de l'AP-HP, lieux historiques de production de médecins exerçant des positions dominantes, dans l'espace de la médecine hospitalière, mais aussi dans l'espace des administrations de santé publiques et para-publiques et dans l'espace des hommes et des femmes politiques. Pour une synthèse de l'histoire et du fonctionnement de l'AP-HP qui montre bien sa place dominante dans le champ de la santé, voir Dupont, Marc et Françoise Salaün Ramalho, *L'Assistance publique - Hôpitaux de Paris*, «Que sais-je?» n° 3505, Presses Universitaires de France, 2010, 81 p.
Lors de notre rendez-vous, le Dr Biard a insisté sur l'importance d'un retour de mon travail auprès de l'équipe et a ensuite montré un intérêt tout particulier sur l'usage qu'on pourrait en faire en termes de publication scientifique. L'intérêt pour la publication dans des revues scientifiques de l'espace de la médecine universitaire, sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre suivant, peut aussi ici être interprété comme un indice de l'intériorisation des règles de la structure hospitalo-universitaire dont l'accès aux places les plus élevées est notamment conditionné par l'activité de recherche mesurée par les publications. Ces dernières ont été présentées comme importantes pour tous les PH référents des PASS que nous avons rencontrés. La rédaction d'articles dans des revues a été un sujet notamment avec le Dr PH Émilie Petit de la PASS Apollinaire, hôpital C, et avec le Dr PH Adèle Baissière référente de la PASS E. Mais presque tous les médecins qui sont PH et responsables de PASS que nous avons pu rencontrer à un moment ou à un autre ont écrit des articles sur les PASS.

charge au sein de la PASS). La place qui est faite aux patients PASS est en fait restreinte : tous les matins, au moment de l'ouverture de l'accueil, les agents hospitaliers ont un contingent d'une vingtaine de places en consultation à distribuer aux patients de la PASS. Ils inscrivent donc les premiers patients qui se présentent et refusent les autres qui devront revenir. Ceux qui ont réussi à se faire inscrire sont répartis entre les différents médecins, mais c'est surtout l'interne de médecine générale, dont le stage est fléché sur la PASS, qui les reçoit (à peu près cinq par matinée). Ainsi, tous les matins, les patients souhaitant être pris en charge dans le cadre de la PASS arrivent avant l'heure d'ouverture de la consultation et font la queue. Cinq minutes après l'ouverture, vers 9h05, toutes les places ont été distribuées et les agents d'accueil ont pour consigne de refuser les autres patients candidats à la PASS.

Lors des observations réalisées à la PASS J, nous avons noté d'importantes différences entre deux consultations médicales (voir les extraits du carnet de terrain en annexe). Le Dr Le Floch, qui fait son dernier stage d'internat à la PASS J, consulte auprès de patients en situation de grande précarité économique, sociale et administrative, des patients qui correspondent au profil de ceux des PASS (voir chapitre III). De l'autre côté, les patients du Dr Galland ne correspondent pas au profil des patients de la PASS, ce sont des patients intégrés au système de soins classique, à la différence que leur médecin généraliste consulte à l'hôpital. C'est ensuite la pratique du soin qui diffère. D'un côté, le Dr Le Floch s'intéresse à la situation sociale de ses patients et a une connaissance des situations liées à la précarité qui interfèrent avec la santé (logement, situation familiale, compréhension de la langue, etc.). De l'autre côté, le Dr Galland ne s'y intéresse pas, sa consultation, au contraire, se concentre sur l'aspect médical (il s'intéresse tout de même aux personnes qui ont une appartenance sociale proche de la sienne).

Le court parcours professionnel du Dr Le Floch montre son inscription dans l'espace du soin de la précarité, sa pratique de la médecine reflète cette appartenance (voir sa notice biographique en annexe). C'est de ce parcours qu'elle a hérité sa pratique de la médecine tellement différente de celle du Dr Galland. Il y a une distance importante au sein des « consultations de médecine générale PASS » de l'hôpital J entre ces deux types de pratique. La PASS de l'hôpital J est quelque peu écrasée par le reste de l'activité de la consultation dans laquelle elle s'insère, dirigée par un médecin fortement soumis aux logiques professionnelles et extérieur à l'espace du soin de la précarité. Cependant, le cas du Dr Le Floch montre qu'il est possible de créer des espaces du soin de la précarité (où l'on y pratique sa conception du soin) à l'intérieur d'espaces qui s'en éloignent. Cela démontre que peuvent se côtoyer dans ces espaces des pratiques et conception du soin qu'on penserait incompatibles.

## 2 - 4 Conclusion partielle

Les médecins hospitaliers ont un rôle déterminant dans l'orientation organisationnelle de la PASS. Selon qu'ils ont un parcours biographiques dans l'espace du soin de la précarité ou qu'ils s'inscrivent dans une carrière hospitalière, le modèle organisationnel (et avec lui les pratiques de soin) change.

La profession médicale est très hétérogène et divisée entre des groupes davantage homogènes (par spécialité, genre, âge, lieu d'exercice, etc.). Les différences entre les professions hospitalières et libérales sont importantes, notamment en termes de carrière et d'habitus. Eliot Freidson caractérise ainsi les médecins qui ont un exercice libéral comme étant subordonnés à leur clientèle. Cela est important à prendre en considération dans l'étude de notre objet car une grande partie des médecins des PASS ne sont pas des hospitaliers ou des universitaires, mais viennent de la médecine de ville (souvent médecine salariée). C'est à eux que se consacre la prochaine sous-partie.

# 3 LES MÉDECINS NON-HOSPITALIERS DANS LES PASS : DEUX ÉTUDES DE CAS

## 3 - 1 Les aléas d'une Permanence de banlieue : La PASS René Barthe

Entre 1999 et 2007 la PASS René Barthe connaît une période où son activité s'est réduite dans un contexte intra-hospitalier qui lui est hostile. Cela correspond également au désengagement du Pr Follerau par rapport à la PASS à partir de 1999[51]. Avec l'arrivée du Dr Vandenbulck en 2007 à la tête de la PASS René Barthe, l'activité a lentement repris. Il a donné une nouvelle visibilité et une nouvelle dynamique à la PASS grâce à ses réseaux militants et associatifs, notamment à la Cimade et à Médecins du Monde, mais aussi en ramenant certain patients qu'il voyait à son cabinet. Ses consultations ont permis un nouvel afflux de patients à la PASS René Barthe.

Le regain de visibilité de la PASS est dû à la participation à la constitution d'un réseau des PASS du département initiée par la PASS de l'hôpital B, hôpital général d'une ville voisine (voir *infra*). Au début de l'année 2011, elles se sont réunies deux fois pour un comité de pilotage

[51] Nous revenons sur ces éléments dans le chapitre suivant.

départemental des PASS auquel ont participé des partenaires extérieurs (notamment les associations, Comede, Médecins du Monde). D'autre part, le nouveau responsable de la PASS René Barthe a réussi à obtenir un budget pour celle-ci. Ce dernier, même réduit, était bienvenu alors que le dispositif fonctionnait sans budget depuis le début des années 2000 (en dehors des charges salariales). Enfin, il a obtenu une nouvelle demi-journée de vacation pour une psychiatre qui travaille à la PASS René Barthe depuis mars 2011.

Le Dr Vandenbulck représente un nouveau type d'acteur pour notre analyse à plusieurs égards. Tout d'abord, il n'est pas issu de l'espace hospitalier (voir notice biographique en annexe 2 - 3). Médecin libéral exerçant en ville, il a été recruté en dehors de l'institution hospitalière en raison de sa place dans l'espace du soin de la précarité ; il était actif et connu à l'intérieur de ce dernier, notamment grâce à son travail à la Cimade à la fin des années 1990 auprès des sans-papiers qui demandaient des régularisations pour raison de santé. Son activité dans l'espace du soin de la précarité était jusque-là extérieure à l'espace hospitalier : il était intégré à l'espace du soin de la précarité par le biais de l'espace plus large de l'espace associatif et humanitaire. C'est donc à un nouveau profil de médecin que nous avons affaire : peu intégré dans l'espace hospitalier, mais très engagé dans l'espace du soin de la précarité associatif et extra-hospitalier. Ne disposant pas des capitaux spécifiques à l'espace hospitalier, il est difficile pour ce type d'acteur de négocier la pérennité ou le développement de la PASS — ou même de la défendre. Sa place dans la structure sociale hospitalière est assez marginale. Il reste cependant un membre de la profession médicale ; identité qu'il ne faut pas négliger en ce qu'elle procure d'emblée une légitimité certaine à l'intérieur de l'espace de l'hôpital. De l'autre côté, l'hôpital et la PASS ne représentent pas pour le Dr Vandenbulck l'essentiel de son activité professionnelle. Il exerce son activité principale dans un cabinet en ville et détient en ce sens une certaine autonomie et indépendance par rapport au système hospitalier en comparaison avec ses collègues praticiens hospitaliers.

Le Dr Vandenbulck est ce qu'on appelle un « praticien attaché », ce qui équivaut à être en fait un médecin vacataire : il est moins bien payé (à l'heure) que ses collègues titularisés (PH notamment), il travaille sur un système de vacations comptées à la demi-journée et il n'a pas les mêmes garanties et sécurité d'emploi (il n'existe que des contrats à durée déterminée renouvelables). Rencontrer un médecin vacataire à la tête de la PASS n'est pas rare. Lors de l'enquête de terrain, nous avons rencontré cette situation quatre fois sur les 14 PASS visitées. C'est le cas de la PASS de l'hôpital L (grand CHU d'une grande ville de province), de la PASS de l'hôpital D (grand CHU d'une ville de banlieue parisienne), de la « PASS psy » de l'hôpital F et de la PASS René Barthe de l'hôpital A.

Les médecins généralistes vacataires sont la catégorie médicale majoritaire à la PASS[52], on les trouve parmi la force vive médicale de la PASS, ils viennent une ou deux demi-journées par semaine et reçoivent les patients. Nous en avons souvent rencontrés dans les grandes PASS dédiées. À la PASS Apollinaire de l'hôpital C, par exemple, ils sont quatre parmi les six médecins, à la PASS de l'hôpital L ils sont trois sur quatre, etc. De manière générale, on les trouve dans les PASS qui proposent des consultations de médecine générale sans rendez-vous. La médecine générale ne disposant généralement pas d'un service à part entière dans les hôpitaux universitaires, il est nécessaire de recruter les médecins généralistes en dehors de l'hôpital avec un statut d'attaché. Leur présence dans une PASS, en particulier lorsqu'ils sont à la tête de la structure, est souvent le signe d'un ancrage fort de la PASS dans l'espace du soin de la précarité.

## 3 - 2 Les aléas d'une PASS d'une grande ville de région

Le Dr Éloïse Fradet arrive à l'hôpital universitaire L, situé dans une grande métropole de région, en 1993 en tant que médecin généraliste attachée pour prendre en charge des patients dans le cadre de la consultation sida où elle a une patientèle qui comprend beaucoup de migrants. Toute sa carrière professionnelle se déroule dans l'espace du soin de la précarité (prise en charge du sida en lien avec la toxicomanie et la migration et PASS, voir notice biographique en annexe). Après qu'un collègue Praticien hospitalier (PH) de la consultation sida a commencé puis abandonné un projet de PASS à la fin des années 1990, le chef de service du Dr Fradet lui propose de reprendre ce projet. Elle accepte et travaille pendant trois ou quatre mois pour rédiger son projet, elle fait notamment un court stage au CASO de Médecins du Monde de la ville pour s'inspirer de leur modèle : consultations médicales et infirmières en lien avec une prise en charge sociale, une ouverture vers l'extérieur (travail en réseau) et une « conviction qu'on doit pouvoir être soigné s'il y a besoin ». La PASS ouvre en 2000 avec quatre consultations de médecine générale tenues par trois médecins généralistes attachés (issus de l'espace du soin de la précarité) qui y travaillent encore aujourd'hui. La file active de la PASS augmentant, la direction leur accorde trois consultations supplémentaires en 2003. En 2010, ils obtiennent une augmentation de moyens qui leur permettent d'engager une deuxième assistante sociale à plein temps, une infirmière à mi-temps et trois consultations médicales en plus (en tout 9 demi-journées par semaines, ce qui en fait une PASS de taille importante).

Aux côtés du Dr Fradet travaillent le Dr S. qui est un ancien de Médecins sans frontières et qui travaille également en psychiatrie de prison (il a, selon le Dr Fradet, un « profil militant

[52] Les catégories de médecins qu'on rencontre à la PASS sont : des PH, des médecins attachés et des internes.

prononcé ») et le Dr D., médecin du travail, qui était responsable du CASO de Médecins du Monde quand le Dr Fradet y a fait son stage et qui était intéressée par un travail à l'hôpital ; cette dernière travaille également dans un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) auprès des toxicomanes et a travaillé dans un CIDAG (Centre de dépistage anonyme et gratuit). Ainsi, tous ces éléments indiquent que le Dr Fradet, tout comme ses collègues praticiens attachés, circulent à l'intérieur d'espaces qui sont ceux du soin de la précarité.

Malgré une forte identification au monde hospitalier dont elle partage les valeurs, notamment celles de service public et d'intérêt général et un fort investissement en termes de carrière professionnelle, la place du Dr Fradet dans la hiérarchie de l'institution et l'absence de titres hospitalo-universitaires la rendent dépendante de ceux qui disposent de la légitimité dans cette structure sociale. Ainsi, c'est son chef de service qui lui propose de monter le projet de PASS. La place du Dr Fradet, tout en bas de la hiérarchie médicale et professionnelle, invite à s'étonner de la taille de la PASS de l'hôpital L qui, avec ses neuf demi-journées de consultation de médecine générale, son mi-temps infirmier et ses deux plein-temps de travail social, est une PASS parmi les plus importantes observées.

> **Éloïse Fradet** : « Au niveau de la PASS, nous ne pouvons que nous réjouir de la place qu'on a prise, qui s'est quand même installée dans le paysage de l'hôpital. On a commencé en 2000 par occuper le bureau que les anesthésistes n'occupaient pas parce qu'ils étaient au bloc et qu'ils consultaient l'après-midi. [...] Et après les anesthésistes se sont découragés et avec l'aide de la cadre, on leur a trouvé un autre lieu qui était aussi bien. Et donc nous on a eu un peu plus de place, mais c'était un bureau grand comme ça (petit). [...] Il n'y avait pas de fenêtre (l'endroit était très exigu ; le bureau de l'assistante sociale était aussi très petit et sans fenêtre). Et après on est arrivés ici (en 2010) (souffle d'admiration) ! (Les lieux sont assez spacieux, il y a 6 pièces, toutes dans le même lieu). Ah c'est le bonheur ! »[53]

À la suite de la fermeture du bâtiment qui l'héberge, la PASS déménage dans des nouveaux locaux très spacieux qui s'intègrent dans un bâtiment spécialisé dans la santé publique, on y retrouve un CIDAG, le service d'addictologie (CSAPA), un centre d'IVG (centre d'orthogénie), un planning familial, etc.

En ce qui concerne les médecins généralistes attachés, les cas du Dr Fradet et du Dr Vandenbulck tendent à laisser penser que leur place au bas de l'échelle hiérarchique parmi la catégorie des médecins à l'hôpital, à la fois en termes de titres universitaires, mais aussi de salaire et de contrat, tout comme leur faible niveau de capitaux spécifiques dans le champ de la médecine hospitalière, font d'eux des acteurs au pouvoir de négociation assez faible à l'intérieur de l'espace hospitalier. La médecine générale occupe, de manière générale, une place dominée

[53] Extrait d'entretien réalisé avec la médecin attachée responsable de la PASS d'un CHU d'une grande ville de province. Mars 2012, hôpital L.

dans la structure de l'espace des pratiques médicales qui a longtemps été sanctionnée par une formation plus courte et un diplôme de moindre valeur[54].

S'ils sont dominés à l'intérieur de l'espace hospitalier, les médecins généralistes vacataires, sans espoir de pouvoir grimper dans cette hiérarchie, s'émancipent des règles du jeu propres à ce champ : ils ne sont pas subordonnés au monde professionnel médical hospitalier[55] comme leur collègues spécialistes ou PH. Mais, de l'autre côté, ils ne sont pas non plus subordonnés à leur clientèle car ils sont salariés. Les médecins attachés hospitaliers font donc l'expérience d'une certaine indépendance et autonomie qui n'a pas souvent été décrites dans les travaux qui traitent de la profession médicale. Dans le cas des PASS, c'est parmi eux qu'on rencontre le plus souvent des parcours de vie variés, marqués par un engagement dans l'espace associatif ou humanitaire médical. Ils importent à l'hôpital les normes de l'espace du soin de la précarité. Ce sont ceux, avec les médecins issus de la médecine hospitalière engagée des années 1990, médecine du sida notamment (voir chapitre I dans la première partie), qui incorporent la logique professionnelle engagée dans l'espace des PASS.

L'hôpital L est un grand CHU d'une métropole de province qui est construit sur différents sites. En 2010, il y a eu une grosse restructuration de l'hôpital qui a, entre autres, conduit à la fermeture d'un de ses sites historiques qui accueillait la PASS et d'autres activités qui s'adressaient à un public plutôt démuni.

> **Éloïse Fradet** : « Bah c'est le déménagement ! Il faut dire aussi qu'au début de l'année 2010, l'hôpital allait fermer, neuf mois plus tard (l'ancien hôpital a fusionné avec un autre hôpital de la ville). On savait pas ce qu'on allait devenir. Les bruits qui nous sont venus par le CHSCT (Comité d'hygiène sécurité et conditions de travail) et les délégués syndicaux, c'est que la PASS allait disparaître et puis qu'il y a un directeur général adjoint qui s'est saisi du problème. C'est quelqu'un de motivé, de militant et depuis qu'il est là, nos affaires avancent. »
> **J.G.** : « Donc il y a un directeur adjoint qui est sensible à la question de la précarité…? »
> **Éloïse Fradet** : « … qui est sensible à la question de la précarité. Il avait déjà monté deux PASS à X et Y (villes moyennes de la région). Et puis il est militant à la Mairie, à ATD (Quart Monde). Donc c'est

---

[54] Jaisson, Marie, « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, n° 3, 2002b, p. 31-35. Si les cursus universitaires entre médecine spécialisée et générale ont été ajustés (la médecine générale est devenue une spécialité au même titre que les autres spécialités), la seconde reste largement dominée par la première dans la structure de tous les sous-espaces de la pratique médicale, notamment celui de la médecine hospitalière, preuve en est le désintérêt que les étudiants en médecine montrent à l'égard de la nouvelle spécialité de médecine générale. Voir à ce propos Lefèvre, Jérémie H., Laurent Karila, Solen Kernéis, Jean-Noël Fiessinger et Morgan Rouprêt, « Désintérêt des futurs médecins pour la médecine générale. Résultats d'une enquête nationale sur les choix de spécialisation auprès de 1 870 externes français », *La Presse Médicale*, vol. 39, n° 3, Mars 2010, p. 58-65.
À l'hôpital, les services de médecine générale se font de plus en plus rares, ils incarnent une pratique médicale passée qui a cédé le pas à une médecine spécialisée et technique (voir Dodier, Nicolas et Agnès Camus, « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, vol. 65, n° 1, 1997b, p. 109-119 et Herzlich, *op. cit.*, 1973, p. 41-59.).
La pratique de la médecine générale a été pour une large part reléguée à la médecine de ville. Ainsi, rares sont les médecins généralistes qui exercent à l'hôpital, encore plus rares sont ceux dont l'activité hospitalière a été sanctionnée du titre de PH. Il faut cependant noter l'exception de la médecine d'urgence qui a donné une nouvelle place à la médecine générale hospitalière, cependant, celle-ci a dû, pour se faire une place à l'hôpital, se spécialiser (ou tout du moins essayer). À ce propos voir l'article de Danet, François, *La médecine d'urgence.* Vers *de nouvelles formes de travail médical*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2008.

[55] Freidson, *op. cit.*, 1982.

quelqu'un qui a un profil. Et donc ce que je pleurais pour avoir depuis dix ans, c'est-à-dire un comité de pilotage, ça a été fait en 3 mois. »
**J.G.** : « Et donc vous travaillez souvent avec lui ? »
**Éloïse Fradet** : « Non, pas beaucoup. Non, une fois tous les ans, tous les deux ans. Mais, lui il vote les affaires en haut lieu. Ce que moi je pouvais pas faire… Et, là, on est quand même dans des urgences, on a été rattaché aux urgences, et le chef de service des urgences, bah il me dit "faites comme vous voulez". Enfin, je veux dire, c'est pas sa tasse de thé, lui c'est le Samu sa tasse de thé. »[56]

Dans cet extrait on peut voir que la médecin responsable de la PASS n'avait pas d'emprise sur le destin de la structure ; elle n'a visiblement pas été impliquée ou simplement mise au courant de changements (ou de la fermeture) qui la concernait. Dans cette configuration, c'est le rôle d'un directeur général adjoint qui a été décisif. Le Dr Fradet identifie ce directeur général adjoint comme actif dans le secteur de la précarité, à la fois dans celui issu de l'espace plus large de l'espace associatif et humanitaire (militant à ATD-Quart Monde) et dans celui issu de l'espace hospitalier (participation à la création de deux PASS)[57]. L'intervention de ce directeur adjoint explique la place qui est consacrée à l'espace du soin de la précarité de manière générale dans l'hôpital L qui a finalement obtenu tout un bâtiment (dit de santé publique) à l'entrée de l'hôpital. Rompant avec l'image classique du directeur d'hôpital promoteur des réformes gestionnaires, celui de la PASS L s'inscrit dans une logique professionnelle engagée. Ainsi, comme à l'hôpital A avec le Dr Follereau, à l'hôpital H avec le Dr Antoine Violette, un agent dominant dans la structure hospitalière se dresse en promoteur des normes et pratiques du soin de la précarité. Cependant, ce directeur d'hôpital adopte une posture assez minoritaire au sein d'un groupe professionnel en plein essor à l'hôpital.

## 4 LE MODÈLE ORGANISATIONNEL ET LE POIDS DE LA NOUVELLE NORME GESTIONNAIRE ET COMPTABLE

Les situations rapportées dans les deux sections précédentes montrent le rôle prépondérant des médecins dans le choix des pratiques de soin et dans l'organisation des PASS. Leurs intérêts ont été identifiés comme étant tournés, soit vers des logiques professionnelles, soit vers une logique propre à l'espace du soin de la précarité (une logique qu'on a appelée « engagée »). Cependant, d'autres configurations rapportées de l'enquête empirique amènent à tempérer ce constat. Nous avons dégagé un troisième modèle — le modèle professionnel

[56] Extrait d'entretien réalisé avec la médecin attachée responsable de la PASS d'un CHU d'une grande ville de province. Mars 2012, hôpital L.
[57] Il a notamment participé à un groupe de travail « Hôpital et précarité » qui a réuni des membres de la Fédération hospitalière de France (FHF) et de Médecins du Monde.

organisationnel — guidant l'action des professionnels et façonnant l'organisation de la PASS. Nous présenterons d'abord les deux catégories de professionnels qui sont les principaux porteurs de ce modèle (les directeurs d'hôpital et les cadres encadrants). Dans un second temps, nous nous pencherons sur l'organisation et les pratiques de la PASS de l'hôpital B qui illustrent le modèle professionnel organisationnel et l'influence des normes budgétaires et néo-managériales.

## 4 - 1 Les deux catégories d'acteurs du modèle organisationnel

### 4 - 1 - 1 Les directeurs d'hôpital

> **Amandine Cornet** : « Souvent quand je vois les circuits de décisions, les trucs à rallonge, les luttes de pouvoirs, la communauté… Moi, autant j'avais repéré la communauté médicale, quand j'étais sur site. La communauté des soignants aussi. Mais, j'avais pas vraiment repéré la communauté des DH, des directeurs d'hôpitaux. Ici ça en est plein. […] Cette communauté qui fait survivre un système qui les auto-alimentent. Et c'est vrai que j'ai une collègue qui vient du ministère qui me dit "c'est pareil au ministère". Je veux pas aller voir ça ! Je veux garder l'illusion que les gens qui décident pour nous… (elle ne finit pas sa phrase) »[58]

Les directeurs d'hôpital, tout comme les cadres encadrants, les chefs de pôle et les consultants, font partie du groupe des « intermédiaires », définit par Nicolas Belorgey. Ce sont eux qui administrent et gèrent l'hôpital, c'est-à-dire qu'ils se situent entre ceux qui font les lois et les acteurs de terrain (qui sont au contact des patients). Leur action est donc nécessaire pour transmettre et faire appliquer sur le terrain les normes édictées par les tutelles.[59]

Les premiers statuts encadrant la catégorie des directeurs d'hôpital datent de 1941. François-Xavier Schweyer utilise pour la définir la catégorie construite par Claude Dubar et Pierre Tripied de « profession statutaire »[60], c'est-à-dire que « c'est l'État qui a créé la fonction, qui régule l'accès au corps et qui définit la formation et le champ d'expertise »[61]. Les directeurs d'hôpital ont un esprit de corps qui s'est lentement construit et dont l'École nationale de santé publique implantée à Rennes depuis 1960 est le lieu de socialisation privilégié. Celui-ci se consolide également au sein de leur syndicat corporatiste (le syndicat national des cadres hospitaliers).[62] L'introduction et la montée en puissance de la profession de directeur d'hôpital accompagnent des processus de médicalisation et de modernisation de l'hôpital s'inscrivant de plus en plus dans

[58] Extrait d'entretien avec la coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP, février 2013, siège de l'AP-HP.

[59] Belorgey, *op. cit.*, 2010, p. 32.

[60] Dubar Claude et Tripier Pierre, *Sociologie des professions*, Paris, France, A. Colin, 1998, 256 p.

[61] Schweyer François-Xavier, « Les directeurs d'hôpital: des entrepreneurs locaux du service public hospitalier? », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 1 Décembre 2001, p. 115.

[62] Schweyer François-Xavier, « Les carrières des directeurs d'hôpital », *Revue française d'administration publique*, vol. 116, n° 4, 2005, p. 623.

une politique d'État. En effet, la création de la profession statutaire de directeur d'hôpital a participé à la création d'une administration hospitalière calquée sur le modèle de l'administration d'État et à l'intégration de l'hôpital dans un projet politique.[63] Alors que leur effectif double au cours des années 1970 et 1980, passant de moins de 2 000 en 1972 à plus de 4 000 en 1984, leurs fonctions s'élargissent dans un contexte de modernisation rapide de l'hôpital[64] et les métiers se diversifient (on voit apparaître les fonctions de directeur financier, directeur des ressources humaines, etc.). Cette évolution se double de la création des nouvelles fonctions d'encadrement intermédiaires (cadre infirmière et social et ingénieurs hospitaliers), grossissant les troupes des administrateurs et des gestionnaires. Les effectifs ont diminué de 25 % depuis 1984 pour atteindre 3 170 en 2005 et se sont stabilisés depuis (on compte 3 067 directeurs d'hôpital en 2015). Si le contexte actuel pourrait laisser penser que la profession des directeurs d'hôpital s'est développée avec le *New public management* et la « nouvelle gouvernance hospitalière », sa construction historique, selon François-Xavier Schweyer, situe davantage sa communauté de valeurs autour de l'idée de service public hospitalier et des principes républicains d'universalité et d'égalité.[65]

L'arrivée de politiques budgétaires visant à réduire l'augmentation des dépenses de santé au cours des années 1980, notamment marquée par l'instauration du « budget global » en 1983, a rendu central l'objectif de maîtrise des dépenses et a largement contribué à augmenter le pouvoir des directeurs d'hôpital (à côté de celui des médecins). Le tournant libéral des politiques publiques pour répondre à la crise à la fin des années 1980 trouve une résonance à l'hôpital public dans le modèle de l'« hôpital-entreprise »[66] que les directeurs d'hôpital cherchent à mettre en place. Cette dynamique est soutenue par la Direction des hôpitaux (branche du ministère de la santé) qui souhaite « promouvoir à terme une gestion hospitalière indépendante et proche de celle de l'entreprise »[67]. La montée en puissance de la logique managériale à partir de ce moment-là est vue comme une opportunité par certains directeurs qui y voient la possibilité de jouer d'une expertise qu'ils sont les seuls à maîtriser. L'application des logiques managériales à l'organisation du soin constitue une nouvelle utilisation du capital spécifique du champ hospitalier — la pratique du soin —, dont les directeurs d'hôpital se sont emparés. L'exploitation néo-managériale du capital spécifique se retrouve également dans le groupe des cadres, comme on va le voir dans la prochaine sous-partie. Ceci-dit, le corps des directeurs d'hôpital n'est pas complètement

---

[63] Schweyer, François-Xavier, « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales*, n° XLIV-135, 1 Août 2006, p. 45-60.

[64] La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, par exemple, qui définit entre autres la notion de Service public hospitalier, a renforcé les domaines d'action du directeur d'hôpital en lui donnant la compétence générale d'administration et de gestion de l'établissement hospitalier.

[65] Schweyer, *îbid.*, 2006.

[66] Pierru Frédéric, « L'"hôpital-entreprise" Une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, vol. 12, n° 46, 1999, p. 7-47.

[67] Schweyer, *op. cit.*, 2006, p. 58.

pénétré par les normes managériales, il reste attaché à une culture de service public qui leur font concurrence.

La tendance à l'intégration d'éléments issus de l'ensemble normatif néo-managérial dans les pratiques de groupes professionnels (pas seulement celui des cadres, mais aussi celui des médecins) a été décrite, notamment, par Julia Evetts comme un nouveau modèle professionnel dit organisationnel. Ce modèle a été pensé en contraste à celui de la logique professionnelle occupationnelle traditionnellement construit par la sociologie des profession. Ce modèle intègre certains changements de type organisationnel dans les activités exercées par les professionnels : accroissement des activités gestionnaires, bureaucratisation et standardisation, généralisation des méthodes d'évaluation et de performance, etc.[68]

La création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en 1996 a apporté une nouvelle tutelle aux hôpitaux avec qui chacun d'entre eux devait signer un contrat d'objectifs et de moyens introduisant une gestion régionale de l'activité hospitalière. Les ARH ont accentué le main mise de l'État dans la gestion des hôpitaux en circonscrivant les marges de manœuvre des directeurs d'hôpital, désormais contraints de jouer selon les règles du jeu imposées de l'extérieur.

Depuis les années 2000, le développement de la « Nouvelle gouvernance hospitalière » associe les directeurs d'hôpital à l'administration et au corps médical dans la gestion de l'établissement (au sein d'un conseil exécutif)[69]. La loi HPST de 2009 a conforté et renforcé la position du directeur. Il conduit désormais la politique générale de l'établissement et préside le directoire. La loi lui a ainsi transféré l'essentiel des pouvoirs qui restaient détenus par le conseil d'administration. Il a également compétence pour nommer les chefs de pôles à partir d'une liste établie par le président de la Commission médicale d'établissement (CME). Cette évolution, combinée avec celle apportée par la T2A en matière de logique de financement, ont largement renforcé la dimension managériale de la fonction du directeur d'hôpital. Responsable d'un budget hospitalier limité qui est désormais calculé à partir d'une mise en concurrence fictive des activités entre les hôpitaux, la direction est contrainte de mobiliser les techniques du *New public management* (NPM).

---

[68] Evetts, Julia, « A new professionalism? Challenges and opportunities », *Current Sociology*, vol. 59, n° 4, 1 Juillet 2011, p. 406-422 ; Evetts, Julia, « Introduction: Trust and Professionalism: Challenges and Occupational Changes », *Current Sociology*, vol. 54, n° 4, 1 Juillet 2006, p. 515-531.

[69] Le directeur d'établissement est nommé par le Ministre chargé de la santé et soumis à l'approbation du Conseil d'administration (CA) de l'établissement. Il est en charge du projet d'établissement et du budget, qui sont tous les deux soumis au CA.

### 4 - 1 - 2 Les cadres encadrants

Une autre catégorie professionnelle, celle des cadres supérieurs, n'a cessé de gagner en pouvoir décisionnel depuis les années 1980 aux dépends de celle des médecins[70]. Ces « intermédiaires », distincts des médecins et des directeurs d'hôpitaux, ont connu une évolution importante depuis les années 1980[71]. Cette catégorie de professionnels est passée d'une fonction d'organisation des soins fondée sur l'expertise technique — marquée par une autonomie professionnelle — à une fonction d'encadrement du personnel (soignant et non-soignant) de type gestionnaire et comptable allant de l'évaluation du personnel à la démarche qualité[72] et qui l'a rapprochée des services administratifs[73]. Leur fonction managériale a été confirmée et renforcée par le plan Hôpital 2007 et sa « nouvelle gouvernance hospitalière » en les impliquant directement dans la gestion des « Pôles d'activités » aux côtés du médecin coordonnateur. L'hôpital confie ainsi de plus en plus de missions comptables et gestionnaires à des acteurs médicaux et paramédicaux qui sont directement sur le terrain. Ce sont les nouveaux émissaires du *New public management* (NPM)[74].

Peu de travaux en sciences sociales se sont intéressés à cette catégorie d'acteurs hospitaliers[75]. La position de cadre de santé hospitalier connait une tension entre une logique corporatiste en perte de vitesse (remettant en cause les formes traditionnelles de régulation professionnelle) et celle des politiques hospitalières, largement empreintes de la nouvelle gouvernance publique[76]. Sophie Divay et Charles Gadéa distinguent trois groupes distincts parmi les cadres encadrants : les cadres soignants (qui sont le plus souvent issus de promotions internes parmi les infirmières ou les sages-femmes), les cadres administratifs (des comptables, aux responsables des ressources humaines en passant par les responsables des services administratifs) et les cadres de la filière logistique et technique (ingénieurs, informaticiens, spécialistes de la logistique, de la sécurité, etc.). À cette diversité au sein de la catégorie des cadres encadrants, s'ajoute une diversité des profils et de l'activité à l'intérieur de chaque groupe en fonction du lieu d'exercice (CHU ou hôpital de proximité), du service ou des équipes qu'ils

---

[70] Benamouzig, Daniel, « Système de santé », *in Santé Publique. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, p. 317-328.

[71] Belorgey, *op. cit.*, 2010. On peut lire une histoire de la fonction de cadre de santé (encadrement infirmier) hospitalier dans l'ouvrage de Bourret, Paule, *Les cadres de santé à l'hôpital: un travail de lien invisible*, Paris, Seli Arslan, 2006.

[72] Feroni, Isabelle et Anémone Kober-Smith, « La professionnalisation des cadres infirmiers: l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue française de sociologie*, vol. 46, n° 3, 2005, p. 469-494.

[73] Schweyer, *op. cit.*, 2006.

[74] Divay, Sophie et Charles Gadea, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, vol. 128, n° 4, 2008, p. 677-687 ; voir aussi Chéronnet, Hélène et Charles Gadea, «5. Les cadres du travail social et de la santé face à la rationalisation managériale des services publics», *in Sociologie des groupes professionnels acquis récents et nouveaux défis*, Paris, la Découverte, 2009.

[75] On peut tout de même noter le travail de Paule Bourret sur les cadres de santé. Elle les décrit comme étant des « éléments interstitiels » dans l'organisation hospitalière : ils effectuent un travail dans les espaces laissés libres, ils sont au contact des personnels soignants mais ne partagent pas la réalité du travail du soin, ce qui les rend moins légitimes que leurs collègues soignants dans l'organisation hospitalière. Bourret, *op. cit.*, 2006.

[76] Feroni et Kober-Smith, *op. cit.* , 2005.

encadrent. Cela génère une grande hétérogénéité au sein de cette catégorie des cadres de santé encadrants[77].

## 4 - 2 Une PASS aux prises avec le modèle organisationnel

À l'hôpital B, la PASS est transversale. L'hôpital B est un hôpital général situé dans le même département que l'hôpital A. Comme les autres hôpitaux de cette banlieue défavorisée (qui s'inscrivent dans un espace médical régional très concurrentiel largement dominé par les CHU parisiens et les hôpitaux privés parisiens à réputation internationale), il a un ancrage fortement local et draine les patients des alentours. Lors d'une enquête réalisée en 2009, 33% des patients de cet hôpital étaient éligibles à la CMUC, à l'AME ou aux soins urgents et vitaux et plus de la moitié des personnes fréquentant cet hôpital était considérée comme précaire (scores EPICE 2009)[78]. Pour la responsable du service social, Corinne Deschamps, « on pourrait dire que l'hôpital B est une énorme PASS ». L'hôpital a une capacité d'accueil d'environ 800 lits pour un bassin d'attraction de 250 000 à 300 000 habitants. Il a un service d'urgences et un centre de périnatalité de niveau 3. Il embauche plus de 2 000 personnes dont 300 médecins. C'est donc un hôpital de taille un peu moins importante que l'hôpital A.

La PASS transversale de l'hôpital B repose sur un service social qui comprend 17 assistantes sociales (ce qui est relativement important, en comparaison l'hôpital A n'embauche que 9 assistantes sociales). Chaque assistante sociale participe au travail de la PASS (cela fait partie de leurs missions) qui consiste en un travail d'accompagnement dans l'accès aux droits en matière de couverture maladie et en un système de distribution de bons pour accéder aux soins (consultations externes, examens biologiques et radiographiques, médicaments). Un « bon PASS » est valable pour un acte à l'intérieur de l'hôpital (soit une consultation auprès d'un médecin, soit un examen, soit une ordonnance de médicaments). L'assistante sociale peut distribuer plusieurs bons si cela est nécessaire (par exemple un « bon pharmacie » et un « bon examen » si les deux ont été prescrits par un médecin). Une fois que le patient a acquis une couverture maladie, il sort du système PASS. Le système de bon par acte permet un suivi au cas par cas, qui signifie en même temps un contrôle rapproché du patient.

[77] Divay et Gadea, *op. cit.*, 2008.

[78] Ce chiffre provient d'une enquête réalisée à l'occasion d'une journée sur la précarité auprès des patients de l'hôpital en 2009 et basée sur le score Epice.

### 4 - 2 - 1 Les acteurs de la « Nouvelle gouvernance »

La grande originalité de la PASS de l'hôpital B est que c'est la cadre du service social, Corinne Deschamps, qui en est la responsable (et non pas un médecin comme c'est généralement le cas). Cette configuration est certes différente, mais cohérente : la PASS est une structure médico-sociale et il est logique que la responsabilité puisse se trouver aussi du côté du service social. Le fonctionnement transversal de la PASS conforte ce mode organisationnel puisqu'il s'appuie presque exclusivement sur le service social avec son système de bons PASS distribués par toutes les assistantes sociales de l'hôpital et son accompagnement social vers l'accès à une couverture maladie. La dimension médicale spécifique de la PASS y est réduite vu qu'elle se résume à une fonction de contrôle (vérifier que l'état d'un patient est « urgent » ou confirmer que des examens doivent être faits tout de suite ou attendre que le patient acquiert une couverture maladie). Ainsi, comme on l'a vu dans le chapitre précédent dans la description des types de PASS, la PASS transversale épouse peu la conception et la pratique du soin de l'espace du soin de la précarité (les aspects médical et social sont traités séparément, pas de prise en charge globale du patient, ni de travail pluridisciplinaire). Il existe cependant un travail en réseau (avec des associations et avec d'autres institutions de santé comme la CPAM). Ces choix organisationnels dévoilent en fait des orientations qui se rapprochent des normes de l'hôpital moderne centrées notamment sur la rentabilité et gouvernées par des gestionnaires.

Corinne Deschamps a été embauchée au poste de cadre du service social de l'hôpital en 2008. Lorsqu'elle est arrivée à l'hôpital B, l'une de ses premières fiches de poste a été de retravailler le dispositif PASS qui fonctionnait mal et qui était décrié par les associations, notamment par les bénévoles du centre de soins gratuits de Médecins du Monde situé dans la même ville.

C'est la direction de l'hôpital B qui a décidé de moderniser le système PASS et qui a demandé à Corinne Deschamps de s'en charger. On note donc ici deux catégories d'acteurs qui entrent en jeu : la direction et les cadres. La direction, qui a intégré, indépendamment de la PASS, les nouvelles normes managériales et financières, a donné à la PASS une orientation toute autre que celles qu'on a pu voir jusqu'à présent.

> **Corinne Deschamps** : « Donc il faut savoir que le service social de l'hôpital B dépend de la direction des recettes et du suivi administratif des patients. Donc clairement, dès le départ, quand moi j'ai été embauchée, je savais très bien qu'il y avait un lien direct entre le service social et les recettes. C'est marqué ne serait-ce que dans l'organigramme de l'hôpital. Ce n'est pas un scoop ! [...] Là c'est clair que le lien avait été fait d'emblée entre service social et recettes. » [...]
> « Donc, tout ça a fait qu'on a travaillé à la mise en place d'une collégialité par rapport à l'organisation de la PASS, une collégialité qui repose à la fois sur un médecin coordinateur, qui est devenu Mégnen, il est arrivé un peu plus tard, une fois que l'état des lieux avait été fait (rires), enfin je t'en parlerai après, Pauline Legrand, qui est la chargée des ressources de l'hôpital, qui s'occupe de toute la facturation

de l'hôpital et le service social patient. Et si tu veux Francis Jacques, qui était notre responsable, avait d'emblée les deux parties recettes et service social, donc quand on a travaillé sur la PASS, il a mis forcément ces deux adjointes, enfin ces deux collaboratrices, il nous a mis le marché en main d'emblée, on a d'emblée pensé la PASS en termes financiers et en termes social (sic) et en termes médical (sic). D'abord financier et social et ensuite médical. »[79]

Ainsi, choix a été fait de donner la responsabilité de cette structure à la cadre responsable du service social. Cela pourrait laisser penser que c'est la dimension sociale de la structure qui a été mise en avant. Mais la couleur est annoncée d'emblée, le service social est sous la coupe du service financier et la gestion se fait main dans la main avec le service de facturation. Corinne Deschamps explique pendant l'entretien qu'elle travaille en très étroite collaboration avec Pauline Legrand, la responsable de la facturation de l'hôpital, qu'elle voit presque quotidiennement. Ce sont ces deux cadres administratives qui sont en charge de la PASS, il y a bien un médecin référent, mais celui-ci ne prend pas directement part aux décisions concernant ce dispositif. La direction de l'hôpital B impose ainsi par le haut un modèle professionnel organisationnel[80] au service social, l'impliquant d'emblée dans la gestion de l'hôpital.

**J.G.** : « Quand on parle d'accès aux soins des grands précaires, l'aspect financier c'est quand même la première chose qu'on va devoir prendre en compte pour toi ? »
**Corinne Deschamps** : « Si on pense que l'hôpital c'est un lieu de soins qui peut maintenant soigner gratuitement des gens, c'est que les gens qui travaillent là-dessus ont rien compris à la réforme de la T2A, de la loi 'hôpital-santé-territoire'. Il faut considérer l'hôpital comme un lieu effectivement de soins pour tous, mais ce n'est pas tout est gratuit pour tout le monde. Ça veut dire que l'hôpital doit se donner les moyens de couvrir ses patients si il veut pouvoir facturer ses dossiers. Et si effectivement tu ne les couvres pas, c'est un gouffre financier les patients précaires. Alors que si tu les couvres, si tu fais leur Aide médicale, si tu les suis sur le plan social etc. et bah tu arrives à des solutions, même pour accompagner les sorties, tu les vois en amont, tu travailles avec eux, tu fais des recherches, tu vois, tu es beaucoup moins pris à la gorge. Donc il faut que la prise en charge sociale sur un hôpital qui reçoit plein de précaires soit vraiment une prise en charge concertée et qui incombe les finances. »[81]

La trame narrative qui justifie la prise en charge des populations ayant des difficultés d'accès aux soins est mue par une logique budgétaire. « Le discours de l'entreprise est lié aux discours professionnels, ceux sur la qualité, les services et les soins aux patients »[82]. Corinne Deschamps a fait sienne la logique comptable qui veut que le soin hospitalier n'est pas quelque chose de « gratuit » (alors même que la « gratuité » est le principe de fonctionnement des PASS dans les textes légaux). Le dispositif de la PASS de l'hôpital B est pensé, de bout en bout, en termes

[79] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Janvier 2011, hôpital B.

[80] Eveits, Julia, « Professionalism. Value and ideology », *Current Sociology*, vol. 61, n° 5-6, 2013, p. 778-796. J. Eveits reprend ici les catégories de Charles McClelland qui fait une différence entre les profession *de l'intérieur* (« *from within* »), qui sont une entreprise réussie de manipulation du marché par un groupe, comme la médecine ou le droit, et les profession *par le haut* (« *from above* ») qui se caractérise par une domination de forces extérieures au groupe, comme par exemple les ingénieur ou le travail social. Voir McClellend, Charles E. « Escape from freedom? Reflections on German professionalization 1870-1933 ». *In*: Burrage M. and Torstendahl R. (eds) *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*. London: Sage, 1990, p. 97-113.

[81] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Janvier 2011, hôpital B.

[82] Eveits, Julia, *op. cit.*, 2011, p. 412, traduit de l'anglais.

comptables et l'énergie investie dans la PASS pour la rendre la plus opérationnelle possible a pour objectif principal de prévenir au maximum les dépenses qui pourraient être évitées. Le constat de base est que les patients non couverts génèrent des impayés[83] et sont également un manque à gagner pour l'hôpital. Assurer les patients signifie améliorer leur solvabilité et donc augmenter les recettes de l'hôpital. Ce cercle vertueux peut aussi avoir des effets bénéfiques pour le patient qui acquiert une couverture maladie (mais cela ne se vérifie pas toujours dans la réalité).

Cette correspondance de l'intérêt économique avec l'intérêt général (ici l'intérêt du patient) n'est pas nouvelle et renvoie aux théories économiques néoclassiques d'Adam Smith et de l'*homo-œconomicus*. Appliquée aux services publics et plus particulièrement à l'hôpital, on retrouve le recours à ce type de sophismes néolibéraux dans l'analyse que N. Belorgey fait du *New public management* et plus particulièrement celle qu'il fait de l'injonction à « la réduction du temps d'attente aux urgences »[84]. Cette dernière se justifie d'un triple point de vue : celui des patients, celui des soignants et celui des réformateurs. En annonçant souhaiter améliorer la qualité du service de soin (la réduction du temps d'attente), les réformateurs déguisent en fait une augmentation de la productivité (appelée « performance ») et donc une réduction des coûts des soins. Un autre objectif de ce déguisement se situe dans l'acceptation par les soignants et les patients des logiques des réformes managériales qui apparaissent soudainement comme positives. Comme pour la réduction du temps d'attente aux urgences, l'objectif de l'acquisition d'une couverture sociale séduit parce qu'il est polysémique et que certaines interprétations (qui sont cependant différentes du but original) satisfont les intérêts des uns et des autres. L'acquisition d'une couverture maladie est bonne pour l'hôpital qui augmente ses capacités de facturation et pour le patient qui se protège contre le risque maladie. Mais l'effet de la logique organisationnelle est, comme dans le cas du « temps d'attente aux urgences » pour N. Belorgey, l'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie devient un fait social au sens d'Émile Durkheim[85] : elle est traitée comme une chose ; elle « est devenu[e] une boîte noire dont le caractère construit, conventionnel et relatif, n'est plus si important en regard de ce qu'il permet de faire. Sa fragilité épistémologique est rapidement compensée par une solidité d'ordre pratique »[86]. L'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie constitue une activité qui contribue à redéfinir l'orthodoxie du champ hospitalier en l'orientant vers les normes néo-managériales et à la diffuser.

Ainsi, la principale activité à la PASS de l'hôpital B consiste en l'acquisition le plus rapidement possible et pour le plus grand nombre d'une couverture maladie ou d'une Aide

---

[83] Dans ce cas là les impayés arrivent lorsqu'un patient sans couverture sociale sort après une hospitalisation et ne paye pas la facture. Ces impayés entrent dans la catégorie comptable des « dépenses irrécouvrables », aussi appelés « pertes et profits ».

[84] Belorgey, Nicolas, *op. cit.*, 2010, de la p. 77 à 98 et dans son article Belorgey, Nicolas, « "Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences". Une entreprise de "réforme" d'un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 189, n° 4, 2011, p. 16-33.

[85] Durkheim Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France/Quadrige, 2002 (1893), 149 p.

[86] Belorgey, *op. cit.*, 2010, p. 303.

médicale urgente, car c'est le moyen de rendre des patients non-solvables, solvables. Les « bons PASS » permettent de bloquer les factures temporairement en attendant l'acquisition de la couverture maladie qui rendra possible le paiement des frais engagés auprès de l'hôpital, voire éventuellement de les rembourser rétroactivement. Le premier effet pervers de cette logique par rapport à l'amélioration de l'accès aux droits des patients démunis est d'exclure du dispositif tous ceux qui n'ont aucuns droits potentiels, ceux dont les factures ne pourront être régularisées.

> **J.G.** : « Et il y en a combien (de patients) pour lesquels on va pouvoir avoir des remboursements ? »
> **Corinne Deschamps** : « Ça dépend, tu en as qui aboutissent à une possibilité de facturation, comme ceux qui relèvent des Soins urgents, mais ça n'ouvre pas de couverture sociale au patient. Et tu en as d'autres qui aboutissent à la fois à une possibilité de facturation et une ouverture de droit au patient, c'est ceux qui relèvent de l'Aide médicale. Mais il faut savoir que, à partir du moment où il y a quelque chose qui bloque, on cherche par tous les moyens à débloquer le petit grain de sable qui va faire en sorte que ça ne marche pas. » [...]
> **Corinne Deschamps** : « (À propos de la photo d'identité nécessaire aux dossiers de demandes de couverture maladie) on se dit "peut-être qu'ils vont les ramener ?", et en attendant tu fais quoi ? Tu as 3 000 € (de factures d'hôpital) que tu perds parce que tu n'as pas fait clic sur l'appareil ? Tu ne vas pas perdre 3 000 € parce que tu n'as pas fait une photo ! C'est débile, faudrait être couillon ! (Ils ont donc décidé d'acheter un appareil photo numérique, et de faire des photos d'identité eux-mêmes sur place.) On fait le dossier en direct live ! "Aha nan nan, c'est même pas 'on va voir de...' Ça y est, t' écris, tu prends la photo, tu prends les papiers et hop on envoie le dossier !" »
> **J.G.** : « Mais il faut quand même qu'ils ramènent les preuves des trois mois de présence ? »
> **Corinne Deschamps** : « S'il les a, il les a, s'il les a pas, on attend quinze jours et si il nous les a pas ramenées, on envoie le dossier comme ça. Donc ça veut dire qu'après, soit ça va être éligible au Fond social des soins urgents, et auquel cas ça sera un avis médical, parce que ça ce n'est pas nous qui pouvons décider. Mais en tous les cas les gens de la facturation auront le refus, qui permettra que si le patient se représente dans deux mois par exemple de faire trace de son passage. Et trace pour la Sécu. Donc tu vois, nous on n'est pas très compliqués. Si on n'a pas les trois mois de présence, on envoie le dossier avec marqué dessus "en vue d'un refus au titre des soins urgents et vitaux", après ce n'est pas incomplet, après on part du principe que les soins peuvent être urgents. »[87]

Pour maximiser l'accès aux droits en matière de couverture maladie, Corinne Deschamps a procédé à une rationalisation de l'activité. Cela passe d'abord par l'acquisition d'une connaissance experte sur les différentes possibilités (et de leurs conditions de réalisation) d'obtenir des financements pour l'hôpital : AME, Aide médicale urgente, CMU, demande de remboursements rétroactifs, ACS (Aide à la complémentaire), « Soins urgents et vitaux », etc. Ensuite, les assistantes sociales ont pour consigne de constituer un dossier de demande d'une couverture maladie dès la première entrevue avec le patient. Elles ne doivent pas attendre que les patients ramènent les différentes pièces justificatives, au contraire, elles doivent d'abord rassembler les pièces disponibles : faire une photo d'identité avec l'appareil photo qui a été acheté à cet effet, photocopie d'une pièce d'identité, signature du formulaire d'AME, preuve du passage à l'hôpital. À partir de là, elles auront les pièces nécessaires pour faire une demande de prise en charge au titre des « Soins urgents et vitaux », recourt qui permet à l'hôpital de se faire

[87] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Janvier 2011, hôpital B.

rembourser les dépenses engager pour les soins, mais ne procure pas de couverture maladie au patient sur le moyen ou long terme.

Céline Gabarro, qui a aussi fait des observations à la PASS de l'hôpital B dans le cadre de sa thèse portant sur l'AME et l'accès aux droits en matière de santé chez les sans-papiers[88], montre les différentes stratégies mobilisées par le service de la PASS à cette fin. Aux différents droits auxquels les patients peuvent prétendre correspondent différentes procédures suivies par les assistantes sociales qui visent toutes à obtenir une prise en charge le plus rapidement possible. Si une procédure s'avère trop peu sure ou trop compliquée à mettre en place, l'assistante sociale est incitée à en choisir une autre moins compliquée, plus rapide, même si elle ne correspond pas exactement au profil administratif du patient. Ainsi, les assistantes sociales demandent systématiquement une prise en charge sur le fonds des « Soins urgents et vitaux » lorsque le patient se présente pour la première fois et qu'il n'a pas toutes les pièces nécessaires à la constitution d'un dossier de demande d'AME. C. Gabarro explique que certaines assistantes sociales ne demandent même plus systématiquement toutes les pièces justificatives, mais se contentent de celles nécessaires à l'élaboration d'une demande en « soins urgents » (photocopie d'une pièce d'identité, photo d'identité et signature du formulaire). Dans certains cas observés, les assistantes sociales orientent des patients vers l'AME parce que les démarches ont plus de chances d'être couronnées de succès, alors qu'ils pourraient prétendre à la CMU. Bref, cette logique tournée vers l'acquisition d'une couverture maladie n'est pas pensée en premier lieu pour favoriser l'accès aux soins ou aux droits du patient, mais dans une logique tout d'abord comptable qui vise à favoriser financièrement l'hôpital[89].

Ce modèle d'action correspond bien, comme on le voit dans l'extrait d'entretien cité ci-dessus, à celui de la cadre sociale, Corinne Deschamps. Il correspond également à celui d'une autre supérieure hiérarchiques qui exerce des pressions sur les assistantes sociales. Elles ont régulièrement et de façon impromptue des visites de Pauline Legrand, la responsable de la facturation, qui vient demander des comptes à propos d'une facture impayée contractée par un patient qu'elles ont suivi. Le service financier de l'hôpital B exerce un contrôle et une pression

---

[88] Voir le chapitre 10 de la thèse de Céline Gabarro. « L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière. Quelles légitimités ? Quelles illégitimités ? Etude sur les usages des catégorisations sociales, racisantes et du soupçon dans le traitement des dossiers d'aide médicale d'Etat » (titre provisoire), doctorat de sociologie sous la direction d'Alain Morice, Université Paris Diderot, en cours, soutenance prévue automne 2017.

[89] Ces mésusages des droits des patients par les assistantes sociales sont aussi le résultat de la complexité administrative et des constantes variations et adaptations concernant le droit en matière de santé pour les plus démunis en particuliers et les droits sociaux pour les plus démunis en général, des critères d'accès aux droits différents d'une CPAM à l'autre et des applications du droit qui changent selon les agents des caisses qui ne connaissent pas eux-mêmes les dernières réglementations. Ces éléments compliquent le travail d'accès aux droits en matière de santé pour les assistantes hospitalières et peuvent les amener à mal orienter un patient, soit involontairement, soit intentionnellement dans le but d'augmenter les chances d'accès aux droits ou d'accélérer la procédure. À ce propos voir le chapitre II ; Dubois Vincent, *op. cit.*, 2010 ; Duvoux Nicolas, « L'injonction biographique dans les politiques sociales », *Informations sociales*, n° 6, 2010b, p. 114-122. ; Gabarro Céline, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, 2012, p. 35-56.

sur le travail des assistantes sociales qui doivent régler les problèmes des factures impayées[90]. Ces situations révèlent la pression qui est mise sur les épaules des assistantes sociales afin qu'elles s'inscrivent dans une démarche professionnelle organisationnelle, plutôt que dans celle occupationnelle[91]. Cet angle d'approche conduit entre autres à un désengagement des assistantes sociales qui se désintéressent de ce travail assez éloigné des représentations qu'elles en avaient[92].

> **Corinne Deschamps** : « Tu en as qui font pratiquement de la polyvalence de catégorie (prise en charge sociale globale) pour certains patients, par ce qu'elles trouvent que le secteur ne fait pas bien, parce que le scolaire ceci, etc. Mais il y en a de moins en moins, moi j'ai une équipe assez jeune… »
> **J.G.** : « Il y en a beaucoup qui sont arrivées après ton arrivée ? »
> **Corinne Deschamps** : « La plupart, oui. Elles ont pas eu le choix. De toute façon on leur dit pendant l'entretien d'embauche. Tu en as qui ne veulent pas venir, on leur dit "attendez, vous allez avoir une partie qui est très administrative et très chiante, soit vous voulez, soit vous voulez pas" ».[93]

L'équipe des assistantes sociales est jeune et a été en grande partie renouvelée depuis l'arrivée de Corinne Deschamps, notamment parce que les « vieilles » assistantes sociales refusaient d'adapter leur travail aux exigences de la nouvelle cadre. Pour reprendre la terminologie utilisée par N. Belorgey, les nouvelles assistantes sociales ont été embauchées parmi des « *outsiders* »[94] parce que ce groupe adhère plus facilement aux réformes néo-managériales, alors qu'on a fait en sorte que les anciennes qui faisaient de la résistance aux nouvelles pratiques de travail partent. Corinne Deschamps fait d'ailleurs aussi partie du groupe des *outsiders* (voir notice biographique en annexe). Cet élément appuie l'hypothèse de l'imposition par le haut de ce nouveau modèle professionnel organisationnel.

### 4 - 2 - 2 Les partenariats extra-hospitaliers

La logique financière se retrouve dans d'autres aspects de l'organisation du travail à la PASS et du service social. Le travail en partenariat à l'extérieur de l'hôpital en est également marqué. Un des « grains de sable » dont parle Corinne Deschamps dans l'extrait d'entretien ci-dessus est le problème de la domiciliation. Une condition obligatoire pour pouvoir acquérir une couverture sociale est de détenir une adresse postale. Or de nombreux patients non couverts

---

[90] Gabarro, *op. cit.*

[91] La démarche professionnelle occupationnelle est celle construite par le corps professionnel des assistantes sociales hospitalières dont les pratiques et la conception du travail sont celles du « service social hospitalier », voir chapitre III.

[92] Cet aspect est développé dans le chapitre VI.

[93] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Janvier 2011, hôpital B.

[94] La distinction entre les *outsiders* et les *established* faite par N. Belorgey est reprise de celle faite par N. Elias et J. L. Scotson dans leur ouvrage *Logiques de l'exclusion: enquête sociologique au coeur des problèmes d'une communauté*, Paris, Pocket, 2001. Chez N. Belorgey, les *established* sont ceux qui, à l'hôpital, sont reconnus professionnellement et socialement, installés depuis longtemps, ils disposent des capitaux légitimes traditionnels, alors que les *outsiders* sont ceux qui sont arrivés depuis peu, qui sont moins connus et qui sont en quête de légitimité. Les derniers sont plus sensibles aux réformes managériales, alors que les premiers font plus de résistance. Cf. Belorgey, *op. cit.*, 2010, p. 235 et suiv. et 253 et suiv.

et sans-papiers ne vivent pas officiellement dans leur logement ou ne disposent pas de logement. Les problèmes de logement sont nombreux et ils s'ajoutent aux réticences à déclarer l'hébergement de personnes dont le séjour est irrégulier. Les Centres communaux d'action sociale (CCAS), dont une des missions est de fournir une adresse postale aux personnes sans domicile s'inscrivant sur leur territoire, refusent la plupart du temps de s'exécuter. C'est donc les associations qui sont amenées à pallier ce manque. C'est dans ce contexte-là que la PASS de l'hôpital B a passé un accord avec l'équipe locale de Médecins du Monde pour qu'elle fasse les domiciliations de ses patients. Avant la restructuration de la PASS de l'hôpital B, l'équipe locale de Médecins du Monde était occupée entre autre à faire de l'accès aux droits en matière de santé des patients de l'hôpital B parce que cela n'était pas fait là-bas. Au moment de la restructuration, Corinne Deschamps a signalé la volonté de l'hôpital B de s'occuper de l'accès aux droits des patients de l'hôpital, mais a demandé à Médecins du Monde de continuer à faire les domiciliations parce qu'ils n'étaient pas autorisés à le faire à l'hôpital. C'est encore une situation gagnant-gagnant : l'association qui décriait la PASS de l'hôpital B est satisfaite qu'elle s'occupe de l'accès aux droits et la PASS peut produire davantage de patients couverts en réglant ce problème. Un partenariat a également été engagé avec une autre association, le Comede, qui s'occupe de l'accès aux soins et aux droits en matière de santé des étrangers et qui est spécialisée dans le soutien et le conseil juridique dans ces domaines. Cette association, qui compte des juristes dans ses rangs, fait un travail de veille juridique important concernant l'accès aux droits en matière de santé et l'accès au séjour des étrangers pour raison de santé qu'elle partage avec la PASS de l'hôpital B. Ainsi, les assistantes sociales de la PASS sont au courant des dernières réglementations et peuvent adapter leur accompagnement social en fonction (ce qui permet également d'optimiser la politique d'accès aux droits de la PASS). Grâce à ce partenariat, ils ont également mis en place un formulaire type qui est une déclaration sur l'honneur qui remplace un document attestant l'identité lorsque celui-là manque. Ce document a une valeur légale et peut remplacer une copie d'une pièce d'identité pour une demande de « Soins urgents et vitaux » par exemple.

Un autre partenariat a été engagée entre la PASS et la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) du secteur qui, lui aussi, souligne la logique organisationnelle de la PASS de l'hôpital B. Afin de faciliter et d'accélérer les procédures d'accès à la couverture maladie, l'équipe sociale de l'hôpital B dispose d'un correspondant particulier pour les demandes d'AME et de CMU. Les dossiers apportés en personne chaque semaine (entre 30 et 40) par la responsable du service social, celle du service de facturation ou leur secrétaire sont traités prioritairement et une copie de la réponse est systématiquement envoyée à l'assistante sociale qui suit le dossier du patient ayant fait une demande de couverture maladie. Si un dossier n'aboutit pas (parce qu'incomplet

par exemple), l'assistante sociale est donc informée et a la possibilité de contacter le correspondant à la CPAM pour voir directement avec lui ce qui ne va pas. Cette coopération est très bénéfique pour les patients qui disposent d'un traitement prioritaire dans leur accès à la couverture maladie. Elle est cependant aussi symptomatique d'un phénomène de transfert du travail des CPAM vers les hôpitaux[95].

### 4 - 2 - 3 Une PASS intégrée dans l'hôpital

> **Corinne Deschamps** : « Mais pour dire, la position politique de l'hôpital a été de se dire que le fait de travailler sur la PASS, d'investir sur le service social et d'investir sur l'ouverture de droit des patients, c'est un plus pour l'hôpital. Parce que financièrement, les 80 % des patients qu'on voit, on ouvre une couverture sociale. »[96]

La logique organisationnelle est ancrée de manière plus générale dans l'hôpital. La PASS constitue un des leviers d'action qui s'articule avec d'autres outils installés visant à réduire les dépenses de l'hôpital. Par exemple, la direction a mis en place un « circuit sécurisé des consultations », c'est-à-dire que le système de prise de rendez-vous pour les consultations de médecine externe est construit de telle manière que les patients passent d'abord par la caisse et doivent payer en amont de la consultation. Ce système évite donc les factures impayées (qu'elles soient de patients couverts ou non couverts). Le service de la PASS et le service financier travaillant en étroite collaboration, il a été assez facile d'ajouter à ce « circuit sécurisé » un système de détection des patients sans sécurité sociale. Ainsi, la cadre sociale, Corinne Deschamps, et sa collègue des services financiers ont formé les employés du service de prise de rendez-vous afin qu'elles demandent systématiquement aux patients s'ils ont une couverture maladie. Dans le cas contraire, un rendez-vous avec un médecin est tout de même pris, mais les patients sont orientés vers la PASS pour qu'ils règlent ensemble ce problème

---

[95] Si l'accompagnement dans l'accès aux droits en matière de santé a toujours fait partie des missions officielles des assistantes sociales hospitalières, il ne devait avoir lieu qu'en deuxième ligne, lorsqu'il n'avait pas eu lieu dans une CPAM. D'ailleurs, il était courant que les CPAM aient des antennes dans les hôpitaux dans lesquels les patients pouvaient remplir leur demande de couverture maladie avec un agent qui les accompagnait. Or, les réformes managériales que cette administration a connues ces dernières années (Gabarro, 2012 a et b ; Martin, 2011) ont conduit à la disparition des ces antennes dans les hôpitaux et à une diminution de l'accompagnement des plus précaires dans l'accès à une couverture maladie. Ce désengagement sur ce terrain a donc entraîné un *transfert* du travail des CPAM vers les hôpitaux. Le travail de la PASS de l'hôpital B préfigure dans ce sens une forme de sous-traitance du travail d'accès aux droits en matière de santé des CPAM. L'hôpital se retrouve avec une charge de travail supplémentaire selon un principe de vases communicants (si le travail n'est pas fait dans les CPAM, il est fait dans les hôpitaux où les patients sans couverture maladie se rendent ; il est également fait dans les associations comme Médecins du Monde). Si cela fonctionne à l'hôpital B, cette délégation du travail d'accès à la couverture maladie aux assistantes sociales hospitalières est souvent au désavantage du patient, car les assistantes sociales ne sont pas spécialisées dans ce domaine et ne peuvent leur offrir un accompagnement d'égale qualité à celui qui aurait été fait par des agents administratifs spécialisés dans cette tâche que devraient offrir les CPAM. D'autres part, les réformes managériales hospitalières ont souvent mené à réaliser des économies par une réduction du service social (comme cela a été le cas à l'hôpital A par exemple, voir chapitre suivant). Gabarro, *op. cit.*, 2012 a et b et Martin, Pascal, « 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. 189, n° 4, 2011, p. 34-41.

[96] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Janvier 2011, hôpital B.

avant le passage en caisse le jour de la consultation. Les employés du service de prise de rendez-vous précisent que le passage par le service social est indispensable pour ne pas avoir à payer le plein tarif de la consultation. Si la détection et l'orientation vers les services de la PASS ne fonctionnent pas à ce niveau, le patient sans couverture maladie se confronterait à la barrière de la caisse qui est le passage obligé avant d'aller en consultation. Si le patient ne souhaite pas payer le tarif plein, il sera également orienté par les employés des caisses vers la PASS et n'aura pas accès immédiatement à la consultation médicale. Le même type de circuit a été mis en place pour les hospitalisations avec le service des admissions.

La division du travail s'en trouve changée, un nombre beaucoup plus important d'acteurs est impliqué dans le système de PASS de l'hôpital B. Le personnel d'accueil, celui des caisses et celui des admissions en font partie. Ils doivent détecter les patients sans couverture sociale et les orienter vers les assistantes sociales. Cela signifie que de nombreux employés de l'hôpital connaissent le dispositif PASS et sont, dans une certaine mesure, sensibilisés aux problèmes d'accès aux droits et aux soins de certaines catégories de la population, ce qui est particulier à l'hôpital B (le système de la PASS est en général assez méconnu des autres services, voir chapitre VI). Cela est d'autant plus particulier que c'est le personnel non-médical et non-soignant qui est concerné, alors que les médecins, les infirmières et les aides-soignantes ne sont pas du tout impliqués.

L'intégration de la PASS dans l'hôpital et sa reconnaissance se manifeste également dans la valorisation du service social comme catégorie professionnelle. Comme l'a remarqué Corinne Deschamps dans l'extrait d'entretien ci-dessus : la direction de l'hôpital B a décidé « d'investir dans le service social ». Depuis son arrivée, Corinne Deschamps a réussi à faire engager quatre nouvelles assistantes sociales, faisant monter le nombre d'assistantes sociales à 18 sur l'hôpital. Cette évolution n'est pas le lot commun des services sociaux hospitaliers ; à l'hôpital A, par exemple, le service social a perdu la moitié de ses effectifs ces dernières années (voir chapitre suivant). C'est d'ailleurs la seule situation rencontrée pendant l'enquête de terrain où une telle telle reconnaissance à l'intérieur de l'hôpital de l'utilité du service social a été observée.

Un autre signe du soutien apporté par la direction à la PASS a été observé lors d'une réunion rassemblant pour la première fois toutes les PASS du département et organisée à l'initiative de Corinne Deschamps et du Dr Mégnen, le médecin référent de la PASS. Cette réunion, qui est arrivée à l'aboutissement de la restructuration de la PASS de l'hôpital B, a été généreusement accueillie par l'hôpital qui a mis à sa disposition la grande salle de réunion et a offert le petit-déjeuner. L'ouverture de cette matinée a été faite par la directrice de l'hôpital, le directeur adjoint responsable des recettes et un cadre du service de gestion

administrative des patients (ils sont restés tous les trois tout le temps de la réunion), à cette occasion ils ont rappelé l'attachement de l'hôpital à l'accès aux soins des plus démunis, surtout dans un territoire où ils sont en grand nombre et l'importance d'une prise en compte des spécificités de leur prise en charge, notamment au niveau financier. La présentation s'est terminée en soulignant l'intérêt d'une structuration et d'une coordination des PASS au niveau du département en raison des durcissements des conditions d'accès aux droits[97], présageant une possible coalition des établissements de santé contre les organismes d'assurance maladie.

## 4 - 3 Conclusion partielle

Le cas de la PASS de l'hôpital B met en évidence les conséquences du changement structurel mentionné au début de cette sous-partie (chapitre IV - 4) et dans le chapitre I de la première partie : la mise en avant de la dimension budgétaire et de la dimension managériale a eu pour conséquence de redistribuer les rôles des détenteurs du pouvoir à l'intérieur de l'espace hospitalier au profit des directeurs et des cadres. Ces derniers épousent les nouvelles normes gestionnaires et de rationalisation budgétaire et façonnent l'organisation de l'activité et sa définition en fonction de celles-ci. Le fonctionnement de la PASS de l'hôpital B, chaperonné par la direction et organisé par des cadres de santé, repose sur l'appropriation par une catégorie professionnelle d'une logique organisationnelle s'accordant avec la conception gestionnaire et budgétaire du soin de la nouvelle gouvernance hospitalière. Le dispositif est considéré comme permettant à l'hôpital de faire des économies (objectif principal) tout en donnant la possibilité à tous d'accéder aux soins (objectif second)[98]. Une articulation a ainsi été trouvée pour accorder les impératifs budgétaires de l'hôpital et l'exigence d'accessibilité du soin à tous, réaffirmée comme mission de l'hôpital public par la loi de 1998. Mais cela se fait aux dépens d'une partie des conceptions et pratiques du soin de la précarité. Le « professionalisme organisationnel »[99] oriente l'activité en fonction des intérêt de l'organisation et non des patients. Dans le cas des PASS, il limite l'accès aux soins de certains (ceux qui n'ont pas de droits potentiels, par exemple) et réduit au minimum leur prise en charge médicale, n'offrant aucune prise en charge en médecine générale. L'ordre social s'en trouve changé, l'orientation de l'évolution de la structure est davantage rationalisée. Le « *ciment symbolique* grâce auquel (...) l'organisation se maintient », « le

[97] C'est en effet dans le contexte du projet de réforme de l'AME afin de la rendre payante (qui a abouti à un droit d'entrée de 30 euros en mars 2011, abrogé un an plus tard à l'arrivée du gouvernement socialiste) que cette réunion a eu lieu.

[98] On peut aussi parler de but officiel et de but effectif (cf. note de bas de page n°46 de chapitre, partie 2 - 2).

[99] Evetts, Julia, « New Professionalism and New Public Management: changes and continuities », in Bezes, Philippe, Didier Demazière, Thomas Le Bianic, Catherine Paradeise, Romuald Normand, Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru et Julia Evetts, « New Public Management et professions dans l'État: au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, vol. 53, n° 3, Juillet 2011, p. 293-348 (p. 334-340).

mandat généralisé sous lequel l'hôpital [ici la PASS] peut fonctionner – l'oriflamme commune sous laquelle tous peuvent travailler de concert »[100] est ici l'objectif budgétaire de l'hôpital. Ce fil rouge organise et rationalise une très grande part de l'activité de la PASS et les narrativités qui s'y rapportent. Il préfigure une nouvelle forme — organisationnelle — que prend le soin de la précarité à l'hôpital.

La place de la catégorie des cadres de santé a évolué avec la généralisation de la logique gestionnaire à l'hôpital et cela modifie profondément l'angle d'approche par lequel le soin se conçoit et se pratique.[101] Ces acteurs intermédiaires, lorsqu'ils sont « convertis » aux réformes néo-managériales[102], « se préoccupent de productivité plutôt que de qualité, d'efficience plutôt que d'efficacité, d'inciter les soignants à une plus grande productivité — de les "responsabiliser" — plutôt que d'examiner les effets de cette démarche sur les patients ».[103] Ces acteurs ne sont pas issus de l'espace du soin de la précarité, ils sont, au contraire, nouveaux à l'hôpital. Ces *outsiders* apportent un modèle professionnel organisationnel en adoptant les nouvelles normes gestionnaires et comptables et en les appliquant au capital de soin. Ils font ainsi de ces normes une nouvelle source de légitimité à l'intérieur de la structure hospitalière. Celles-ci se révèlent très avantageuses pour eux car ils sont les seuls à les maîtriser. Cependant, il faut préciser que tous les intermédiaires (que ce soient les directeurs d'hôpital ou les cadres), ne sont pas convertis aux réformes néo-managériales, loin s'en faut. Nombre d'entre eux, notamment ceux qui font partie des *established*, les subissent tout autant que leurs collègues soignants, d'autres se caractérisent par une certaine ambivalence entre une adhésion à ces normes-là et une adhésion à celles du soin de la précarité traditionnelles (voir la notice biographique de Christiane Allée en annexe 2 - 7). De la même manière, on retrouve parmi les soignants des émissaires de ces réformes (comme on le verra au chapitre VI).

[100] Strauss, 1992, *op. cit.*, p. 95.
[101] Divay et Gadea, *op. cit.*, 2008, voir notamment p. 677-678.
[102] Belorgey, *op. cit.*, 2010.
[103] Belorgey, *ibid.*, p. 304.

## CONCLUSION

Si la PASS de l'hôpital B est assez critiquée, ces critiques proviennent avant tout de médecins de PASS qui fonctionnent dans une logique professionnelle occupationnelle plus traditionnelle. L'adoption des pratiques managériales de manière trop assumée est mal perçue par ces acteurs, mais c'est surtout la mise à l'écart de la prise en charge médicale qui n'est pas acceptée. On peut bien sûr faire l'hypothèse que les médecins *established* se sentent menacés par une PASS qui fonctionne sans médecins. Cette hypothèse semble être renforcée par le fait que la PASS de l'hôpital B a une bonne réputation au sein de l'espace du soin de la précarité associatif et humanitaire. Les associations Médecins du Monde et Comede, toutes deux dominantes et légitimes dans cet espace, louent l'efficacité, la transparence et l'opérationnalité de la PASS de l'hôpital B, même si elles peuvent regretter parallèlement une prise en charge plus en accord avec les conceptions et pratiques du soin de l'espace du soin de la précarité (notamment l'absence de consultations de médecine générale). Cet enthousiasme des associations pour la PASS de l'hôpital B s'explique en partie par le contexte général des PASS : nombreuses sont en effet celles qui dysfonctionnent et n'arrivent pas toujours à garantir un accès aux soins à tous les patients qui en ont besoin, soit parce qu'elles sont isolées dans l'hôpital et mises en difficulté (voir chapitre suivant), soit parce que l'accès au dispositif PASS est restreint à cause de la (mauvaise) volonté de l'assistante sociale de la PASS (voir chapitre VII dans la troisième partie). Ainsi, face à des dysfonctionnements importants et répétés qui gênent l'accès à de nombreuses PASS, les associations prennent en exemple la PASS de l'hôpital B dont le dispositif est bien intégré dans l'hôpital et dispose d'un protocole clair aux critères objectifs.

Nous avons dégagé trois principaux modèles guidant l'action et façonnant l'organisation dans les PASS. Le modèle professionnel engagé, dont l'idéal-type est la PASS René Barthe à ses débuts, correspond à un fort ancrage dans l'espace du soin de la précarité dont il adopte les pratiques et la conception du soin. Le modèle professionnel traditionnel est faiblement ancré dans l'espace du soin de la précarité et se personnalise autour de médecins faisant une carrière hospitalière. Il engendre les PASS fantôme. Enfin, le modèle professionnel organisationnel épouse les nouvelles normes gestionnaires et néo-managériales.

La raison pour laquelle les normes néo-managériales se retrouvent de façon idéal-typique à l'hôpital B est à relier aux effets de contexte : l'hôpital B est un hôpital général, qui ne fait pas partie de l'AP-HP. De plus, il n'y a pas dans cet hôpital d'ancrage historique fort de la PASS (et donc pas non plus d'ancrage dans l'espace du soin de la précarité). Enfin, l'organisation transversale écarte d'emblée le pôle médical et, avec lui, les logiques professionnelles

traditionnelles (plus résistantes aux changements et à l'arrivée des normes néo-managériales). Ces éléments font que la PASS de l'hôpital B a constitué un terrain favorable pour l'implantation des réformes néo-managériales.

Au contraire, dans les hôpitaux qui ont une longue tradition d'accueil des populations démunies et une identification forte aux valeurs de service public et d'intérêt général —comme à l'hôpital A, par exemple —, il est moins probable que ces réformes s'installent facilement, mais davantage probable d'y trouver un terrain favorable à l'installation d'une PASS ancrée dans l'espace du soin de la précarité et des acteurs issus à la fois de cet espace et de l'espace hospitalier. De même, dans les hôpitaux où les logiques de la profession médicale traditionnelles sont très dominantes, il est probable d'y trouver une PASS fantôme ou une PASS « opportuniste » (voir le cas de la PASS fantôme de l'hôpital M dans le chapitre précédent, encadrés n° 5 et 6).

La PASS est un dispositif utilisé par des acteurs aux intérêts qui diffèrent selon leur trajectoire biographique. Lorsque ces acteurs sont issus de l'espace du soin de la précarité, les objectifs de la PASS tournent autour des patients : prise en charge globale des patients, accès aux droits en matière de santé, accès à la citoyenneté, accès aux soins et aux médicaments. Lorsque ceux-ci sont issus de l'espace hospitalier et qu'ils adoptent des logiques professionnelles traditionnelles, ils vont soit instrumentaliser la PASS pour augmenter leurs capitaux spécifiques dans l'hôpital (moyens financiers en plus pour un service, davantage de personnel, de locaux, etc.), soit tenter de rendre son activité valorisable dans cette structure sociale (par la rédaction d'articles scientifiques, par exemple). Enfin, lorsque ce dispositif est utilisé par des convertis aux réformes néo-managériales dans un modèle professionnel organisationnel, son activité est principalement tournée vers l'objectif de réduire les dépenses de l'hôpital ou d'en augmenter les recettes. Le rôle et les intérêts des directeurs d'hôpital et ceux des médecins représentants des PASS sont déterminants pour expliquer l'origine de ces différences d'orientation, tout comme les effets du contexte local (l'histoire de l'hôpital, sa taille, sa forme, la présence ou non d'une tradition d'accueil des plus démunis, l'ancrage dans le territoire, etc.) et certains acteurs extérieurs comme les associations et les tutelles.

L'apparition du modèle professionnel organisationnel intègre des pratiques néo-managériales dans les PASS à partir des années 2000. Cela fait suite aux réformes initiées par le monde politique dès les années 1960 ayant mené à la nouvelle gouvernance hospitalière, caractérisée par le NPM et la focalisation budgétaire. La tendance à l'éloignement par rapport aux normes de l'espace du soin de la précarité depuis le début des années 2000, observée chez les acteurs des PASS, s'explique par la tendance expansionniste des normes managériales dans l'espace hospitalier (qui se concrétise, par exemple, dans le recrutement par les directeurs d'hôpitaux des responsables des PASS parmi les *outsiders* convertis aux réformes néo-

managériales). Cette tendance observée dans certaines PASS confirme la perte relative d'autonomie et de pouvoir des médecins au sein de l'institution hospitalière par rapport à la montée en puissance des intermédiaires (cadres et directeurs d'hôpital) gestionnaires et porteurs des réformes néo-managériales.

La séparation entre ces trois modèles — modèle professionnel traditionnel, modèle professionnel engagé et modèle néo-managérial (ou modèle professionnel organisationnel) — présentée dans ce chapitre a été construite de manière idéal-typique. En réalité, ces modèles ne s'y retrouvent pas tels quels, au contraire, ils se mélangent, se transforment, s'adaptent : ils sont dynamiques. Nous verrons, dans le prochain chapitre, les luttes qui existent entre les différents acteurs sus-cités et les stratégies qui y sont associées pour orienter la structure vers le modèle souhaité.

# CHAPITRE V — LES PASS DANS LA TOURMENTE DE L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE

## INTRODUCTION

> « L'objectif d'assurer à chacun et sans discrimination l'accès à la médecine peut ainsi rencontrer différents obstacles, mais il constitue le principe général auquel les acteurs (...) ont appris à se référer. C'est en se recentrant sur le devoir de soigner qu'ils tentent de dépasser - et y parviennent généralement - leurs réticences. [...] Les questionnements quant à l'accueil de malades non solvables, marginaux ou agressifs trouvent en fait une réponse commune dans la référence aux valeurs médicales »[1].

Dans son étude sur les centres de soins gratuits, Isabelle Parizot distingue les Permanences d'accès aux soins de santé des dispensaires associatifs (du type de ceux de Médecins du Monde) en modélisant deux univers symboliques guidant l'action. L'action s'inscrirait dans un « univers symbolique médical » dans les premières et dans un « univers symbolique humanitaire » dans les seconds. Dans cette citation, l'auteur explique que dans « l'univers symbolique médical » — et donc dans les PASS — ce sont les « valeurs médicales » qui ordonnent les « expériences vécues, les rapports sociaux et les identités liés à l'assistance médicale »[2]. Or, comme nous l'avons vu dans les deux chapitres précédents, les PASS et leurs professionnels se caractérisent par une diversité reflétant leur appartenance à différents espaces à l'intérieur du champ médical. À chacun de ces espaces correspondent des normes particulières, une conception et des pratiques du soin qui leur sont propres, des objectifs spécifiques, etc. Ainsi, il n'est pas concevable de conceptualiser les pratiques de soin à la PASS comme suivant une logique unique, celle du monde médical (et donc favorisant systématiquement le soin).

La coexistence de différents espaces à l'intérieur de l'hôpital est le résultat de la pluralité des fonctions et des missions de l'institution. L'hôpital n'est pas seulement un lieu de soin, il est tout en même temps « hôpital-entreprise », « hôpital-hospitalité », « hôpital-professionnel »,

---

[1] Parizot, Isabelle, *Soigner les exclus: identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social », 2003, 296 p. (p. 162).

[2] *Ibid*. p. 14.

« hôpital-universitaire », etc. Ces différents ensembles cohabitent à l'intérieur de l'espace hospitalier et tendent à imposer des normes et des pratiques qui sont parfois contradictoires.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que les variations organisationnelles entre les PASS correspondent à différents profils d'acteurs. Ces derniers s'inscrivent dans des logiques professionnelles différentes (logique engagée, logique de la profession médicale traditionnelle ou organisationnelle). Ainsi, on peut dire que l'espace du soin de la précarité, lorsqu'il entre dans le champ hospitalier, se confronte à deux modèles organisationnels dominants : celui du *New Public Management* (NPM, agencé autour des normes néo-managériales et budgétaires) et celui de la spécialisation (agencé autour des spécialités médicales). Le second s'inscrit à l'hôpital depuis le XIXe siècle (il est défendu par la profession médicale dont elle tire son autonomie et sa hiérarchie interne)[3], elle s'organise en spécialité, elle est hiérarchisée, etc. (voir introduction de la partie II et chapitre précédent). De l'autre côté, l'organisation professionnelle est concurrencée par la logique organisationnelle qui tend à la remplacer par une organisation inspirée du *new public management* (NPM)[4]. Comme l'a montré Nicolas Belorgey, les réformes néo-managériales ne s'imposent pas de manière uniforme à l'hôpital et elles passent par des acteurs spécifiques (ceux qu'il appelle les « réformateurs » et les « convertis »)[5]. C'est aussi ce que nous avons constaté dans le chapitre précédent avec l'analyse de l'organisation de PASS de l'hôpital B.

Dans le chapitre précédent, nous avons étudié les effets de ces modèles organisationnels au travers des acteurs à l'intérieur de la PASS. Dans ce chapitre, nous souhaitons nous pencher sur les effets qu'ils ont lorsqu'ils agissent à l'extérieur de la PASS. Quelles sont les répercussions de ces deux modèles organisationnels dominants dans l'institution hospitalière sur les PASS ? Les pratiques et la conception du soin de la précarité peuvent-ils s'insérer à l'intérieur de ces deux modèles ? Nous verrons dans ce chapitre que ces deux modèles organisationnels façonnent un

---

[3] Voir Jaisson, Marie, « La mort aurait-elle mauvais genre? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, n° 3, 2002a, p. 44-52. ; Herzlich, Claudine, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 41-59 ; Pinell, Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 156-157, n° 1, 2005, p. 4-36.

[4] Pour rappel, le NPM peut être défini comme un « puzzle doctrinal » « qui promeut de nouvelles manières de penser l'organisation administrative à partir d'un ensemble hétérogène d'axiomes tirés de théories économiques, de prescriptions issues de savoirs de management, de descriptions de pratiques expérimentées dans des réformes (notamment dans les pays anglosaxons) et de systématisations produites par des organismes comme l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). » Il a cinq principes d'organisation qui se déclinent en différentes mesures : « : la séparation entre les fonctions de stratégie, de pilotage et de contrôle et les fonctions opérationnelles de mise en œuvre et d'exécution ; la fragmentation des bureaucraties verticales par création d'unités administratives autonomes (des agences), par décentralisation ou par empowerment de groupes d'usagers ; le recours systématique aux mécanismes de marché (concurrence entre acteurs publics et avec le secteur privé, individualisation des incitations, externalisation de l'offre) ; la transformation de la structure hiérarchique de l'administration en renforçant les responsabilités et l'autonomie des échelons en charge de la mise en œuvre de l'action de l'État ; la mise en place d'une gestion par les résultats fondée sur la réalisation d'objectifs, la mesure et l'évaluation des performances et de nouvelles formes de contrôle dans le cadre de programmes de contractualisation. ». Bezes Philippe, Demazière Didier, Le Bianic Thomas, Paradeise Catherine, Normand Romuald, Benamouzig Daniel, Pierru Frédéric et Evetts Julia, « New Public Management et professions dans l'État: au-delà des oppositions, quelles recompositions? », *Sociologie du Travail*, vol. 53, n° 3, Juillet 2011, p. 295 (p. 295)

[5] Belorgey, Nicolas, *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte, 2010, p. 226.

cadre défavorable, voire délétère, pour les PASS en général et *a fortiori* pour l'espace du soin de la précarité.

Pour répondre à ces questions, nous verrons tout d'abord en quoi ces deux modèles organisationnels imposent des outils et des normes autour de l'activité qui sont désavantageux pour les PASS. Nous verrons notamment les outils de mesure de l'activité et le système de facturation. Enfin, nous présenterons trois exemples de Permanences confrontées à des logiques dominantes du champ hospitalier.

## 1 UN CONTEXTE GÉNÉRAL PEU PROPICE AUX PASS

Nombreux sont les signes qui montrent que les normes du soin de la précarité sont mises dans une position de faiblesse par d'autres ensembles normatifs de l'hôpital public moderne. On peut observer à cet égard deux tendances principales.

D'une part, les processus de spécialisation, qui ont traversé l'histoire de l'hôpital et de la médecine et qui sont liés aux évolutions techniques et aux luttes de légitimité des différents groupes en présence, ont largement influencé et façonné l'organisation des soins et l'espace hospitalier en séparant les parties du corps et les organes dans la division du travail médical[6]. L'évolution de la structure de l'hôpital privilégie certaines spécialités techniques et s'adapte mal à d'autres moins légitimes, au rang desquelles figurent les activités de médecine générale, ou les jeunes spécialités. Dans cette configuration, le soin de la précarité incarné par les PASS s'insère avec difficulté. Preuves en sont les diverses places subalternes dans l'organigramme qu'on lui réserve : la structure est tantôt rattachée au service des urgences (30,6 %), au service social (26,5 %) ou même à plusieurs services (12,8 %). Celles qui disposent d'un statut d'unité fonctionnelle — c'est-à-dire qui ont une existence à part entière inscrite dans l'organigramme — sont rares (15,5 %)[7]. La place subordonnée à l'intérieur de ces sous-ensembles explique, par exemple, que la PASS est parfois détournée dans des logiques professionnelles, servant les intérêts de médecins, chefs de services ou de pôle, souhaitant assoir leur position dans la structure hospitalière (voir les cas des PASS « opportunistes » et de la PASS « fantôme » de l'hôpital M dans les chapitres précédents). Nous en verrons deux autres exemples dans ce chapitre.

D'autre part, l'évolution de l'institution hospitalière sur la période récente a abouti à la nouvelle gouvernance introduisant les outils du *new public management* (NPM) dans un contexte

[6] Pinell, *op. cit.*, 2005.

[7] Les chiffres entre parenthèses proviennent de l'enquête sur les PASS de 2003, Fabre, Catherine, Vincent Baudot, Sibylle Toulemonde et Santé Gres Médiation, « Évaluation des permanences d'accès aux soins de Santé », 2003.

de budget restreint. Ses outils et ses principes d'organisation se sont insinués dans tous les interstices de l'organisation hospitalière, et en premier lieu dans l'organisation du financement. Le mode de financement des PASS à travers les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) — qui financent toute la dimension « service public » de l'institution — fait ressortir la place dominée dans la structure hospitalière en ce qu'il s'oppose au mode de financement dominant et légitime de la Tarification à l'activité (T2A, qui a été l'une des réformes néo-managériales phares de la « nouvelle gouvernance hospitalière » des années 2000). Le mode de financement des MIGAC a une tendance à l'illégitimité, ce qu'on retrouve dans les propos des deux employés de l'ARS A lorsqu'ils disent que les MIGAC s'apparentent à de la « subvention » (première sous-partie du chapitre III). Les logiques de concurrence et de course à la productivité et à la rentabilité portées par le NPM, associées au contexte de restrictions budgétaires dans le domaine de la santé, conduisent logiquement au détournement et à l'instrumentalisation des financements des PASS afin de rester concurrentiel dans d'autres domaines jugés plus prioritaires ou plus légitimes, voire nécessaires à la survie économique de l'hôpital, créant ainsi des PASS fantômes. Mais ce n'est pas tout ce que ce contexte produit sur les PASS. Les contraintes budgétaires imposent régulièrement une organisation de l'activité centrée, soit sur la réalisation d'économies, soit sur des actes rémunérateurs.

Ce sont principalement ces deux modèles organisationnels dominants (néo-managérial et spécialisation) qui engendrent les conditions d'un contexte général peu propice pour les PASS. Cette première sous-partie s'articule autour de certains objets particuliers qui sont apparus pendant l'enquête de terrain comme étant particulièrement révélateurs de ce dernier et permettant d'en illustrer les mécanismes de fonctionnement.

## 1 - 1 La mesure de l'activité et la pénétration des logiques du New Public Management à l'hôpital

La mesure de l'activité est un objet d'étude intéressant à deux égards au moins. D'une part, la nature des outils mis en place et l'activité qu'ils permettent de mesurer (et ce qu'ils ne permettent pas de mesurer) révèlent un certain état des rapports de pouvoirs qui avantage les espaces et les logiques dominants à l'hôpital et donc des pratiques légitimes du capital dominant. D'autre part, la généralisation de l'utilisation de cet objet dans les activités de soin quelles qu'elles soient montre le fort degré de pénétration du nouveau modèle d'organisation des activités de soin. Comme on l'a vu dans les chapitres précédents, la question de la mesure de l'activité est sensible dans les PASS. Elle fait ressortir des intérêts divergents selon les acteurs. L'Agence régional de santé (ARS) incite les directions hospitalières à mesurer l'activité des PASS

afin qu'elle puisse ajuster le montant du financement de la Mission d'intérêt général (MIG), alors même que ce financement par enveloppe a été conçu pour qu'il ne fluctue pas selon l'activité. C'est ce qu'exprime Gilbert Herault, employé de l'ARS A en charge du suivi des MIG :

> **Gilbert Herault** : « Ensuite comme on le sait, la T2A, c'est construit sur le volume d'activité, voilà, ce genre de choses. Et à côté de ça, on a construit une enveloppe ad hoc (MIGAC), considérant que cette enveloppe ne pouvait pas, je dirais, subir les fluctuations de l'activité. D'une part parce qu'il n'y avait pas encore de moyens de suivre l'activité, de faire fluctuer le financement, en tant que tel. Que la question même de l'activité ne pouvait pas être valorisée en l'état. De l'autre, parce que considérée comme mission d'intérêt général, il fallait forcément une base minimum de fonctionnement pour que cette mission soit constamment assurée. [...] Chacune de ces missions répond ensuite en amont, pour certaines en tout cas, à l'obligation d'être reconnue comme étant des missions de service public. »[8]

De leur côté, les défenseurs de l'espace du soin de la précarité souhaitent pouvoir rendre compte de leur activité de telle façon que les pratiques du soin de la précarité soient mises en valeur dans le champ hospitalier, ce qui est difficile dans le système actuel dominé par la T2A. C'est dans ce sens que va la critique du Dr Rabuteau, responsable d'une PASS parisienne, dans l'extrait d'entretien ci-dessous :

> **Émeline Rabuteau** : « Mais si nous faisons faire des économies à la Sécurité sociale, le paradoxe est que nous ne rapportons pas à l'hôpital. La rentabilité imposée par la tarification à l'acte (T2A) nous exclut du système. »[9]

Les opposants à la « nouvelle gouvernance hospitalière » et, parmi eux, les défenseurs du soin de la précarité reprochent à l'hôpital moderne et à la prédominance des normes comptables et managériales les biais qui existent dans la mesure et la valorisation des activités, dont une partie ne serait pas prise en compte — celles prétendument non rentables. Cela transparaît, selon eux, dans la mesure qui est faite de l'activité hospitalière et dans les outils mis en place à cette fin. La T2A, les DMSI, les Groupes homogènes de patients et de séjours, la durée moyenne de séjour, constituent les principaux outils utilisés pour rendre compte de l'activité hospitalière aujourd'hui[10]. Cependant, ils ne le feraient ni objectivement ni exhaustivement car ce n'est pas dans ce but qu'ils ont été construits.

À l'origine, tous les outils cités ont été construits et introduits à l'hôpital afin de créer un marché virtuel de l'offre et de la demande des services hospitaliers en France. Ce sont des outils comptables dont le but est d'homogénéiser les activités hospitalières et de les répartir dans de grandes catégories afin de pouvoir les mesurer, les coder et les comparer dans une logique

---

[8] Extrait d'entretien avec le chargé du suivi et du financement des Missions d'Intérêt Général (MIG) à l'ARS A, octobre 2012.

[9] Emeline Rabuteau, médecin à la consultation de la PASS de l'hôpital H, à l'occasion du Colloque national des PASS, vendredi 20 mai 2011.

[10] Ce ne sont pas les seuls, de nombreux autres outils ont été construits dans le cadre du NPM dans le domaine de la santé afin de mesurer l'activité médicale et d'en maîtriser les dépenses. Voir l'exemple des Références médicales opposables (RMO). Ogien, Albert, « Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 1 Décembre 2001, p. 51-57.

de mise en concurrence et de performance. Ils laissent donc de côté de nombreuses activités hospitalières, donc celles financées par les MIGAC, qui ne rentrent pas dans ces cases et ne sont donc pas mesurables à l'aide des outils standardisés (comme l'évoquent Gilbert Herault et Émeline Rabuteau plus haut). C'est le cas de l'activité de la PASS que les outils disponibles ne permettent pas de mesurer de manière satisfaisante ou de valoriser. Comme on l'a vu au chapitre III, la mesure de l'activité est avant tout réalisée pour obtenir le financement de la MIG PASS. Ainsi, dans de nombreuses PASS, c'est dans cet unique objectif que l'activité est mesurée et seuls quelques éléments le sont (nombre de patients vus, nombre de nouveaux patients, etc.).

Ainsi, lors d'une réunion avec la direction de l'hôpital, les professionnels de la PASS René Barthe expliquaient que les services prodigués ne consistent que rarement en des actes médicaux dénombrables ; il est compliqué de mesurer le travail social et même l'activité des médecins généralistes. La prise en charge médico-sociale des patients précaires est souvent lente et multiforme. Ils ajoutent qu'on ne peut pas transformer en langage administratif ou comptable le temps consacré à la discussion, à l'information, à l'écoute, au conseil, etc., alors même que ces éléments constituent une part importante du travail réalisé. L'aboutissement d'un dossier d'AME par exemple peut prendre plusieurs mois et nécessiter plusieurs rendez-vous avec l'assistante sociale. Dans ce temps-là et parallèlement à la procédure administrative, le contact et la confiance qui s'établissent font aussi partie de l'activité d'insertion dans le système de santé. Or, il n'existe pas d'outil pour mesurer ces activités-là. C'est pour cela que les acteurs des PASS ont à plusieurs reprises créer leurs propres outils de mesure de l'activité.

### 1 - 1 - 1 Des mesures de l'activité alternatives révélatrices de la pénétration des logiques du New Public Management à l'hôpital

Dans le cadre d'une collaboration entre la PASS de l'hôpital E (CHU d'une ville moyenne de province) et la CPAM de la ville, une enquête a été réalisée sur la réintégration des patients de la PASS dans le système de soins de droit commun[11]. À cette occasion, un logiciel a été mis en place qui permet de mesurer l'activité de la PASS dans ses différents aspects, notamment le retour des patients vers le droit commun. L'assistant social de la PASS de l'hôpital E, Nicolas Favry, nous expliquait non sans fierté ses différentes fonctionnalités :

> **Nicolas Favry** : « C'est la CPAM qui nous l'a créé (le logiciel), les informaticiens de la CPAM. On a passé une convention avec eux, à un moment donné, parce qu'on a fait une étude justement sur la réintégration dans le droit commun des patients et ils ont bien voulu jouer le jeu et ils nous ont mis à disposition un informaticien, je sais plus combien d'heures. Et on a bâti ce truc là, qui est vachement pratique parce que si aujourd'hui tu me demandes l'activité de la PASS… » (Nicolas Favry regarde son

[11] Cette étude est disponible sur internet, l'adresse est mentionnée en bibliographie à l'entrée « Enquête CPAM » dans la liste des sites internet.

ordinateur, il regarde dans l'onglet "statistiques générales", tape "du 1er janvier 2012 au 14 mars 2012". À l'écran apparaissent toutes les statistiques : 219 nouveaux patients, 36 ont quitté le dispositif (réintégration dans le droit commun), 300 consultations médicales ont été réalisées. Les statistiques des consultations sociales y sont aussi, les consultations infirmières également ; et puis il y a tout le profil des patients : sexe, âge, situation familiale, situation socioéconomique…).[12]

L'enquête locale menée en 2005 se réfère dans son introduction au rapport Lebas de 2000 et à la mission « de repérage de personnes en difficultés, de prise en charge ambulatoire sans délai, de récupération des droits sociaux, et **comme objectif la réintégration au plus tôt dans le système de soins de droit commun** »[13], qui y est mentionnée. La référence explicite aux textes de loi et rapports tend à prendre le contre-pied des logiques de mesure comptable. Grâce à un logiciel informatique créé sur mesure, les professionnels de la PASS de l'hôpital E aspirent à mesurer des activités qui correspondent aux objectifs définis officiellement et qui ont été établis en collaboration avec les acteurs de l'espace du soin de la précarité. L'activité de la PASS n'est plus seulement mesurée en vue d'obtenir un financement le plus important possible, mais afin de mesurer l'efficacité du dispositif en termes d'intégration des patients dans le système de santé (notamment à travers l'activité d'accès aux droits en matière de couverture maladie). Comme on peut le lire dans l'extrait d'entretien ci-dessus, ce logiciel programmé sur mesure permet de compiler les informations de manière pluridisciplinaire (soignantes, médicales et sociales, et bientôt dentaires) et de rendre compte d'éléments ou d'objectifs propres à la PASS (retour vers le droit commun, situation sociale du patient, etc.).

On retrouve le même type de démarche dans le projet mis en place par le coordinateur des PASS de la région B (petite région qui compte 12 PASS, dont près de la moitié en milieu rural). Le coordinateur, Paul Demange, a été embauché dans le cadre des PASS à vocation régionale que nous avons évoquées au chapitre III. Ces dernières sont en général incarnées par un coordinateur et ont pour rôle de coordonner des PASS sur le territoire, de mettre en œuvre les bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation préconisées par l'ARS (et *a fortiori* par le ministère et ses circulaires) et de veiller à l'effectivité du maillage territorial en termes d'accès aux soins. C'est dans ce cadre que Paul Demange a été embauché avec pour mission de créer un outil de recueil des données de l'activité quantitative et qualitative des PASS sur la région. L'outil construit est un tableau Excel à plusieurs onglets. Chaque type de professionnel (assistante sociale, médecin, infirmière, diététicien, psychologue) a un onglet dans lequel on peut recenser les différents types d'actions réalisées et décrire les patients. Comme celui de la PASS de l'hôpital E, il permet de rendre compte de l'activité de manière qualitative, quantitative et de

[12] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistant social d'une PASS d'un CHU d'une ville moyenne de province. Mars 2012, hôpital E.

[13] Lebas, Jacques, « Rapport mission pass: permanences d'accès aux soins. » Mai 2000, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000., cité dans l'enquête, mis en gras par les auteurs de l'enquête.

manière pluridisciplinaire. Cet outil étant commun à toutes les PASS de la région, il introduit également une uniformisation et standardisation de la mesure de l'activité au niveau régional qui permettent de comparer l'activité selon des critères qui ne sont pas ceux provenant des courants organisationnels dominants (en particulier celui du NPM). Au contraire, ce sont des critères internes à l'espace du soin de la précarité. Les références aux normes de l'espace du soin de la précarité sont présentes dans l'introduction du rapport d'activité régionale de l'année 2012 rédigé par Paul Demange à travers la mention des textes de loi relatifs à la PASS et de la loi HPST de 2009 (qui rappelle la mission hospitalière de lutte contre les exclusions)[14]. Il est même fait référence au guide des bonnes pratiques émis par la DHOS en 2008 qui est très centré sur l'évaluation du dispositif PASS (dans l'esprit du NPM)[15]. Paul Demange précise en introduction :

> « la remontée d'activité et son évaluation sont des enjeux importants en matière de reconnaissance, de faire valoir, de dynamisation des structures et du travail des professionnels. Elle a pour objectif de mesurer l'adéquation entre les moyens et l'activité, de vérifier la bonne coordination des PASS au sein de leur environnement social et sanitaire, d'évaluer les besoins en matière de maillage territorial et d'évaluer les évolutions pour adapter au mieux les réponses. »[16]

La mesure de l'activité est, de manière générale, un sujet de préoccupation central des professionnels soucieux de défendre l'activité des PASS. Elle est utilisée comme un moyen de légitimation à l'intérieur de l'institution hospitalière.

Il n'existe pas d'outil de mesure de l'activité qui soit objectif, au contraire, celui-ci, selon les activités qu'il permet de mesurer, vise à légitimer et à valoriser certaines activités afin d'orienter le capital spécifique et de l'adapter à tel ou tel ensemble normatif. C'est un outil malléable, mais à quel point ? Cette utilisation volontariste de l'outil de la mesure de l'activité est loin d'être anodine car elle révèle en fait une pénétration de la logique néo-managériale dans l'organisation des soins. La mesure de l'activité et la construction d'indicateur sont des activités qui ont été fortement développées par le *New Public Management* (NPM)[17]. La « mise en place d'une gestion par les résultats fondée sur la réalisation d'objectifs, la mesure et l'évaluation des performances et de nouvelles formes de contrôle dans le cadre de programmes de contractualisation »[18] est un de ses principes d'organisation. La volonté des acteurs des PASS de développer leurs propres outils de mesure de l'activité, si elle souligne le souci de gagner davantage de légitimité dans la structure hospitalière, n'en est pas moins un signe de la pénétration des logiques néo-

[14] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
[15] DHOS, Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS. Recommandations et indicateurs, 2008.
[16] Introduction du rapport d'activité régional de 'Région B', 2012, p. 6.
[17] Bezes, Philippe, « État, experts et savoirs néo-managériaux: Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 193, n° 3, 2012, p. 16-37.
[18] Bezes, *et al.* 2011, p. 295.

managériales dans l'organisation même du travail. Elle montre l'intériorisation des « règles du jeu » à l'intérieur de ce rapport de forces précis. Preuve en est la référence que Paul Demange fait au document rédigé par la DHOS en 2008 qui reprend clairement la terminologie et la logique du NPM : indicateurs de moyens et de mise en œuvre, objectifs, mesurer l'efficacité, inscrire la PASS dans des démarches qualité, etc.

Dans la même logique, mais en allant sur le terrain de la division du travail, l'étude médicale EvaPASS réalisée dans huit PASS dédiées parisiennes (voir l'analyse des données statistiques sur les patients des PASS dans l'annexe n° 1) a eu pour but de caractériser les patients des PASS dans leur dimension sociale, administrative et médicale. Lancée à l'initiative du comité de pilotage central des PASS de l'AP-HP et réalisée par les structures parisiennes du Collectif PASS, cette étude visait à croiser des données sociologiques à des données médicales afin de montrer la spécificité des pathologies rencontrées par les patients des PASS. Cette mesure de l'activité médicale tente de légitimer l'activité de la PASS dans la logique de la spécialisation médicale et de montrer que la médecine générale peut développer des domaines médicaux d'action qui lui sont propres en se concentrant sur des groupes aux caractéristiques sociales particulières (de la même manière que l'ont fait la pédiatrie et la gérontologie en se concentrant sur des classes d'âge particulières).

### 1 - 1 - 2 Utilisation des outils du New public management pour défendre les PASS dédiées

> « Le travail d'harmonisation et de mise en cohérence [de la mesure de l'activité] est engagé sur l'ensemble de la région pour les PASS somatiques. Un travail important reste à faire pour faire évoluer les PASS [vers] de véritables unités médico-sociales. La première évaluation annuelle montre que social et médical sont intimement liés et indissociables pour répondre aux besoins de prises en charge du public.
> Les formes abouties de PASS pluridisciplinaires, transdisciplinaires sont des acteurs incontournables dans leurs territoires. Elles contribuent à accompagner un public fragilisé dans un parcours de soins. Elles répondent ainsi à la majorité de leurs missions. Elles doivent valoriser leur travail tant en interne qu'en externe pour continuer leur évolution en tant qu'unité médicosociale. La plus-value qu'elles représentent dans le système de soins devrait participer à l'évolution des PASS transversales. »[19]

Dans l'extrait de la conclusion du rapport d'activité des PASS de la région B ci-dessus, on constate que la création d'outils mesurant l'activité permet à Paul Demange de légitimer les conceptions et pratiques du soin de la précarité et de valoriser le modèle de la PASS dédiée. Amandine Cornet, coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP, s'accorde avec Paul Demange

[19] Conclusion du rapport d'activité régional de 'Région B', 2012, p. 60.

sur ce même objectif. Elle a repris son outil et l'a fait expérimenter par les assistantes sociales des différentes PASS de l'AP-HP, comme elle l'explique dans l'extrait d'entretien suivant :

> **Amandine Cornet** : « Alors moi, ce que je veux démontrer (avec l'outil de mesure de l'activité de Paul Demange) c'est que les interventions du service social au sein des PASS c'est pas que la protection sociale, tu vois, c'est beaucoup plus global. Selon les territoires, parce que du coup, comme c'est chaque PASS qui m'a envoyée, je peux faire par GH (Groupe Hospitalier), je peux faire par département. [...] Puis ce que je voulais aussi démontrer c'est parce qu'on avait eu aussi une journée à l'ARS et tu sais qu'il y a deux approches en social qui... pas s'opposent, parce que je suis pas opposée à Corinne Deschamps (hôpital B), mais on débat. On n'est pas toujours d'accord et surtout sur ce que doit faire une AS à la PASS et je me rappelle d'un truc qui m'avait choquée. Elle nous annonçait ses 4 000 AME, ses machins, ses trucs.... bon d'accord. Alors que moi je défendais l'accompagnement. Elle a dit texto à Caroline (Touraine, chargée des dossier PASS à l'ARS) que de toute façon pour elle, l'accompagnement c'était du luxe. Et ça, ça m'a paru... Mais je me suis dit "on n'est pas assistante sociale, si on se dit que l'accompagnement c'est du luxe." Je veux bien croire qu'effectivement, il y a des patients qui sont tellement en précarité, il y a une telle masse, que effectivement, il est difficile de mettre en oeuvre un certain nombre de choses. Mais on peut pas faire une croix dessus, sinon on fait de l'abattage ! du guichet unique ! [...] Mais donc c'était aussi pour démontrer [...] que, même dans la PASS, on doit faire de la prise en charge globale, même dans la PASS on fait de l'évaluation globale, même si on n'intervient pas dans tous les domaines. [...] Mais au moins on oriente vers les bonnes personnes et au moins on fait autre chose que de l'ouverture de droits. Donc je voulais démontrer ça, que c'était beaucoup plus diversifié, tu vois. Et au-delà du fait que, effectivement, si il y a des équipes qui travaillent, que quelque soit les organisations, il y a du travail qui est effectivement différent. Mais on peut bien comprendre que c'est différent, quand effectivement on est dans du transversal, prenant les risques que dans les consultations spécialisées qui sont pas du tout... qui ont pas une appétence particulière pour recevoir ces patients. Et bah du coup ils vont passer dans le maillage, on va les perdre. »[20]

Comme Paul Demange, Amandine Cornet utilise l'outil de la mesure de l'activité pour promouvoir le modèle de la PASS dédiée et pour dénoncer l'utilisation du travail social qui est faite par les tenants des normes néo-managériales (dont l'activité doit atteindre une certaine productivité en matière d'accès aux droits), comme c'est le cas dans la PASS transversale de l'hôpital B (voir chapitre précédent). Ces deux personnes défendent activement l'espace du soin de la précarité à l'hôpital et le modèle engagé des PASS dédiées et sont de fervents résistants aux réformes gestionnaires. Pourtant, on voit ici que les lignes de fraction habituellement établies pour séparer les logiques professionnelles des logiques néo-managériales ne sont pas si claires. Dans le cas de la mesure de l'activité, des outils issus du NPM sont utilisés pour valoriser un modèle d'organisation professionnel occupationnel (le travail social dans sa conception du « service social hospitalier ») et lutter contre le modèle organisationnel néo-managérial (notamment dans son apparition au travers des PASS transversales).

La mesure de l'activité, pratique développée par le courant néo-managérial, a tellement été intériorisée qu'elle est devenue partie intégrante de l'activité de soin. Et cela, même dans des

[20] Extrait d'entretien avec la coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP, février 2013, siège de l'AP-HP.

espaces opposés à cette même pratique organisationnelle[21]. Cette analyse va dans le sens d'un modèle professionnel hybride à la PASS tendant à intégrer des éléments néo-managériaux dans ses pratiques[22]. Si l'outil du recueil de données standardisé apparaît, au premier abord, être un moyen de défense des PASS dédiées et de l'espace du soin de la précarité (pour lutter contre les PASS fantômes ou les PASS transversales), il ne faut pas oublier que son caractère néo-managérial fait qu'il peut être utilisé dans l'objectif de contrôler l'activité grâce à des indicateurs de performance, de mise en concurrence des structures entre elles, etc., et donc de réduire l'autonomie professionnelle. C'est ce que nous verrons dans le prochain chapitre à propos de la généralisation de ces outils par les tutelles.

Ainsi, l'objet de la mesure de l'activité révèle dans un premier temps une double domination, celle des normes néo-managériales dans l'hôpital moderne et celle d'une certaine organisation dans un modèle professionnel hiérarchisé. L'activité mesurable, celle dont on dispose d'outils pour rendre compte, est réduite à celle qui est légitime (« valorisable ») dans cet espace hiérarchisé et elle est disputée entre les différents services hospitaliers. Les systèmes informatiques de recensement de l'activité, organisés sur le modèle de la spécialisation médicale, ne permettent pas de prendre en compte une activité transversale ou de soin qui ne soit pas un acte technique à proprement parlé. Cet objet constitue donc un enjeu de reconnaissance pour l'espace du soin de la précarité. Il tente donc de créer ses propres outils permettant de légitimer (à travers la valorisation) son activité spécifique. Dans cette configuration, le recours aux tutelles (recours aux textes de loi établis au niveau central, aux coordinateurs régionaux embauchés par l'ARS et à la CPAM) constitue un des moyens de contourner cette double domination au niveau local et de créer des outils originaux qui permettent de valoriser les normes de l'espace du soin de la précarité en s'appropriant des outils issus du NPM.

---

[21] Certains professionnels continuent à s'opposer à toute forme de mesure d'activité. L'assistante sociale de la PASS René Barthe à l'hôpital A refuse d'utiliser les logiciels de mesure de l'activité. Elles sont plusieurs dans ce cas à l'hôpital A, l'assistante sociale des urgences (qui travaille aussi à la PASS), par exemple, n'a pas d'ordinateur et ne mesure son activité qu'une fois par an à partir de ses dossiers papiers.

[22] La notion d'hybridation a été mobilisée pour montrer que différents modèles professionnels coexistent et s'interpénètrent entre-eux et produisent des « arrangement hybrides ». Ici un modèle professionnel occupationnel (le travail social hospitalier) intègre des éléments du modèle professionnel organisationnel (la nouvelle gouvernance) tout en gardant ses objectifs initiaux (l'objectif ici n'est pas tourné vers la réalisation d'économies ou d'actes rémunérateurs). Sur la notion d'hybridité dans les modèles professionnels, voir Faulconbridge, James et Daniel Muzio, « Organizational professionalism in globalizing law firms », *Work, employment and society*, vol. 22, n° 1, 1 Mars 2008, p. 7-25 ; Scott, Richard W., Martin Ruef, Carol A. Caronna et Peter J. Mendel, *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, 1 edition., Chicago, University Of Chicago Press, 2000, 452 p. ; Evetts, Julia, « A new professionalism? Challenges and opportunities », *Current Sociology*, vol. 59, n° 4, 1 Juillet 2011, p. 406-422 ; Noordegraaf, Mirko, « From « Pure » to « Hybrid » Professionalism Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains », Administration & Society, vol. 39, n° 6, 1 Octobre 2007, p. 761-785.

## 1 - 2 Le blocage des factures et le principe de la gratuité

Un autre objet qui montre que le contexte hospitalier général est défavorable aux PASS est celui de la facture. L'institution hospitalière s'est construite, à partir de la seconde moitié du XXe siècle, adossée au système d'assurance maladie de la Sécurité sociale, dans une logique universaliste où les patients sont tous censés suivre le même circuit administratif et rémunérer indirectement l'hôpital pour les prestations qu'ils reçoivent (voir chapitre I). La PASS constitue une exception dans cette organisation car la plupart de ses patients, ne disposant pas de couverture maladie, ne sont pas des malades payants et ne peuvent suivre le circuit administratif classique. D'après la loi de 1998 et les derniers textes officiels, le dispositif doit prévoir un système de prise en charge gratuite pour les patients ne disposant pas de couverture sociale ; l'hôpital reçoit pour cela un financement (MIG PASS)[23].

Cependant, l'hôpital ne fonctionne plus sur un système de gratuité pour les usagers depuis l'ordonnance du 4 octobre 1945, pour la quasi-totalité des activités hospitalières le patient ou son assureur paye[24]. Des systèmes de facturation automatisés ont été mis en place dans les hôpitaux à cette fin. Dans ce contexte, la PASS doit adopter un fonctionnement exceptionnel qui est mis en place localement. Pour comprendre ce système, il faut différencier deux types d'activité PASS. Il y a d'une part l'activité réalisée par le personnel dédié à la PASS (médecins, assistants sociaux, infirmiers, etc.) dont le salaire est payé par la MIG PASS. Cette activité est gratuite pour les patients (certains professionnels de la PASS préfèrent dire « non facturée » afin de se distancier du registre de l'assistance). Et d'autre part, tout le reste de l'activité de la PASS, celle qui nécessite un ou des « bon(s) PASS » (pharmacie, examens, consultations d'un médecin spécialiste), est en fait l'activité régulière de l'hôpital (dont l'organisation contient un circuit de facturation), mais est réalisée au titre de la PASS. Ce deuxième type d'activité fonctionne sur un système de blocage des factures au niveau du service financier.

Ce système de blocage des factures est intéressant à deux égards : il va à l'encontre du fonctionnement « normal » et automatisé de l'hôpital et il ne remplit pas toujours le critère de

[23] « [Les établissements publics de santé] concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes » (Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions). Cela a été rappelé dans la circulaire de 2013 : « Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels, il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale » (Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Consultable sur internet : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0078.pdf) (circulaire, 2013a) et dans le guide MIGAC 2013 (Circulaire N°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général, p. 252. Consultable sur internet : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/04/cir_36777.pdf (Circulaire, 2013b), consulté le 6 avril 2016).

[24] Certaines activités hospitalières sont restées gratuites, notamment celles qui remplissent des missions de santé publique ou d'intérêt général comme le dépistage anonyme et gratuit ou le don du sang. Mais c'est aussi le cas, dans une certaine mesure, du travail social hospitalier qui ne facture jamais ses prestations.

gratuité pourtant explicitement mentionné dans la loi et dans les circulaires. Ces factures sont, en effet, la plupart du temps « débloquées » au bout d'un moment. Cela dénote un certain pragmatisme au service de l'organisation empreint des impératifs budgétaires actuels : le système de blocage des factures permet à l'hôpital d'être payé de manière rétroactive dans certaines situations lorsque les droits sociaux des patients ont été récupérés. Dans de nombreuses PASS que nous avons étudiées, la gratuité n'est pas garantie puisqu'elle n'est qu'une mise en suspend des factures et que l'acte est facturé dès que cela est possible.

Le médecin référent de la PASS de l'hôpital G, Patrice Blanchet, apporte un éclairage sur ce point qui montre le rôle de la nouvelle gouvernance sur la remise en cause de la non-facturation. Avant l'arrivée de la T2A et l'arrivée des MIGAC, la PASS de l'hôpital G fonctionnait sur le principe de la gratuité :

> **J.G.** : « Au niveau du fonctionnement dans l'hôpital, quand un patient entre dans le système de la PASS sans couverture sociale, il va y avoir une facture qui va être bloquée ? »
> **Patrice Blanchet** : « Il n'y a pas de facture. Il n'a pas de droits. Jusque-là, on ne facturait rien, jusque assez récemment. Maintenant, les MIGAC nous permettent de facturer et… Donc ça, ça va être une source de financement pour nous éventuellement, pour ceux qui ont des droits. […] Donc aujourd'hui on facture ceux qui ont des droits et on ne facture pas ceux qui n'ont pas de droits. »
> **J.G.** : « C'est à dire qu'ils passeront pas du tout par la case "service financier" ? »
> **Patrice Blanchet** : « Quand ils ont pas de droits, ils passent dans le, dans le logiciel d'activité, après, la secrétaire c'est un de ses trava… c'est son travail, elle voit tous les gens que j'ai vus, elle regarde : il a des droits, il a pas de droits. Ceux qui ont des droits, elle facture ; ceux qui ont pas de droits, elle facture pas. Donc sur l'ordinateur elle coche "non facturable". »
> **J.G.** : « Et du coup, ça ne devient pas du "moins" pour l'hôpital, c'est juste que c'est pas facturé ? »
> **Patrice Blanchet** : « Bah ça fait parti du MIGAC, je veux dire on est financé au MIG. C'est d'ailleurs pour ça qu'on ne facturait pas avant, parce qu'on disait "on peut pas avoir une double facturation". On peut pas dire "on reçoit de l'argent par la MIG et en plus on récupère de l'argent de l'assurance maladie". Mais en fait, maintenant, les MIG c'est très clair, c'est des MIG, c'est le surplus de ce qui peut pas être pris en charge parce que c'est trop compliqué, parce que les gens ont pas de droits, parce que… le surplus peut pas être pris en charge par la facturation. »[25]

Les changements apportés par la réforme de la T2A, contraignent effectivement l'hôpital à tarifer toutes les activités hospitalières possibles ; celles qui ne le sont pas sont financées par les enveloppes au titre des missions d'intérêt général (MIG), dont la MIG PASS. D'après la dernière circulaire[26], elle finance toute l'activité classique de la PASS (les frais de personnel, la prise en charge, les dépenses pharmaceutiques et d'examens médicaux, les prestations d'interprétariat, etc.), mais également les comités de pilotage, l'évaluation du dispositif et la coordination. Il est cependant rappelé que ne sont pas compris dans ce financement les hospitalisations (qui sont pris en charge par le fond « soins urgents et vitaux ») et les « consultations facturables », c'est-à-dire toutes les consultations faites dans le cadre de la PASS auprès de patients

[25] Extrait d'entretien réalisé avec médecin référent de la PASS de l'hôpital G, CHU d'une ville moyenne de province, mars 2012.
[26] Circulaire, *op. cit.*, 2013a.

couverts socialement et qui peuvent donc être remboursées par des organismes d'assurance. Cette précision, nouvelle par rapport aux autres circulaires et textes officiels, a été apportée par le premier guide MIGAC de 2008[27] et rappelée dans le guide MIGAC publié le 19 février 2013[28]. Elle s'inscrit bien dans la logique des MIGAC qui sont les financements résiduels qui se substituent à ceux de la tarification à l'activité (T2A) lorsqu'ils ne peuvent pas s'appliquer. Les MIGAC sont destinées à être les plus petites possibles et la T2A la plus grande possible. Cette précision marque donc au niveau des réformes institutionnelles de la PASS une rupture entre la prévalence du principe de gratuité en vue d'un accès aux soins et la prévalence du principe de l'accès à la couverture maladie en vue de créer des « patients facturables ». La cohabitation des deux principes, mais dans des proportions variables, éclaire une partie des différences structurelles qui existent au niveau des règles de fonctionnement entre les PASS.

La montée en charge du second principe laisse présager une marginalisation toujours plus importante du principe de gratuité, notamment à l'intérieur même des structures assistancielles du type PASS. Une autre conséquence est la distinction toujours plus marquée entre des patients catégorisés comme « solvables » et d'autres catégorisés comme « non-solvables ».[29]

### 1 - 2 - 1 Un système de facturation à contre-courant

La mise en suspension des factures demande des adaptations constantes qui se heurtent aux routines automatisées et entrainent des dysfonctionnements importants qui mettent à mal le dispositif de la PASS. L'assistante sociale de la PASS René Barthe nous expliquait lors d'un échange informel, par exemple, qu'il est possible pour l'hôpital A de se faire rembourser rétroactivement la factures d'un patient lorsque celui-ci obtient une CMU, mais que ce n'est pas toujours le cas. Elle nous expliquait qu'au service des traitements externes, la personne qui s'occupe des cas des patients PASS est très efficace et qu'elle efface les factures des patients lorsqu'ils obtiennent une couverture sociale. La complexité et la fragilité liées au principe de blocage des factures nous ont été communiquées à de nombreuses reprises dans différentes PASS, comme l'illustrent ces deux extraits d'entretien :

> **Susanne Meyer** : [À propos de la facturation] « Ça, c'était un autre problème. En fait, on a créé un logiciel partagé entre l'assistante sociale de la PASS et la facturation, de façon à ce qu'elles croisent leurs données pour dire… Parce que, comme les patients passent par les urgences, puis sont vus par

[27] Contractualisation sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation : guide méthodologique, DHOS, 2008.

[28] Circulaire, *op cit.*, 2013b.

[29] La montée en charge du principe de l'accès à la couverture maladie est également à associer à l'arrivée en 2002 de l'AME qui a rendu un nombre important de patients de la PASS, non solvables jusque-là, solvables ou potentiellement solvables. Le nombre important de patients non solvables parce que sans droits potentiels avait motivé le choix du principe de gratuité qui a été en partie remis en cause par la solvabilisation de ces mêmes patients.

une assistante sociale, il y a un problème de rétroactivité. Donc il faut que l'assistante sociale dise "ce patient-là relève de la PASS ou pas", et quand elle dit "il relève de la PASS", on bloque la facturation. Mais ça, ça peut se faire que dans un second temps, donc en fait l'assistante sociale rentre dans ce logiciel les patients qui relèvent de la PASS ; la facturation, du coup, bloque *a posteriori*, *a posteriori* seulement, les factures… ».[30]

**J.G.** : « Et toutes les factures sont bloquées ? »
**Corinne Deschamps** : « Oui, enfin, à peu près, il y en a toujours qui passe à l'as. Plus ça va… Alors au début ça fonctionnait moins bien parce que chaque service facturait, alors c'était un peu plus compliqué. Là, depuis un mois ou deux, on a tout recentré autour d'une même nana, qui fait toute la facturation de la précarité. Normalement, quand ils créent le dossier, c'est tout de suite mis sur l'UF (Unité fonctionnelle) de la PASS, donc la facture est automatiquement bloquée. Donc, nous, on envoie régulièrement des mails à cette nana pour lui dire "nous on a fait une demande d'AME pour Mme machin", à chaque fois elle rentre dans le dossier de facturation, à chaque fois ! »[31]

Ainsi, la contribution du service des traitements externes est toujours indispensable au fonctionnement du système de blocage de facture de la PASS. Cette contribution peut être fastidieuse, demandant des interventions faites manuellement au cas par cas pour chaque patient PASS pour annuler le processus de facturation. Ce système nécessite bien souvent l'intervention d'une personne désignée pour cette tâche au service des traitements externes. Une absence prolongée, une maladie ou un départ en retraite de cette personne peut rompre ce fragile équilibre et entraîner l'envoi des factures à tous les patients de la PASS comme cela s'est passé pendant un temps à l'hôpital A.

Au delà du facteur humain, d'autres problèmes liés à l'automatisation du système informatique (dans lequel la facture est la norme) peuvent survenir qui troublent cette organisation :

**J.G.** : « Parce que l'AME d'urgence c'est interne à l'hôpital ? »
**Marie Boucaux** : « Ouais. Ça ne marche qu'à l'hôpital. Le souci c'est que parfois les gens ne passent pas par les admissions avec leur feuille d'AME d'urgence et reçoivent les factures à la maison et après se retrouvent embêtés parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer la consultation, les radios, le scanner, ce qu'ils ont pu passer. Et au jour d'aujourd'hui, il faut que je revois avec les filles des admissions, mais *a priori* les filles ne peuvent plus récupérer les consultations qui ont déjà été facturées. Avant tu faisais une consultation, tu passais pas à la caisse, tu recevais une facture à la maison, tu retournais à l'hôpital avec les papiers, ils faisaient une rectification informatique, c'était pris en charge, c'était bon. Et je sais pas, l'assistante sociale, Jeanne, elle m'a dit ça dernièrement, qu'apparemment les admissions ne pouvaient plus faire ce genre de manip'. Donc c'est vrai que ça va nous poser problème, nous, pour nos patients. Parce que, quand tu reçois une facture de 400 - 600 €, tu peux pas la payer, déjà avec un salaire c'est pas évident au jour d'aujourd'hui, mais… Voilà, c'est très compliqué, parce que du coup ça va engendrer des frais, et tout. Et c'est dommage, parce que c'est tout bête. »[32]

[30] Extrait d'entretien réalisé avec la médecin référente d'une PASS d'un CHU parisien, septembre 2012, hôpital M.
[31] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative, janvier 2011, hôpital B.
[32] Extrait d'entretien réalisé avec l'infirmière référente de la PASS d'un CHU d'une banlieue parisienne plutôt favorisée. Mars 2012, hôpital D.

Un autre exemple des difficultés rencontrées à la PASS en raison de l'automatisation du système de facture nous a été rapporté par l'assistante sociale des urgences et de la PASS transversale de l'hôpital K :

> **A.S. des urgences** : « Quand je suis arrivée sur les urgences, il y avait un problème, c'est que, en fin d'année, quand ils [le service des traitements externes] régularisaient les comptes, enfin les factures, elles étaient débloquées. Et on avait un tas de gens qui revenait avec des factures. »[33]

Le système de blocage nécessaire au bon fonctionnement de la PASS demande donc une collaboration et une coordination avec le service des traitements externes qui ne peuvent pas se faire sans l'intermédiaire de la direction. Les moyens humains et techniques mis à disposition afin de mener à bien cette tâche sont des révélateurs de la position de la direction par rapport à la PASS. Un système de blocage des factures fonctionnel et dont les problèmes sont résolus sont le signe d'une direction qui soutient le dispositif de la PASS. Comme on le voit à travers ces situations, les systèmes de facture hospitaliers ne sont pas construits pour prendre en compte une prise en charge gratuite. Il n'y a que dans quelques PASS bien intégrées dans l'hôpital que des solutions davantage pérennes ont été trouvées en agissant directement sur les logiciels informatiques pour qu'ils intègrent le cas des patients non-solvables par la création d'une catégorie comptable spécifique. Cela implique en général l'action de cadres hospitaliers et de la direction qui disposent des bonnes ressources pour agir dans ce domaine (bonne connaissance du système de facturation de l'hôpital, contacts dans le service informatique et dans le service des traitements externes). La cadre socioéducative de l'hôpital B rencontre sa collègue du service des traitements externes plusieurs fois par jour.

D'autre part, dans ces arrangements administratifs qui s'apparentent à une gestion de l'exception au quotidien, le facteur humain joue un rôle important : si un maillon manque, c'est tout le dispositif de blocage des facturations qui s'arrête. L'éloignement dans l'espace physique et symbolique de l'hôpital des services administratifs et informatiques complique bien souvent la résolution de ces problèmes, dont la récurrence et la persistance favorisent une lassitude des acteurs de la PASS qui y voient l'œuvre d'une administration et d'une direction peu enclines à résoudre les problèmes de leur service. L'outil de la facturation rend la PASS dépendante de la direction et de ses décisions au niveau local car c'est elle qui en le contrôle.

[33] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistante sociale des urgences dans une PASS transversale d'un CHU d'une ville de la banlieue parisienne défavorisée. Janvier 2011, hôpital K.

### 1 - 2 - 2 Un blocage des factures à durée variable

Lorsqu'on se penche sur les modalités concrètes du système de blocage des factures dans les différentes PASS, on note une grande hétérogénéité.

À l'hôpital F, hôpital psychiatrique d'une grande métropole, le fonctionnement de la PASS repose explicitement sur un principe de gratuité des soins et des médicaments, aucune facture n'y est émise. Ainsi, que le patient dispose d'une couverture maladie ou non, la consultation et les médicaments sont gratuits tout le temps de sa prise en charge à la PASS. L'hôpital pourrait se faire rembourser par l'assurance maladie les prises en charge des patients couverts ou se faire rembourser rétroactivement celles des patients qui ont retrouvé une couverture maladie dans les délais impartis, mais la direction a fait le choix de la primauté du principe de gratuité sur les considérations budgétaires. Cette hétérodoxie par rapport à la norme dominante du NPM s'explique par la spécialité de l'hôpital et de la PASS — la psychiatrie — et le mode de financement qui y est associée — la dotation annuelle de financement (DAF) — qui correspond à l'ancien mode de financement — la dotation globale.

L'hôpital psychiatrique ne semble pas être concerné de la même manière que les hôpitaux somatiques par la nouvelle gouvernance. En effet, les hôpitaux psychiatriques et l'activité psychiatrique des établissements de santé ont conservé un financement par dotation globale qui dénote notamment le maintien de sa fonction historique d'accueil (et d'enfermement) des pauvres rencontrant des pathologies psychiatriques et impliquant une certaine pratique de la gratuité ; elle prend régulièrement en charge certaines catégories de la population (les marginaux, clochards, usagers de drogue, etc.) qui sont sans droits sociaux et non-solvables. La pratique de la gratuité est une norme légitime à l'hôpital psychiatrique. La situation de l'hôpital psychiatrique souligne le rapport entre la gratuité et le règlement d'une « question sociale »[34] : la fonction de maintien de l'ordre social justifie la dérogation vis-à-vis de la norme financière. Le principe de la gratuité pour tous est le seul système qui ne fait aucune distinction dans l'accès au système en fonction de la situation administrative. Cette réflexion reste à l'état d'hypothèse, elle mériterait davantage de données empiriques pour être vérifiée (une seule PASS psychiatrique a été visitée pendant l'enquête de terrain).

Mise à part le cas de la PASS de l'hôpital F, aucune autre PASS ne repose sur un système se réclamant de la gratuité dans son ensemble. Certaines PASS s'en réclament partiellement. C'est le cas de la PASS de l'hôpital D, grand CHU parisien.

[34] À ce propos voir Castel, Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio/ Essais; 349 », (1995) 2007, p. 766.

**J.G.** : « Et sinon, après, au niveau de l'admission en "préca", il y a pas de critères de restriction ? Enfin, ils ont pas forcément besoin d'avoir des droits ouverts ? »
**Marie Boucaux** : « Il y a que..., non, nous on prend tout le monde. S'ils ont pas de droits ouverts. S'ils ont des droits ouverts, ils sont quand même pris sur la consult de "préca", même s'ils ont des droits ouverts... Parce qu'en "préca", si tu veux on a deux codifications, on a 173 pour ceux qui n'ont pas de droits ouverts ou qui n'auront pas de droits et les 538 qui, eux, restent dans la consultation "préca" donc rentrent dans la file active de la consult "préca" mais seront facturés comme une consultation normale du fait qu'ils ont des droits ouverts. Donc c'est vrai qu'on fonctionne avec deux codes, c'est un peu compliqué à comprendre. Après, c'est juste les ouvertures de droits qui vont être bloquées par les histoires de moins de six mois en France, ou les visa. Mais nous on prend tout le monde. »[35]

La PASS de l'hôpital D a développé un système mixte qui offre la gratuité aux patients non-solvables et facture les patients solvables comme le préconise la circulaire de 2013. Ce système est adopté dans d'autres PASS comme la PASS de l'hôpital G (PASS du Dr Blanchet, voir extrait d'entretien *supra*) ou la PASS Apollinaire de l'hôpital C (grand CHU parisien). Dans d'autres PASS, c'est un système de blocage des factures qui a été adopté et qui parait similaire. Dans une PASS d'un CHU d'une ville moyenne de province par exemple, la règle est de bloquer les factures des patients non-couverts et de les débloquer lorsque le patient a acquis une couverture maladie. Si au bout d'un certain temps, le patient n'est toujours pas solvable, alors la facture passe dans les « non-valeurs » de l'hôpital, c'est-à-dire qu'elle est enregistrée comme « perte ». Ce système permet d'optimiser encore un peu plus l'objectif qui consiste à facturer le plus possible. Si, pour le patient, il n'y a pas de différence entre ces deux systèmes (ils reçoivent des soins gratuits lorsqu'ils n'ont pas de couverture maladie), il y en a une au niveau de l'institution puisque dans un cas la consultation n'est pas facturée et n'affecte donc pas les finances de l'hôpital (les coûts engendrés sont compris comme faisant partie des activités pour lesquelles l'hôpital reçoit une MIG PASS), alors que dans l'autre cas, le « patient non solvable » génère une dette inscrite dans la comptabilité de l'hôpital.

### 1 - 2 - 3 Des PASS où les factures arrivent systématiquement et la distinction entre les « sans droits potentiels » et les « droits potentiels »

Les barrières liées à l'automatisation du système de facturation peuvent aller jusque remettre en cause complètement le dispositif de la PASS. Cela a été le cas à l'hôpital A. Lors d'une réunion du comité de pilotage en janvier 2011, un responsable administratif de l'hôpital informe l'équipe de la PASS René Barthe que l'hôpital s'est doté d'un nouveau logiciel de facturation et qu'ils ne pourront plus annuler définitivement les factures. L'équipe lui demande avec surprise comment ils comptaient faire pour les patients de la PASS qui ne deviendraient

[35] Extrait d'entretien réalisé avec l'infirmière référente de la PASS d'un CHU d'une banlieue parisienne plutôt favorisée. Mars 2012, hôpital D.

pas « solvables », le responsable répond qu'il n'y a pas de solution pour le moment. Le service de facturation de l'hôpital A envoie donc systématiquement des factures aux patients de la PASS-René Barthe au bout de trois mois. Les membres de l'équipe de la PASS nous ont raconté que les patients revenaient paniqués avec les factures. Le même écho m'est venu de Sandra Valet, la médecin responsable du centre de soin gratuit de l'association A situé sur le même territoire, qui nous expliquait sur un ton révolté que tous les patients de René Barthe recevaient des factures. Pour l'association A, une conséquence a été de ne plus orienter de patients vers la PASS René-Barthe sur cette période estimant que la prise en charge de la PASS n'était pas effective. On peut imaginer que certains patients ont pris la même décision après avoir reçu des factures ou avoir entendu que cela se passait ainsi. Une situation comparable est rencontrée à l'hôpital I (grand CHU d'une grande ville de province) et à l'hôpital L comme l'explique la médecin responsable de la PASS :

> **Éloïse Fradet** : « Je vous ai dit que ça paye nos consultations et nos médicaments. Pour les consultations, on refacture derrière la Sécu. Simplement l'hôpital attend pour envoyer la facturation que les droits soient ouverts. C'est un système d'avance de soins. Pour les patients non assurables, là on est quand même un peu en difficulté parce que normalement c'est à la charge du patient et de la famille. C'est la règlementation qui est comme ça. »
> **J.G.** : « Le patient sous visa ? »
> **Éloïse Fradet** : « Oui, tout à fait. C'est pas moi qui l'ai faite, mais elle existe et elle doit s'appliquer. Alors notre consultation sert déjà à débrouiller les urgences vitales, pour lesquelles on peut faire une AME d'urgence. Donc bon ça sert déjà à ça. Et ensuite pour les gens qui ont pas d'urgences vitales, alors on négocie avec les familles pour voir qu'est-ce qu'on fait, est-ce qu'ils payent ce qu'on propose ? Est-ce qu'on limite les examens au strict nécessaire ? Combien ça va coûter ? Est-ce qu'ils peuvent y aller ou pas ? »[36]

Toutes les consultations PASS sont entrées dans le logiciel comptable de l'hôpital et sont donc comptabilisées comme payantes car il n'existe pas d'éventualité de la gratuité dans le logiciel comptable. La seule possibilité pour la PASS est de bloquer les factures temporairement. Cela permet aux patients en attente d'une couverture maladie de ne pas avoir à avancer les frais car les factures ne sont débloquées que lorsqu'ils en ont obtenue une. Mais cela ne fonctionne que si la couverture maladie arrive à temps et que le patient n'a pas essuyé un refus de la part de l'assurance maladie. Dans les cas contraires, ou dans le cas où il n'est éligible à aucune couverture maladie, le patient reçoit une facture qu'il devra honorer. Dans cette situation, le calibrage du système de facturation fait la différence entre les patients qui ont des « droits potentiels » et ceux qui n'en ont pas. Ne pas avoir de droits potentiels signifie n'être éligible à aucune couverture maladie à un certain moment, cette situation concerne, par exemple, certaines personnes étrangères légalement en France mais qui ne disposent pas d'assurance maladie (patients sous visa et ressortissants européens non pauvres) et les patients étrangers en situation

[36] Extrait d'entretien réalisé avec la médecin attachée responsable de la PASS d'un CHU d'une grande ville de province. Mars 2012, hôpital L.

irrégulière ne remplissant pas les conditions de l'AME (preuve de présence sur le territoire français inférieures à trois mois ou supérieures à un an, ressources supérieures à 721 € par mois pour une personne seule, absence de domiciliation ou de preuve d'identité, etc.). Ce sont, en général, des franges précarisées parmi les populations étrangères. Au contraire, « avoir des droits potentiels » signifie avoir des droits théoriques qui ne sont pas activés et donc être théoriquement « solvable » (pour l'hôpital cela signifie avoir pratiquement une possibilité de facturer les services d'assurance maladie à un moment donné).

Dans la pratique, cela signifie que, dans certains hôpitaux, les « patients sans droits potentiels » n'ont pas accès au dispositif PASS (ou seulement en payant le tarif de la sécurité sociale par leurs propres moyens, ce qui n'est pas possible étant donnés leurs faibles revenus) et que ceux avec des droits potentiels ne sont pas sûrs de pouvoir bénéficier du dispositif sans avoir à en rembourser les frais plus tard. Ce contexte, par les barrières qu'il pose, remet en question l'existence même de la PASS qui ne permet plus à tous les patients qui en ont besoin d'accéder aux soins.

Le calibrage de l'outil informatique de facturation est un instrument qui peut nuire à la PASS en remettant en cause la gratuité du dispositif et donc son accès, d'une part. D'autre part, il instaure des différences entre les patients en se basant sur leur solvabilité en matière de droits sociaux et sur leur possibilité d'acquérir ou non une couverture maladie. Cette différenciation reflète indirectement les catégories administratives fines basées sur les critères d'éligibilité aux différentes couvertures maladies qui discriminent des franges précarisées parmi les étrangers. L'ordre de la PASS, vu à travers l'objet de la factures, se négocie principalement entre les acteurs de la PASS et la direction ; d'autres acteurs, comme les services des traitements externes et informatiques, entrent également en jeu et nécessitent que parmi les premiers se trouvent certains qui aient les ressources et les contacts nécessaires pour agir auprès des seconds. Ce que le calibrage du système informatique de facturation permet de faire ou de ne pas faire (annulation de facture *a posteriori*, blocage de facture, durée du blocage, etc.), tout comme les moyens matériels, techniques et humains mis à disposition pour le mettre en place, sont en fait les reflets de la position de la direction par rapport aux normes néo-managériales basées sur la maximisation des recettes et la compréhension qu'ils ont de la PASS dans ce contexte. Il révèle le pouvoir contraignant de la direction sur la PASS dans un contexte où le modèle organisationnel néo-managérial domine. L'évolution des règles de fonctionnement instaurées par les MIGAC oriente la PASS vers un mode de fonctionnement qui épouse les pratiques de cet ensemble normatif dominant en mettant l'accent sur la solvabilité des patients. Une des conséquences concrètes, qu'on retrouve dans les PASS qui se sont le plus éloignées du modèle de la gratuité, est de différencier les patients selon leur statut administratif (qui reflète lui leur statut de séjour selon

qu'il est légal ou illégal ou selon qu'il est précaire ou stable). Les patients qui sont le plus mis en difficulté dans leur accès à une couverture maladie — les étrangers en situation irrégulière nouvellement arrivés et étrangers en situation régulière possédant un visa de tourisme en cours de validité en particulier, mais aussi les ressortissants européens pauvres nouvellement arrivés, etc. (voir chapitre II) —, sont également ceux que ces pratiques au niveau des factures vont empêcher d'accéder à la PASS, créant ainsi des inégalités d'accès aux soins parmi les étrangers les plus précaires.

## 1 - 3 L'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie

Un autre aspect, qui suit directement l'évolution concernant les règles de facturation et la focalisation sur l'aspect budgétaire à la PASS, est l'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie qui est devenue une norme généralisée à la PASS. Le non-respect de cette norme peut être sanctionné par l'exclusion du patient du système de la PASS. Cette norme souligne à quel point les principes du NPM se sont ancrés profondément dans les pratiques du soin hospitalier, en particulier là où on ne l'attendait pas, dans un dispositif réservé aux personnes précaires.

### 1 - 3 - 1 La norme de la couverture maladie

Alors que les hôpitaux A et I (deux grands CHU) facturent tous les patients des PASS automatiquement, et bloquent donc indirectement l'accès à la PASS aux patients qui n'ont pas de droits potentiels, la direction de l'hôpital L, grand CHU d'une métropole de province, a quant à elle décidé de leur refuser explicitement l'accès au dispositif. Dans cette PASS, en dehors d'un première visite chez le médecin de la PASS, ne sont pris en charge que les patients qui ont des droits potentiels. Le fonctionnement du service social de la PASS de l'hôpital L, comme celui de l'hôpital B, est principalement basé sur des arrangements faits avec la caisse d'assurance maladie pour récupérer le plus de droits possibles. L'organisation avec le service de facturation permet de bloquer les factures le temps que les droits arrivent et les débloquer lorsque cela n'est pas possible. Pour les patients qui n'ont pas de droits potentiels, seules les demandes de soins urgents et vitaux peuvent leur permettre d'accéder à des soins. Les assistantes sociales ont une connaissance technique assez poussée des droits en matière de couverture maladie et de santé des étrangers en situation administrative précaire, mais cette connaissance est principalement guidée par l'objectif de faire dépenser le moins d'argent possible à l'hôpital et donc de recourir le moins possible au budget de la PASS (celui-ci est essentiellement consacré

aux salaires des employés). Les règles de fonctionnement de ces PASS sont tellement empreintes d'un principe basé sur l'accès à la couverture maladie en vue de créer des patients solvables que les critères d'inclusion et d'exclusion se basent d'abord sur la possibilité théorique pour les patients d'acquérir une couverture maladie et donc sur la solvabilité théorique des patients. Or le tri des patients en fonction de leur solvabilité est contraire à la loi de 1998 et aux textes officiels. En effet, on voit mal pourquoi un dispositif d'accès aux soins pour les personnes exclues du système de santé exclurait lui-même les personnes qui rencontrent le plus de difficultés dans ce domaine.

Dans sa définition légale, la PASS devrait offrir des soins et des médicaments gratuitement aux personnes qui n'ont pas accès aux soins par ailleurs, sans que ces dernières soient obligées d'entamer des démarches qui leur ouvriront des droits en matière de couverture maladie. La mission de retour au droit commun au moyen de l'acquisition d'une couverture maladie est rappelée dans tous les textes officiels, mais il n'est cependant nulle part écrit qu'elle conditionne l'accès au dispositif. Or, dans presque toutes les PASS de notre *corpus*, réaliser les démarches en vue d'acquérir une couverture maladie est obligatoire pour les patients non couverts et l'accès à la PASS peut leur être refusé ou ils peuvent être sanctionnés s'ils ne se plient pas à cette règle[37]. L'obligation d'effectuer ces démarches est une règle inventée localement par les agents des PASS ou par la direction qui vise, entre autres, à conformer les pratiques et les missions au modèle néo-managérial. L'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie, comme les règles de facturation, traduisent la généralisation de la norme de la solvabilité des patients pour l'hôpital. Celle-ci peut-être imposée, par le haut, par la direction, comme c'est la cas à l'hôpital E :

> **Nicolas Favry** : « Quand les patients viennent dans la PASS, on leur donne un petit carton vert pour être identifié. Ils le gardent avec eux quand ils sont à l'hôpital, ça leur permet d'aller dans d'autres services tout en bloquant les factures. Mais il est obligé, parce que s'il se présente dans une consultation programmée en ambulatoire sans le carton, il devra avancer le coût de la consultation avant. »
> **J.G.** : « Et il y a une date de validité ? »
> **Nicolas Favry** : « Non, théoriquement, c'est à partir de la date, une consultation gratuite, à la date, donc sur le bon, il y a la première date de consultation et après ça sera facturé à la Sécurité sociale. Ça, ça s'est mis en place il y a pas très longtemps, donc ça bricole un peu. »
> **J.G.** : « Comment ça ? Je comprends pas. Comment ça marche pour les patients qui ont pas les trois mois de présence par exemple (donc « sans droits potentiels ») ? »
> **Nicolas Favry** : « Tu as raison, parce que ça pose le problème pour les gens qui… La plupart du temps, c'est des demandeurs d'asile et on récupère les droits… Quand il faut les 3 mois de résidence, ça pose le problème que… Donc voilà, on est en train un peu de se battre pour que cette consultation gratuite puisse aller au-delà, mais, là, l'hôpital veut pas l'instaurer officiellement, voilà. La règle c'est une consultation gratuite et pas plus. Et après, on négocie au coup par coup. »
> **J.G.** : « Et si par exemple la personne a besoin d'une consultation chez un spécialiste ? »
> **Nicolas Favry** : « Et bah en théorie elle est facturée après. En attente de la récupération des droits. Mais on sait très bien que pour certains patient il faudra attendre 3 mois de résidence pour les avoir. »[38]

[37] Nous verrons dans la troisième partie comment l'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie amène les professionnels de la PASS à utiliser les factures pour forcer les patients à s'investir dans ces démarches.

[38] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistant social d'une PASS d'un CHU d'une ville moyenne de province. Mars 2012, hôpital E.

À l'hôpital E, la règle de la gratuité est limitée à une fois, c'est-à-dire que règle est donnée aux agents des services de facturation de supprimer la première facture. Au-delà, les factures sont envoyées normalement. Les patients qui n'ont pas réussi à récupérer une couverture maladie à temps sont donc théoriquement exclus du dispositif. Dans cet extrait d'entretien, on remarque que l'assistant social doit composer avec ce cadre structurel imposé par la direction. Le personnel de la PASS doit s'arranger autour de cette règle pour la contourner ou y faire des exceptions afin de pouvoir continuer à intégrer au dispositif des patients pour qui les démarches d'acquisition de la couverture maladie dépasseraient le temps imparti. Ce cadre impose la primauté de l'activité d'acquisition d'une couverture maladie dans l'activité générale de la PASS et l'impératif de rendre les patients solvables. Il n'y est donc pas possible de prendre en charge un patient en se concentrant sur l'aspect médical. On voit ici se dessiner les contours du détournement de la norme d'accès aux soins, vers une norme d'accès aux droits (ou d'accès à la solvabilité). Les règles de facturation, gérées au niveau central, sont utilisées, consciemment ou non, par la direction de l'hôpital ou par l'hôpital-entreprise pour asseoir les normes du NPM. Elles contribuent à redéfinir l'orthodoxie du champ hospitalier en adossant une dimension budgétaire et comptable à l'activité de la PASS (alors même que son appartenance à une MIG devrait l'en dispenser).

### 1 - 3 - 2 La primauté donnée à l'accès aux soins

Dans d'autres hôpitaux, c'est un tout autre son de cloche qui est transmis aux agents de la PASS, ainsi à l'hôpital K :

> **A.S. des urgences** : « Donc il y a, enfin, je ne dirais pas qu'il n'y a pas de conditions d'entrée dans la PASS, c'est-à-dire que, sur certains hôpitaux, on a pu voir que, par exemple, si on ne pouvait pas récupérer de droits au niveau Sécu, les gens n'entraient pas dans la PASS. À l'hôpital K, ça ne se passe pas comme ça, que les gens aient une situation, enfin rencontrent une situation de façon ponctuelle, ou même si ça peut durer dans le temps, s'ils n'ont pas accès aux soins et aux médicaments, ils rentrent systématiquement dans la PASS, on se pose pas la question "est-ce qu'on va récupérer les droits ?". C'est d'abord le soin, les droits effectivement si on les récupère, on peut régulariser, tant mieux ! Mais ce n'est pas une condition d'entrée dans la PASS. Donc ça veut dire que quelqu'un qui n'a pas de mutuelle, quelqu'un qui a des papiers, qui est en règle, qui a une Sécu mais pas de mutuelle, bah ces gens-là peuvent aussi rentrer dans la PASS. Parce qu'à un moment X, il va y avoir besoin d'un traitement, ils ne peuvent pas se le payer, parce qu'ils ont un RMI ou un RSA… »[39]

Dans les PASS des hôpitaux D (dédiée, grand CHU d'une banlieue parisienne plutôt favorisée) et K (transversale, petit CHU d'une ville de banlieue parisienne défavorisée), l'accès

[39] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistante sociale des urgences dans une PASS transversale d'un CHU d'une ville de la banlieue parisienne défavorisée. Janvier 2011, hôpital K.

aux soins prime sur l'accès à une couverture maladie, en tout cas le premier n'est pas conditionné par le dernier. Cette situation correspond aussi à celle de la PASS historique de l'hôpital H, qui a été étudiée par Isabelle Parizot[40]. Elle y a observé un fonctionnement où le soin a la priorité sur la situation administrative. C'est dans le cadre d'un « univers symbolique médical » que, selon elle, « les intervenants agissent au nom d'une logique et de valeurs professionnelles [médicales], si bien que leur pratique n'est pas différenciée, dans sa forme ni dans sa signification, selon qu'elle concerne, ou non, des malades en situation de précarité »[41]. Les différents agents, malgré des avis différents, tendraient « tous à interpréter l'action de leur institution en fonction d'une même structure de sens[42] ».[43] Elle ajoute que la question de la couverture maladie est secondaire par rapport à celle de la prise en charge médicale.[44] Si cette situation a été rencontrée sur notre terrain, elle n'est pas une constante et il nous faut donc limiter la portée de l'analyse d'I. Parizot. On peut cependant supposer que, dans les PASS qui font primer l'aspect médical sur la solvabilité, le modèle professionnel organisationnel, porté par la nouvelle gestion publique ou *new public management*, n'est pas dominant. Cela permet de faire fonctionner la structure selon d'autres règles et d'autres normes (la mission première valorisée peut ainsi être celle de l'accès aux soins). Cependant, l'analyse d'I. Parizot ne résiste pas à la comparaison des pratiques du travail quotidien dans différentes PASS. L'activité d'ouverture de droits à l'hôpital ne peut pas être interprétée comme ayant pour unique but, signification ou représentation, l'amélioration de l'état de santé du patient, la dimension budgétaire joue ici un rôle central. Cette activité est ainsi parfois principalement tournée vers l'objectif de rendre solvables des patients.

Mais ce constat est à relativiser car, dans les PASS où le soin prime, cette priorité n'est pas forcément stable dans le temps. Cette situation typique a été, à la fois observée à maintes reprises dans les PASS des hôpitaux A et C, et entendue lors des entretiens avec les assistants sociaux dans d'autres structures. Elle concerne les patients qui ont déjà bénéficié du dispositif PASS et qui reviennent après un certain temps. Dans cette situation, les professionnels de la PASS (et surtout les assistantes sociales) exercent un contrôle renforcé pour vérifier que ces patients ont bien effectué les démarches pour récupérer une couverture maladie. Ceux qui ne l'ont pas

---

[40] Parizot, Isabelle, *op. cit.*, 2003.

[41] Parizot, *ibid.*, p. 155.

[42] I. Parizot reprend cette expression du sociologue G. Bajoit : « Aux catégories sociales qui entrent en relation, les structures de sens imposent (des) finalités à poursuivre, comme des contraintes structurelles. En effet, ces significations et ces orientations d'action s'articulent entre elles et forment des ensembles plus ou moins cohérents de représentations que l'on nomme idéologies. Chaque idéologie exprime ainsi le sens des relations sociales *pour un acteur*. (...) Les idéologies s'imposent aux catégories sociales par la pratiques de leurs relations, en leur faisant trouver tout naturel - alors que c'est en fait "tout culturel" - d'adopter et de poursuivre ainsi certaines finalités, donc d'accorder de la valeur et de la légitimité à certaines conduites et certains biens, plus et plutôt qu'à d'autres. » Bajoit, Guy, *Pour une sociologie relationnelle*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1992, 308 p., cité par I. Parizot, 2003.

[43] Parizot, *ibid.* p. 156, en italiques dans le texte original.

[44] *Ibid.* p. 178.

fait ou n'ont pas réussi, que ce soit parce qu'ils n'ont pas envoyé les papiers à temps, ont pris du retard ou ont vu leur dossier être refusé par l'assurance maladie, sont la plupart du temps sanctionnés par une exclusion (temporaire) de la structure[45]. Dans ce cas de figure, la primauté de l'accès aux soin sur l'accès aux droits n'est que temporaire. Elle est conditionnée à l'entreprise parallèle des démarches administratives. Si tous sont acceptés au départ dans la structure, sans condition de couverture maladie, le principe de solvabilité n'en est pas pour autant absent, il est seulement décalé dans le temps. Tout se passe comme si « l'univers symbolique médical » décrit par I. Parizot avait une fonction qui est certes porteuse de sens pour les professionnels, mais qui serait dévoyée par une organisation néo-managériale. La présence diffuse de cette dernière — qui endosse de plus en plus le rôle de la *doxa* dans le champ hospitalier — est profondément ancrée dans les représentations et les pratiques. En fin de compte, que ce soit dans les PASS transversales ostensiblement ouvertes aux nouvelles normes néo-managériales (PASS de l'hôpital B), ou dans des PASS dédiées qui se revendiquent de l'appartenance à une médecine engagée (PASS de l'hôpital A, C, E), la norme de l'acquisition d'une couverture maladie est une norme devenue fait social dans le sens où c'est une réalité *sui generis*, extérieure aux individus qui l'appliquent et au pouvoir coercitif[46].

## 1 - 4 Un dispositif mal vu et mal connu

La structure professionnelle et la division du travail horizontale entre les spécialités médicales, rendent le contexte hospitalier peu propice aux PASS. La PASS est globalement mal vue et mal connue dans l'hôpital. Les propos que nous retranscrivons ci-dessous du Dr Lachot, médecin responsable de la PASS spécialisée en gynécologie à l'hôpital C, et ceux du Dr Lacombessie, médecin vacataire à la PASS Apollinaire du même hôpital, illustrent différents effets découlant de cet état de fait :

> **Sarah Lachot** : « En tout cas, on n'est pas trop à plaindre nous ici par rapport, visiblement, à ce que j'ai pu entendre ailleurs. Simplement c'est un problème… les médecins qui s'occupent des exclus sont un peu exclus aussi (rire franc) ! »[47]

> **Dr Lacombessie** : « Ce que je veux dire, c'est que ça m'est arrivé d'être dans la mouise ici, d'avoir… il y a nécessité d'hospitaliser quelqu'un, pour une tuberculose osseuse, vertébrale, suspicion… n'importe

[45] L'exclusion du dispositif ou l'envoi de factures inscrivent les interactions entre les patients et les professionnels de la PASS sur un modèle d'insertion, ces interactions sont propres à la dimension assistancielle de la structure étudiée. L'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie s'intègre bien dans le mode de fonctionnement assistanciel qui se base sur la distinction entre bons et mauvais pauvres et sur la reconnaissance du mérite (*deservingness*). Cet aspect, que nous étudions plus en avant dans le chapitre VII, explique également la norme de *l'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie*.

[46] Durkheim, Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France/Quadrige, 2002 (1893), p. 14.

[47] Extrait d'entretien réalisé avec la médecin référente de la PASS spécialisée en gynécologie, hôpital C, mars 2012.

quel Français on l'aurait pris, parce que ce truc-là, ça peut donner une paraplégie, et voilà ! Et en fait le monsieur qui vit dans la rue, Égyptien, euh, sans Sécu, on va discuter quoi, on va discuter ! »
**J.G.** : « Et ça discute toujours au niveau de la spécialité, est ce qu'on va l'accepter ou pas ? »
**Dr Lacombessie** : « Alors là, c'est dans notre service, c'est en médecine interne. »
**J.G.** : « Et c'est qui qui va discuter, qui va prendre la décision ? »
**Dr Lacombessie** : « Bah, là-haut, je monte avec le dossier, je monte avec les images, "ah oui, c'est vrai bon, faudrait lui faire une ponction", "oui mais la ponction faudrait lui faire en HDJ (hôpital de jour)", donc déjà il faut l'hospitaliser. Je vais en radio, en radio on me dit "ouais mais bon nous… ce serait bien de le faire sur (l'autre hôpital du groupe hospitalier - GH)". Et là tu te dis "non mais sur (l'autre hôpital du GH), je vais jamais y arriver ! Il a pas de Sécu !" Enfin tu vois, il va refaire tout le truc sur (l'autre hôpital du GH) ! »
**J.G.** : « Donc du coup, il a un parcours de soin vraiment particulier parce qu'il a pas de Sécu. ? » […]
**Dr Lacombessie** : « […] Alors les radios avaient été faites. Mais il faut faire une ponction diagnostic. Et le monsieur, il est vraiment à la rue, il est vraiment à la gare du nord, machin. Et si tu veux, je sais pas, par moment, clairement, on discute le choix des collègues d'hospitaliser des patients PASS, enfin je veux dire, même pour une phlébite, avec un monsieur SDF d'origine polonaise, qui s'alcoolise de temps en temps. Certes, c'est pas le patient modèle, mais il a une réelle indication à être hospitalisé, et tu ne réfléchirais pas trois secondes pour… il ne peut pas marcher, donc tu le mets dans la rue, donc qu'est-ce qu'il va faire, tu vois. »
**J.G.** : « Et là à la fin il va quand même se faire hospitaliser, mais il va y avoir des négociations pendant… ? »
**Dr Lacombessie** : « Ouais, alors, je vais te dire comment ça s'est passé. Il est finalement hospitalisé, mais vraiment avec réticence, en disant "ouais mais vous êtes sûrs, parce que, bon…" Tu vois, on sent que c'est pas très naturel. Et puis après, on est monté avec Émilie (Dr Petit, P.H., responsable de la PASS) le voir, etc., et c'est "ouais, mais bon, votre patient…" Et en fait il y a un peu de rancœur, un peu de rancœur, de voilà.. »
**J.G.** : « Mais c'est aussi parce que derrière il y a un peu la peur qu'ils puissent pas le faire sortir rapidement parce qu'il est à la rue ? »
**Dr Lacombessie** : « Voilà, qu'il pète un peu le câble parce qu'il est alcoolique un peu chronique et que ça se passe pas simplement. »[48]

Les études sociologiques qui ont été faites sur les urgences hospitalières ont souvent insisté sur la dévalorisation du travail de ce service dans le contexte de la médecine hospitalière en raison de la dimension « sociale » (ou plutôt une dimension de la prise en charge qui dépasse l'acte technique médical) qu'il revêt[49]. À l'hôpital A, on appelle la PASS de manière péjorative le « service des étrangers ». Il y a une dévalorisation de la structure et du travail qui se focalise principalement sur les patients et le type de prise en charge qui leur est associé. Les patients de la PASS sont ceux dont tous les autres services (spécialisés et généralistes) ne veulent pas. Ce sont les patients qui sont tout au bas de l'échelle des valeurs « mobilisatrices » pour les médecins[50], et ce à deux égards.

Si les médecins se distinguent entre autres par les patients qu'ils soignent, cela se mesure à partir de deux éléments : la maladie et la classe sociale. Dans une structure hospitalière dominée par une organisation très divisée en de nombreuses spécialités et valorisant la technique, l'activité de la PASS et ses patients ne sont pas valorisés. À cela s'ajoutent les catégories

[48] Extrait d'entretien avec une médecin généraliste attachée à la PASS Apollinaire dans un grand CHU parisien. Mars 2012, hôpital C.
[49] Voir par ex. Belorgey, *op. cit.*, 2010.
[50] Dodier, Nicolas et Agnès Camus, « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, vol. 65, n° 1, 1997b, p. 109-119.

sociales (les plus basses), l'origine ethnique et les statuts administratifs des patients qui en font une population très stigmatisée, en général dans la société et en particulier à l'hôpital, dont le rejet peut aller jusqu'à leur ségrégation à l'intérieur de l'hôpital (voir chapitre III). Dans la division du travail hospitalier, l'activité de la PASS fait partie de celles qui ont été déléguées par les autres professionnels parce qu'elles étaient les moins honorables, c'est le sale boulot (*dirty work*)[51].

On peut également faire le parallèle avec ce qu'Alexis Spire a observé dans les préfectures à propos des services qui s'occupent des étrangers. Ces services sont dévalorisés au sein de la structure sociale de l'institution en raison du contact avec des populations elles-même dévalorisées et stigmatisées. Il y a un report du stigmate de la population sur le service qui les reçoit et sur ses agents. Le fait d'être au contact d'étrangers stigmatisés par nombre de discours politiques et médiatiques stigmatise les professionnels eux-mêmes, en les assimilant au public qu'ils reçoivent[52]. C'est ce que Sarah Lachot souligne dans l'extrait d'entretien ci-dessus lorsqu'elle établit un parallèle entre l'exclusion des patients des PASS dans le système de santé et l'exclusion (ou peut-être serait-il plus juste de parler de marginalisation) des professionnels des PASS dans l'hôpital. Le Dr Lacombessie, à travers les anecdotes racontant le parcours d'un patient de la PASS qui avait besoin d'être hospitalisé dans des services de spécialité, montre bien les mécanismes compliqués et multifactoriels qui rendent les patients des PASS et leurs médecins indésirables dans les autres services.

### 1 - 4 - 1 Division du travail et conception du soin

> **Dr Lacombessie** : « À l'hôpital J, j'ai géré des choses un peu dures avec de la neurologie. Mais aucun liens avec la spécialité ! »
> **J.G.** : « C'est-à-dire qu'on n'a jamais le même médecin au téléphone ? »
> **Dr Lacombessie** : « T'as un courrier au bout d'un moment. Parfois, ils demandent une prise de sang, le patient vient à la PASS, mais tu sais pas pourquoi, comment, machin. C'est très segmentaire comme prise en charge, je trouve ça encore plus segmenté qu'ici, tu vois, pour des raisons très organisationnelles je pense. Quelque part, je sais pas la vision d'un sociologue sur une structure hospitalière comme ça, mais quand un hôpital s'étale et est segmenté, bah les parties du corps aussi, et presque, on va dire, la vision du corps elle peut l'être encore plus, quand c'est en mono-bloc comme les hôpitaux américains ou Bichat ou ici, il y a quand même moyen de créer des liens. Ici, moi tout à l'heure, je parle au gastro-entérologue du patient que je viens de voir. Enfin voilà, ça circule. »[53]

La division horizontale du travail hospitalier en de nombreuses spécialités peut gêner la velléité d'exercer une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Le contact avec les autres services, nécessaire pour avoir un suivi du patient au niveau de la PASS, est parfois rendu

[51] Hughes, Everett C., *Le regard sociologique: essais choisis*, Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 1996, 344 p.
[52] Spire, Alexis, *Accueillir ou reconduire : Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, 2008, 124 p.
[53] Extrait d'entretien avec une médecin généraliste attachée à la PASS Apollinaire dans un grand CHU parisien, ancienne attachée à la PASS de l'hôpital J. Mars 2012, hôpital C.

difficile par des pratiques professionnelles différentes. Le contexte général et la prédominance d'autres modèles organisationnels à l'hôpital — notamment le fait de la spécialisation et de la technicisation de l'activité médicale — font que de nombreux services et soignants ne s'intéressent pas du tout à la dimension sociale de la prise en charge hospitalière, celle-ci est parfois complètement occultée. Cela dénote une conception du soin différente. Ce problème est bien illustré par ce que l'assistante sociale des urgences de l'hôpital K raconte à propos des médecins traumatologues :

> **A.S. des urgences** : « Bah oui ça existe. Je vais vous donner un exemple très concret, parce que moi je fais les urgences, et les urgences sont séparées en deux parties, vous avez les urgences côté médecine et les urgences traumato. Les traumatologues, par définition, ce sont des traumatologues dans toute leur splendeur, alors c'est, 'voilà, monsieur il a sa jambe cassée voilà parfait, je lui soigne sa jambe, je ne lui pose aucune question, il part.' Ça c'est une grande spécialité des traumatologues, et tout le monde le reconnaît, même leurs confrères, et vous avez des médecins, la précarité, ils s'en fichent complètement. C'est le patient, la pratique et, après chez les traumatologues vous allez en trouver un ou deux, voilà, qui vont être plus ou moins sensibilisés, mais les trois quarts des traumatologues ça ne fonctionne pas comme ça. Donc, après, je pense qu'il y a aussi une question, je sais pas, peut-être de formation, de spécialité, qui fait qu'on est sensible ou pas. Voilà parce que vous avez des traumatologues qui vont peut-être demander à quelqu'un de soigner une plaie, enfin de faire quelque chose en tout cas de médical, sans se poser la question de, dans quelles conditions cette personne vit, et est-ce qu'elle pourra… »[54]

Il y a ici deux conceptions du soin différentes, une conception (celle des traumatologues) qui considère le soin autour de l'organe et dans l'immédiateté : quelque chose est cassé, il faut le réparer. Et l'autre (celle des assistantes sociales dans la tradition du service social hospitalier et, plus généralement, celle de l'espace du soin de la précarité), davantage centrée sur du patient dans sa globalité, qui intègre sa situation sociale dans la prise en charge. La prédominance d'une organisation du travail découpée en spécialités et selon les parties corps, valorisant l'acte médical technique dans l'espace des pratiques médicales, rend la première conception du soin assez courante à l'hôpital et légitime, alors que la seconde se rencontre moins souvent. Cependant, il ne faudrait pas dépeindre un tableau manichéen de ce rapport de forces. Comme on l'a vu dans le premier chapitre, à l'intérieur de l'hôpital moderne coexistent différents sous-espaces qui adoptent des pratiques et conceptions du soin qui leurs sont propres. La seconde conception du soin est prédominante dans plusieurs segments de la profession médicale (même si ces derniers sont globalement dominés dans le champ hospitalier). Ainsi, d'autres sous-espaces existent avec lesquels la PASS partagent des conceptions et des pratiques du soin communes, notamment dans les services qui prennent en charge des maladies chroniques.

[54] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistante sociale des urgences dans une PASS transversale d'un CHU d'une ville de la banlieue parisienne défavorisée. Janvier 2011, hôpital K.

## 1 - 5 Conclusion partielle

Que ce soient la mesure de l'activité, les factures ou la place de la PASS dans la division du travail hospitalier, les modèles organisationnels prédominants de l'hôpital (celui de la profession médicale et celui inspiré du NPM) créent un contexte défavorable à une organisation des PASS inspirée du soin de la précarité. Dans les deux parties suivantes, nous montrons, à partir de trois cas concrets, comment ces deux modèles organisationnels peuvent menacer jusqu'à l'existence de la PASS.

# 2 NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE : LES PASS EN DIFFICULTÉ

> « Peu ou prou, tous les hôpitaux entrent dans la stratégie du développement par la technique, le cercle vertueux (pour les hôpitaux) consistant à muscler suffisamment le plateau technique pour attirer des médecins talentueux et susceptibles de développer un créneau attractif, la clientèle supplémentaire permettant de justifier l'acquisition de nouvelles ressources »[55].

Les difficultés auxquelles les PASS se confrontent et qu'on a évoquées dans la première sous-partie de ce chapitre — que ce soit au niveau de la mesure de l'activité, du blocage des factures ou de la division du travail — révèlent une structure hospitalière dont l'état des rapports de forces est dominé par les modèles organisationnels à la fois néo-managérial et de la profession médicale (dont le découpage en spécialités), tous deux peu adaptés à une médecine généraliste et sociale portée par les PASS de l'espace du soin de la précarité. Les activités permettant d'accumuler du capital spécifique légitime se situant ailleurs que dans la PASS, il n'est pas étonnant que la structure hospitalière et ses acteurs dominants choisissent de privilégier d'autres activités, voire, en allant un peu plus loin dans cette direction, créent une dynamique périlleuse pour les PASS.

L'histoire des PASS René Barthe de l'hôpital A, Apollinaire de l'hôpital C et de la PASS gynécologique (appelée couramment PASS Gynéco) sont symptomatiques des conséquences désastreuses de la mise en place de la nouvelle gestion et gouvernance hospitalière. Ces trois PASS ont en commun de subir depuis le début des années 2000 des rapports de force à l'intérieur de leur hôpital qui sont largement à leur désavantage. Cela est dû au fait qu'elles sont toutes les trois issues des PASS dédiées pionnières créées avant la loi de 1998 et qui ont été et sont

[55] Moisdon, J.-C., « L'hôpital entre permanences et mutations », *in* Baszanger, Isabelle, Martine Bungener et Anne Paillet (eds.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, France, la Dispute, 2002, p.35-54 (p. 38).

toujours les vitrines des conceptions et pratiques du soin portées par l'espace du soin de la précarité, conceptions et pratiques qui divergent de celles dominantes, comme on l'a déjà vu. Les cas de ces trois PASS ne sont pas isolés, au contraire, ces situations sont plutôt la règle. Nous avons limité l'analyse à ces trois cas, mais nous aurions pu multiplier les exemples dans d'autres hôpitaux.

## 2 - 1 La PASS René Barthes

Comme on l'a vu au chapitre précédent le centre René Barthe a connu une période faste au moment de sa création en 1995 et ce jusque 1999. Soutenue par le Pr Follereau et par la direction hospitalière, la PASS avait une forte activité et s'inscrivait dans un espace du soin de la précarité à la fois hospitalier et associatif.

### 2 - 1 - 1 Le délitement du centre René Barthe

> **Anne Jourdan** : « Après sur le terrain, il (Paul Follereau) est pas toujours là quoi, il fait un beau jouet, mais après, il faut apprendre à s'en servir quoi ! Il est un peu carriériste, il est un peu abando..., enfin je sais pas comment dire, en tout cas il abandonne facilement ses équipes. »
> **J.G.** : « En tout cas vous avez eu l'impression de vous être fait lâcher par Follereau ? »
> **Anne Jourdan** : « Oui, dès le début. À partir du moment où il y a eu des médecins présents, la responsabilité médicale était remplie, donc on le voyait plus. » [...]
> **J.G.** : « Donc ça s'est à peine mis en place, que ça commence déjà à se déliter un peu ? »
> **Anne Jourdan** : « Ça s'est pas délité, parce que les deux premières années les gens qui étaient là, étaient vraiment partie prenante, mais c'est épuisant, c'est épuisant. Parce que, parce qu'on a pas l'espace suffisant pour avoir du recul, on n'a pas l'outil pour négocier non plus, ni avec le corps médical ni avec la direction, on avait personne pour négocier. Ce n'est pas un vacataire qui va aller négocier. »[56]

Anne Jourdan a quitté René Barthe en 1999, peu de temps après que son collègue infirmier Daniel Brasseur, avec qui elle travaillait en binôme, a changé de poste et que Paul Follereau s'est désengagé de la structure. Pendant l'entretien, elle nous raconte que, lorsque son collègue infirmier est parti, elle s'est sentie seule et isolée au sein de la PASS face au nombre important de patients. Une infirmière l'avait bien remplacé, mais celle-ci ne supportait pas bien la structure et était très souvent en arrêt maladie. De plus, la direction de l'hôpital avait changé peu de temps avant et était moins bienveillante à l'égard de la PASS. Outre ce contexte défavorable, le manque d'investissement du directeur de la PASS, le Dr Follereau, a gêné la résolution des problèmes qui s'étaient formés et la négociation institutionnelle de la pérennité

[56] Extrait d'entretien mené avec l'assistante sociale présente à la création et au début du centre René Barthe (1996-1999). Local associatif, mars 2011.

de cette jeune structure. Du côté de l'équipe médicale, certaines consultations n'ont pas été remplacées lorsque les médecins sont partis, d'autres consultations avaient basculé vers une médecine générale plus traditionnelle avec une patientèle fixe et ne fonctionnant que sur rendez-vous (ce qui a eu pour conséquence de réduire les capacités d'accueil de la PASS pour les nouveaux patients qui avaient des problèmes d'accès aux soins). La PASS était par conséquent beaucoup moins fréquentée que lors des premières années.

> **Sarah Benamou** : « C'était un agent administratif qui était là, qui était lié aux traitements externes, c'est lui qui bloquait (les factures)… Donc avec lui on faisait le point tous les mois, c'est lui qui donnait (aux patients) des fiches de circulation et qui voyait le parcours du patient. Quand c'est nécessaire, il me l'orientait. »
> **J.G.** : « D'accord… et qui pouvait donner des bons, enfin qui pouvait délivrer des PASS pour que les patients n'aient pas à payer ? »
> **Sarah Benamou** : « Oui. Voilà, exactement, c'était pas sous cette forme mais c'était équivalent pour pas qu'ils reçoivent de factures. Et moi je faisais donc l'accompagnement social à l'ouverture de droit, donc… »
> **J.G.** : « Et donc, ça a changé le travail… ? »
> **Sarah Benamou** : « Bah, bah depuis qu'il est plus là oui ça a changé puisque les traitements externes n'ont pas une personne dédiée à cette facturation des précaires et… C'est pour ça que certains (patients) reçoivent des factures. Et puis, c'est rare de faire le point par rapport aux patients. Je veux dire, il a laissé plein de cartons, là, là, de facturation. Personne n'a repris… » […]
> **J.G.** : « Et il est parti parce que… ? »
> **Sarah Benamou** : « Bah parce que ça a commencé le euh… le truc de "faut éviter de recruter des gens qui peuvent ne pas servir pour l'hôpital" (rires). Il a fait parti des premiers à être ballotté. »[57]

La centre René Barthe s'est lentement replié sur sa dimension sociale et infirmière et a été de moins en moins fréquenté par les patients ; ils n'arrivaient plus que par l'intermédiaire des urgences, identifiés par l'assistante sociale des urgences qui les envoyait vers l'assistante sociale de la PASS lorsqu'ils n'avaient pas de couverture sociale. L'infirmière et la nouvelle assistante sociale, Sarah Benamou (voir notice biographique en annexe 2 - 8) n'étaient pas originaires de l'espace du soin de la précarité et n'étaient intégrées dans aucun réseau qui aurait pu donner une visibilité et amener des patients à la PASS. Les consultations médicales sans rendez-vous se sont progressivement réduites à une seule demi-journée par semaine tenue par le Dr Lamontagne. En 2005, Thomas Lamontagne a écrit une lettre au chef de médecine interne pour indiquer que Paul Follereau était payé pour faire trois demi-journées de vacations qu'il ne faisait plus depuis longtemps (au moment de notre entretien, Paul Follereau évoque son départ de la structure aux alentours de 1998). Cet événement a causé le départ définitif de Paul Follereau de la direction de la PASS et, de fait, de l'hôpital A. Avec son départ, la PASS René Barthe perd le personnage emblématique créateur de la structure, alors qu'elle avait d'ores et déjà perdu une partie des acquis qu'elle avait obtenus durant les premières années.

[57] Extrait d'entretien mené avec l'assistante sociale de la PASS-René Barthe. Décembre 2010, hôpital A

> **Sarah Benamou** : « Voilà ! Oui, je sais que si je n'étais pas là je pense qu'il n'y aurait pas de pérennité du dispositif. Parce que les médecins vont..., il n'y a que Thomas qui... et Nadir, qui sont restés, mais sinon avec le départ de monsieur Follereau, ça aurait pu partir euh... [...]. Et puis Marie-George (directrice de la PASS entre 2005 et 2006), elle a été nommée sans vraiment vouloir être à ce poste. Oui, parce qu'il fallait quand même un responsable pour le centre, fallait, parce que quand il y a une difficulté quand même, il faut quand même un responsable. Et, en fin de compte, elle n'a pas pris le temps de, elle avait d'autres ambitions quoi. Elle a pas pris le temps de comprendre, de connaître le dispositif. Et donc même pas une année elle était avec nous, et après elle est partie. »[58]

En 2006, la direction de l'hôpital, en accord avec le Pr Gillon, décide d'intégrer le centre René Barthe à la policlinique argumentant qu'il était stigmatisant d'avoir un service réservé à la précarité (que les employés de l'hôpital avaient surnommé « le service des étrangers »). Ce changement a eu plusieurs effets. D'une part, les patients du centre René Barthe ont désormais été reçus à l'accueil de la policlinique et pouvaient attendre dans la salle d'attente de cette dernière (voir le schéma de la PASS dans le chapitre III, carte n° 2). De l'autre côté, cette entreprise de regroupement des deux activités sur un même lieu a permis de mutualiser le personnel dédié de la PASS-René Barthe avec celui de la policlinique. Dans les faits, la PASS a en grande partie perdu son infirmière et son aide-soignant dont les temps de travail ont été largement absorbés par les autres activités de la policlinique. Il ne restait donc à ce moment qu'une assistante sociale chargée de la PASS et une demi-journée de consultation de médecine générale sans rendez-vous tenue par Thomas Lamontagne. La direction de la PASS avait été confiée à la nouvelle directrice de la policlinique. Celle-ci n'est restée qu'un an à ce poste et ne et ne s'y est jamais vraiment intéressée. C'est Thomas Lamontagne qui a ensuite assuré l'intérim à la direction de la PASS, jusqu'à ce qu'il convainque le Dr Jean-Paul Vandenbulck de prendre cette responsabilité à la fin de l'année 2007.

La période 1999-2007 est donc marquée, notamment, par le désinvestissement, puis le départ, du Dr. Follereau, par le délitement de la structure et un certain éloignement par rapport aux pratiques et conception du soin de la précarité. Cette dernière caractéristique s'explique par les départs successifs des médecins et de l'assistante sociale engagés dans la lutte pour l'accès aux soins des exclus du système de santé et issus de l'espace du soin de la précarité. L'insuffisante présence du Dr Follereau a mis en danger la pérennisation de la PASS, ou pour le moins l'a largement fragilisée. La faible représentation des membres de l'espace du soin de la précarité à l'intérieur de l'espace de la médecine hospitalière empêche par ailleurs un renouvellement « naturel » des porteurs de sa conception et sa pratique du soin à l'intérieur de la PASS. Il est bien souvent nécessaire de les recruter de manière exogène, à l'extérieur de l'hôpital. La direction, peu soucieuse de conserver la PASS, a laissé le dispositif se vider de sa substance peu à peu. L'arrivée du Dr Vandenbulck a

[58] *Id. ibid.*

redynamisé la PASS, mais l'équipe reste régulièrement confrontée à une direction peu favorable, voire malveillante.

### 2 - 1 - 2 Des rapports conflictuels avec la direction

#### a) L'attentisme

La question de l'absence de signalétique de la PASS-René Barthe à l'intérieur de l'hôpital revient souvent lors des réunions mensuelles du comité de pilotage. L'équipe argue qu'il est difficile pour les patients de trouver la PASS dans l'hôpital car aucun panneau ou fléchage n'existe. L'assistante sociale m'explique en aparté que cette demande est revendiquée par l'équipe médico-sociale depuis la création de la PASS, mais que la direction n'a jamais rien fait. La direction concède que c'est un problème qui devrait être réglé mais reporte toujours sa résolution à plus tard. L'invisibilisation de la PASS à l'intérieur de l'hôpital fait, d'une certaine manière, écho à celle de ses patients : la visibilité de la PASS et celles de ses patients ne sont pas souhaitées par des acteurs dominants de la structure qui jouent de leur pouvoir d'action pour qu'elles soient réduites au maximum[59].

Pour expliquer cette attitude de la direction, l'équipe de la PASS évoque la peur de l'« appel d'air »[60] : la direction redouterait un afflux important de patients en ayant une PASS trop visible (voir chapitre III). Ce raisonnement, que l'on retrouve dans les discours des politiques conservatrices, consiste en l'idée qu'une politique ou un dispositif d'assistance qui serait trop ouvert ou trop avantageux attirerait des usagers à l'extérieur de sa zone d'activité[61]. Cette stratégie attentiste, qui consiste à reconnaître l'existence d'un problème, mais de toujours remettre à plus tard sa résolution[62], se retrouve également au sujet des problèmes informatiques que rencontre la PASS René-Barthe (voir *supra*) et traduit surtout une mauvaise volonté de la direction en ce qui concerne la résolution de ses problèmes.

---

[59] La même situation a été rencontrée à l'hôpital D : Marie Boucaux : « Qu'on nous dirige les patients et que les patients soient bien dirigés ! Parce que tu vas sur le site de l'hôpital, la préca', c'est marqué, du lundi au vendredi sans rendez-vous bâtiment X. Moi je suis arrivée en 2009, c'était déjà sur rendez-vous et c'était plus du tout à X et ça doit faire 6 ans que c'est comme ça. Mais sur le site internet c'est toujours pas changé. Je l'ai déjà signalé, ça fait deux ans que je le signale et c'est pas modifié. L'information elle a du mal à circuler à l'intérieur de l'hôpital. » (Extrait d'entretien réalisé avec l'infirmière référente de la PASS d'un CHU d'une banlieue parisienne plutôt favorisée. Mars 2012, hôpital D).

[60] Voir Geeraert, Jérémy, « Le social à l'hôpital. L'accès aux soins des populations en situation de grande précarité économique et sociale », Mémoire de Master Recherche, Santé, Populations et Politiques sociales, EHESS, Paris 13, 2011, voir p. 57-58.

[61] Ceci est une caractéristique des politiques d'assistance qui ont un ancrage fort dans un territoire déterminé. Voir à ce propos : Astier, Isabelle, « Le contrat d'insertion. Une façon de payer de sa personne? », *Politix*, vol. 9, n° 34, 1996, p. 99-113 ; Castel, Robert, *Op. cit.*, 2007, p. 766, notamment la première partie de l'ouvrage sur les caractéristiques du social-assistanciel.

[62] Voir Geeraert Jérémy, *op. cit.*, p. 85.

### b) L'attaque

> **Amandine Cornet** : « Et on voit que sur les sites, il y a des gros combats, je dis "combats" parce que des fois c'est vraiment des affrontements pour avoir été interpellée par René Barthe pour me demander… J'ai jamais répondu, j'étais consciente… je n'ai pas moi mon rôle d'arbitrage… Parce qu'il y avait une vraie guerre entre le service social, mais bras armé entre guillemets de la direction sur la gestion et la dépense et une équipe médicale, mais une équipe peut-être pluridisciplinaire dans l'espace René Barthe qui souhaitait garder la liberté de l'évaluation et de l'accueil des patients, tous patients confondus. Et on voit bien qu'il y a une chose-là, il y a ce que les directions déclinent et qui passe par le service social pour faire passer, alors que c'est pas le rôle du service social de faire passer […], mais comme on est rattaché aux directions, on peut que… voilà. »[63]

Amandine Cornet, la coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP évoque dans cet extrait d'entretien les conflits entre les employés de la PASS René-Barthe de l'hôpital A d'une part et la direction et la cadre du service social de l'hôpital d'autre part. La directrice « Qualité - Gestion des Risques - Droits des Patients » en charge du dossier PASS, la cadre du service social et la cadre responsable des traitements externes se sont toutes les trois liguées contre l'équipe de la PASS-René Barthe et ses conception et pratiques du soin. L'enjeu pour elles est d'empêcher l'accès au dispositif à certaines catégories de patients, celles parmi les moins solvables. Aux côtés du système automatisé de facturation et de l'absence de signalisation qui gênent et perturbent l'accès à la PASS, elles ont décidé d'interdire directement l'accès à la PASS à certaines catégories de patients en se basant sur des situations administratives. La première catégorie à s'être vue refuser l'accès au dispositif a été celle des patients sous visa touristique. Ensuite cela a été le tour de la catégorie des patients sous visa européen (souvent un visa de travail italien ou espagnol). Les patients de cette catégorie sont théoriquement assurés dans le pays émetteur du visa, mais doivent faire l'avance des frais ; or ils viennent justement à la PASS parce qu'ils ne peuvent pas faire l'avance des frais ou que le remboursement ne fonctionne pas et que ces frais restent donc à leur charge. Et enfin, c'est la catégorie des patients étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis moins de trois mois et ceux qui n'ont pas les preuves de ces trois mois de présence (et qui n'ont donc aucun recours possible à une couverture maladie) qui a été interdite de PASS. Toutes ces catégories de patients comptent parmi les plus précaires dans le domaine de l'accès aux soins car ce sont justement ces catégories « d'étrangers précaires indésirables » à l'intérieur de l'État social, les « sans droits potentiels », celles qui ne sont pas couvertes parce que leur statut administratif fait qu'elles passent à travers les filets de la protection sociale. Le discours justifiant cette exclusion se base directement sur ces catégories administratives, mais surtout sur ce qui rend ces catégories illégitimes (discours principalement basé sur le mérite, voir

[63] Extrait d'entretien avec la coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP, février 2013, siège de l'AP-HP.

chapitre VII). De l'autre côté, la raison implicite de l'exclusion de ces catégories du dispositif est celle de la non-solvabilité.

Ces consignes, émanant de la hiérarchie non médicale, n'ont pas été établies de manière transparente et officielle, mais plutôt à partir d'échanges informels et de consignes orales (à part pour les patients sous visa qui ont été explicitement exclus de la PASS). Les consignes restrictives étaient adressées à l'assistante sociale et venaient de sa hiérarchie, la nouvelle cadre du service social. Cette dernière a commencé à régulièrement s'immiscer dans le travail de l'assistante sociale de la PASS, Sarah Benamou, pour la rappeler à l'ordre en lui signalant qu'elle devait limiter l'émission de « bons PASS » et la sermonner lorsqu'un bon PASS était délivré à un patient qui ne faisait pas partie de la bonne catégorie.

Mais la cadre du service social n'est pas la seule à exercer des pressions sur Sarah Benamou, comme l'illustre cette situation qui met en scène la cadre du service des traitements externes (qui s'occupe de la facturation). Dans le mail interne qu'elle adresse à Sarah Benamou et à sa responsable du service social à la fin de l'année 2013, la cadre du service des traitements externes écrit sa « grande surprise » face à un dossier PASS qui autorise des soins en hôpital de jour (HDJ) pour une patiente qui est en attente d'une AME. Elle indique qu'elle refuse d'ouvrir le dossier d'HDJ parce qu'elle n'est pas sûre de la rétroactivité des dépenses engagées et conseille de faire suivre la patiente dans le service de dermatologie en « externe ». Elle termine son mail en disant sur un ton sarcastique qu'elle accepte d'ouvrir le dossier d'HDJ à condition que Mme Benamou lui communique ses coordonnées bancaires pour payer la facture dans le cas où la rétroactivité ne fonctionnerait pas[64]. Ce mail, dont nous avons pu découvrir le contenu par l'intermédiaire du Dr Vandenbulck, a fait l'objet d'une discussion avec la directrice « Qualité - Gestion des Risques - Droits des Patients » en charge du dossier PASS peu de temps après lors d'une réunion du comité de pilotage. Dans la première version du compte rendu rédigé par les médecins de l'équipe de la PASS, l'incident et la discussion sont relatés[65]. Il y est d'abord écrit que Sarah Benamou a précisé lors de la réunion qu'elle ne délivrait de bons PASS que lorsqu'elle était sûre de la régularisation de la facturation par un remboursement rétroactif, c'est-à-dire à des patients relevant de la CMU ou de l'AME[66]. Les médecins indiquent à ce propos qu'ils lui font plutôt le reproche inverse de trop souvent refuser le « bon PASS »[67]. La directrice explique quant à elle que les prises en charge programmées en HDJ ne sont pas possibles dans le cadre de la

[64] Il est peut-être utile de préciser que l'hôpital de jour, alternative à l'hospitalisation, est une prise en charge ambulatoire, mais qui est considérée comme de l'hospitalisation et ne peut donc être pris en charge dans le cadre de la PASS. Aujourd'hui, l'accès à l'hôpital de jour est réservé aux seuls patients couverts.

[65] Le compte rendu m'a été envoyé par le médecin responsable de la PASS.

[66] On note que l'assistante sociale a intégré la norme de solvabilité transmise par la direction, qui ne correspond pas à ce qui est prescrit par la loi et historiquement par l'espace du soin de la précarité. Elle ne délivre des bons PASS qu'aux patients avec des droits potentiels.

[67] Montrant ainsi que l'assistante sociale est dans une situation d'injonctions paradoxales entre ce qui est prescrit par l'équipe médicale de la PASS et ce qui l'est par la direction.

PASS, par contre elle précise que les urgences sont toujours prises en charge[68]. Il sera toujours possible de réaliser les examens nécessaires mais ceux-ci seront facturés en tant qu'examens complémentaires et non en tant qu'HDJ ce qui permettrait une régularisation comptable *a posteriori* en cas d'obtention de la couverture sociale. Dans la seconde version, version définitive corrigée par la directrice, toute cette partie a été supprimée, il est seulement fait mention d'une « incompréhension » à propos d'une patiente du dispositif PASS programmée en HDJ et que le directeur des services financiers et la cadre des services externes seront invités à la prochaine réunion pour éclaircir les circuits des factures[69].

Ces échanges, tout comme la bataille pour avoir le pouvoir sur la narration des événements, montrent le climat tendu dans lequel la PASS René-Barthe se trouve à ce moment-là. La direction agit dans le but de réduire l'activité de la PASS concernant la prise en charge des patients qui ne sont pas solvables. La volonté de réduire les coûts débouche sur une réduction de l'accès à des prestations médicosociales pour les patients non solvables ; le moyen mobilisé est celui du contrôle de l'octroi de l'aide *a posteriori*. Cela a pour effet de durcir explicitement les règles d'accès, mais aussi d'inciter les assistantes sociales à réduire de manière générale l'accès en véhiculant l'idée que l'aide est une ressource rare qui ne doit pas être distribuée à tous les patients qui se présentent.

La même logique qui consiste à chercher à faire des économies grâce à la restriction de l'accès à une prestation sociale (ou ici médicosociale) par le contrôle *a posteriori* a été décrite par Vincent Dubois dans son enquête sur les contrôleurs des Caisses d'allocations familiales (CAF). Le parallèle qui peut être établi souligne l'aspect plus général du phénomène qui concerne les politiques d'assistance et le traitement de la question sociale par l'État social[70].

[68] La directrice instaure donc la règle d'une restriction des possibilités de prise en charge pour les patients sans couverture maladie. La prise en charge en urgence ne relève de toute façon pas du financement PASS, mais d'une procédure « Soins urgents » qui permet de rembourser au tarif de la Sécurité sociale les soins réalisés.

[69] Ce document m'a également été envoyé par le médecin responsable de la PASS René Barthe.

[70] Dubois, Vincent, « Le paradoxe du contrôleur », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 3, 2009, p. 28-49. Nous analyserons les ressorts de la politique d'assistance dans la troisième partie de la thèse.

### *Extraits du compte rendu de la réunion du comité de pilotage de la PASS René Barthe*

*« **Mmes [Cadre du service social] et Sarah Banamou** soulignent que la présence des associations ne permet pas d'échanger librement sur des sujets purement internes à l'hôpital qui ne regardent pas les associations dont les critiques souvent injustifiées "On ne sait pas faire" mettent le service social en position d'accusé.*
*Les tableaux d'activité du service social ont permis de valoriser le travail de la PASS qui permet aux bénéficiaires du "Bon PASS" d'avoir accès à toute la gamme de soins et à l'interprétariat d'"Inter service Migrant" ce qui n'est pas le cas dans d'autres hôpitaux de l'AP-HP. Ces tableaux d'activités montrent que le dispositif PASS a pris en charge 556 patients dont 385 patients en attente d'AME dont certains sont depuis 10 mois dans le dispositif étant hébergés dans des structures type "lits haltes soins santé" (LHSS) qui n'assurent pas la délivrance des médicaments et des consommables ni les transports vers l'hôpital.*
*Le service social est confronté à des patients qui soumettent les assistantes sociales à de fortes pressions pour entrer dans le dispositif médicosocial parfois alors qu'ils ne font pas les démarches permettant l'ouverture de ces droits. Certains services imposent de recevoir ces patients immédiatement même quand cela n'a pas de caractère d'urgence.*
***Les Dr Vandenbulck et le Dr Lamontagne** soulignent que la direction, quand elle demande au service social de faire rentrer dans le dispositif PASS les patients qui nécessitent une prise en charge médicale comme les diabétiques et les hypertendus non traités – à l'exception de ceux qui relèvent des "Soins Urgents"- au cas par cas s'ils sont insolvables et sans droits potentiels, ne s'engage pas assez. L'absence de directives claires pèse sur le fonctionnement du service social. Le Dr Vandenbulck évoque l'arbitrage de l'ARS dont des textes récents aideront à sortir du flou pour arriver à des décisions consensuelles sur le degré d'urgence.*
*Concernant l'interprétariat, le Dr Vandenbulck rappelle que la récente circulaire du ministère de la santé concernant les PASS fait de l'accès à l'interprétariat téléphonique une exigence de critère. Ne pas le financer exclut le dispositif des crédits MIG PASS dédiée. » (Septembre 2013)*

---

L'extrait du compte rendu de la réunion du comité de pilotage qui a précédé celle concernant les patients PASS et l'HDJ, reproduit dans l'encadré n° 7 ci-dessus, est aussi révélateur des tensions entre l'équipe médicale de la PASS (porteuse des normes de l'espace du soin de la précarité), d'une part, et la direction et le service social, d'autre part (porteurs des normes néo-managériales et budgétaires). On le voit tout d'abord à la manière dont le compte-rendu est construit, désignant en gras les deux parties qui s'affrontent. Ensuite, si l'on regarde du côté de l'équipe médicale, les critiques portent sur le flou des critères d'éligibilité au dispositif PASS et une politique du « cas par cas » qui entraînerait une inégalité de traitement (voir partie III), l'équipe rappelle les consignes officielles qui prescrivent une pratique (l'interprétariat par téléphone) qui est, de l'autre côté, vantée par le service social comme étant le signe que la PASS René Barthe serait une élève modèle parmi celles de l'AP-HP. L'équipe sociale, de son côté, se plaint à la fois des services de spécialités qui lui envoient des patients (indésirables) et des patients

eux-mêmes (qui exerceraient des « pressions » sur les assistantes sociales) et prône à travers cela deux principes de fonctionnement : on ne doit recourir à la PASS qu'en situation d'urgence et l'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie comme condition d'inclusion dans le dispositif. Mais c'est surtout la présence des associations lors de ces réunions qui est tout d'abord désignée comme problématique. Les associations dont il est question ici sont le Comede et Médecins du Monde ; ces associations, qui militent pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, constituent le pendant non-hospitalier de l'espace de la précarité. Celles-ci jouent un rôle de garde fou (voir chapitre suivant) vis à vis du nouveau modèle de l'organisation hospitalière. La tentative de les évincer du Comité de pilotage apparaît comme une stratégie qui permettrait d'assoir la position dominante des normes néo-managériales et financières. Le Dr Vandenbulck avait rappelé, lors d'une autre réunion, que la présence des associations faisait partie du cahier des charges (recours aux textes officiels) du comité de pilotage des PASS (c'est ce qui est, en effet, préconisé par les différentes circulaires). Pour remédier à ce problème, la direction et le service social ont décidé d'organiser des « réunions techniques » qui précèdent dans le temps les réunions du comité de pilotage et où les associations ne sont pas conviées. Depuis la fin de l'année 2014, il y a donc régulièrement des réunions dites « préparatoires » ou « techniques » auxquelles les associations ne sont pas conviées.[71]

## 2 - 2 La nouvelle gouvernance et le service social

### 2 - 2 - 1 La réduction du service social

Depuis 2005 environ, la direction de l'hôpital A s'est attachée à réduire l'activité du service social. Ainsi, la moitié des assistantes sociales n'a pas été remplacée, si bien qu'aujourd'hui l'hôpital n'en compte plus qu'une douzaine sur les vingt-quatre qu'il employait au début des années 2000. Le service social employait également deux cadres dans les années 1990 qui n'ont pas non plus été remplacées[72]. Au moment de l'enquête de terrain, le service social fonctionnait

[71] D'autres stratégies sont mobilisées par des directions malveillantes afin de gêner ou de réduire l'activité de la PASS. La direction de l'hôpital I, grand CHU d'une grande métropole de région, par exemple, a refusé de mettre à disposition un deuxième box aux moments de la semaine où deux médecins de la PASS consultent en même temps. Le résultat assez absurde qui en découle – et que j'ai pu observer quand je les ai rencontrés – est que les médecins consultent à tour de rôle dans le seul box mis à leur disposition.

[72] Pourtant, à en croire le guide MIGAC 2013, l'existence de la MIG précarité avait pour but d'éviter ce genre d'évolution à laquelle la nouvelle gouvernance semble mener inexorablement. Le GH de l'hôpital A touche tous les ans environ deux millions d'euros de MIG précarité (en comparaison la MIG PASS est de 820 000 euros pour le GH). Cette MIG « sert à financer les surcoûts structurels et organisationnels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires (francophones ou non francophones) au sein de la population prise en charge dans l'établissement de santé. Il s'agit majoritairement de frais de personnel dédié (y compris interprètes/médiateurs éventuels) et de factures impayées. [...] » (Circulaire, *op. cit.*, 2013b, p. 251). Ce « personnel dédié » réfère bien évidemment en grande partie aux assistantes sociales... Mais là aussi, la MIG précarité semble avant tout servir d'instrument de régulation budgétaire à l'hôpital afin d'atteindre cet équilibre que la nouvelle gouvernance impose à travers ses modes de financement et de fonctionnement.

sans responsable depuis trois ou quatre ans déjà, il était donc dépourvu d'agent hiérarchiquement mandaté pour le diriger ou pour entreprendre des négociations avec la direction. Les assistantes sociales étaient plus ou moins livrées à elles-mêmes et il n'y avait quasiment aucun contrôle de leur travail. L'hôpital employait officiellement une secrétaire à plein temps pour le service social, mais qui était en formation depuis un an au moment de l'enquête, et une autre secrétaire à 80 %. Un autre signe fort de cette évolution a été la manière dont le problème de l'absence de personnel encadrant dans le service social a été réglé à l'été 2011. Dans la logique de la réforme qui a instauré les Groupes Hospitaliers, la direction a décidé de « mutualiser » les ressources du service social de l'hôpital A avec celles d'un autre hôpital qui fait parti du même Groupe Hospitalier : la cadre du service social de l'autre hôpital a ainsi hérité de la charge des services sociaux des deux hôpitaux. La charge de travail a cependant dû être trop importante car il a été décidé par la suite qu'elle ne s'occuperait plus que du service social de l'hôpital A et que la cadre sociale du troisième hôpital prennent en charge les deux autres services sociaux (l'hôpital A est le plus grand des trois hôpitaux). Le choix de cette personne n'a pas été fait au hasard puisque, comme on vient de le voir, elle défend des pratiques budgétaires restrictives et combat les pratiques et acteurs de l'espace du soin de la précarité, en tentant entre autres d'écarter les associations. Lorsque l'on considère ces évolutions, il apparaît évident que la direction de l'hôpital A a choisi de faire des économies au niveau du service social.

Parce que la pratique de l'espace du soin de la précarité intègre l'environnement social dans les déterminants de la santé et associe un accompagnement social à la démarche de soin de ses patients, l'activité sociale est un élément essentiel pour que cet espace puisse s'installer à l'hôpital. Le dispositif PASS, tel qu'il a été pensé par les acteurs de l'espace du soin de la précarité, est indissociable d'un accompagnement social adapté aux populations en situation de grande précarité et ne peut donc fonctionner sans la coopération du service social. La direction, dans ce contexte de contraintes économiques, en choisissant de réduire le personnel du service social et d'orienter son activité sur le soin du budget de l'hôpital, oriente en même temps la conception générale du soin dans l'hôpital. En mettant de côté l'accompagnement social, elle renonce d'une certaine manière à une pratique du soin holistique qui prend en compte les aspects médicaux et sociaux de la santé. Cette conception s'en trouve pour le moins fragilisée.

### 2 - 2 - 2 Le service social, cheval de Troie de la nouvelle gouvernance

Les transformations de la structure des établissements de santé ces vingt dernières années ont notamment été marquées par une diminution continue des capacités d'hospitalisation.

Celles-ci sont passées de 540 000 lits à 472 000 entre 1992 et 2001[73], puis 457 000 en 2003[74]. La baisse se poursuit moins rapidement toutefois au cours de la première décennie du XXIe siècle, ainsi en 2012 on décomptait 415 000 lits. Les plus grosses suppressions de lits concernent les capacités d'accueil en long séjour qui sont passées de 80 000 en 2003 à 32 000 en 2012[75]. Les lits supprimés dans les hôpitaux, sont en partie transférés dans des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour le long séjour et dans les établissements de Soins de suites et de réadaptation (SSR) pour le moyen séjour. À l'inverse, les places d'hospitalisation partielle (présentées comme des alternatives moins coûteuses à l'hospitalisation complète) n'ont cessé d'augmenter sur la même période. Cette évolution « résulte de la volonté de supprimer des lits excédentaires et de réorganiser l'offre et traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge, qui se tournent de plus en plus vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet »[76]. La conséquence ou l'objectif (les réformes managériales devenant des buts en soi) est donc une diminution des durées moyennes de séjour (DMS) et une transformation de l'organisation du temps d'hospitalisation vers davantage d'actes techniques dans un temps réduit et donc une fragmentation de la prise en charge[77].

Cette évolution accompagne une réorientation des pratiques et des conceptions du travail social hospitalier vers une pratique professionnelle organisationnelle. Non soumis aux hiérarchies des professions médicale et soignante, le service social est sous la hiérarchie directe de la direction. Il est souvent utilisé par cette dernière comme instrument de légitimation ou d'imposition des principes d'action du NPM dans le champ hospitalier par l'intermédiaire du personnel encadrant *converti* aux réformes qui jouent le rôle d'intermédiaire[78] entre les réformateurs (directeurs d'hôpital) et les professionnels de terrain. À l'hôpital A et à l'hôpital B, une étape essentielle à cette démarche a été de réduire (ou de remplacer) une grande partie de l'effectif des travailleurs sociaux, ce qui, comme on le suppose, a permis de se séparer des *established* plus réticents face aux réformes, et, dans le cadre de nouvelles embauches, de s'armer d'*outsiders* moins hostiles à celles-ci, voire de convertis[79] aux réformes. Ainsi, la direction impose de l'extérieur et d'en haut une conversion organisationnelle au modèle professionnel des assistantes sociales[80]. C'est ce qu'illustre les propos de Christiane Allée, la cadre du service social de l'hôpital C, lorsqu'elle raconte les circonstances de son embauche :

---

[73] DREES, « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003 », 2003, cité *in* Carricaburu Danièle et Ménoret Marie, *Sociologie de la santé: institutions, professions et maladies*, Paris, France, A. Colin, 2004, p. 37.

[74] DREES, « Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2003 », 2005, p. 14.

[75] DREES, « Le panorama des établissements de santé », 2014, p. 84.

[76] *Ibid*, p. 84.

[77] Carricaburu et Ménoret, *op. cit.*, 2004, p. 37.

[78] Belorgey, *op. cit.*, 2010.

[79] *Ibid.*

[80] Evetts, Julia, « Professionalism. Value and ideology », *Current Sociology*, vol. 61, n° 5-6, 2013, p. 778-796.

**J. G.** : « Et ici, tu as été recrutée comme cadre sociale ? »
**Christiane Allée** : « Oui. J'ai été recrutée comme cadre socioéducatif. Avec une mission d'encadrement du service social, où il y avait une équipe sociale un peu à reconstituer parce qu'elles avaient été en difficulté pendant huit mois sans encadrement. Et puis aussi pouvoir réagir sur les questions sociales qui pouvaient se poser à l'hôpital. Et puis tout ce qui était fluidité de l'aval de l'hospitalisation. Euh…, les deux premières années avec la directrice du service social, on a beaucoup travaillé les partenariats avec des structures de "soins de suite" pour monter des conventions avec eux pour justement permettre une certaine fluidité de la sortie du patient. Puisqu'on était déjà à des DMS [durée moyenne de séjour] les plus courtes possibles. »[81]

Les PASS, parce qu'elles sont dans un service ambulatoire et financé par des Missions d'intérêt général, peuvent apparaître comme des lieu préservés des contraintes gestionnaires pour les travailleuses sociales :

**A.S. 1** : « Disons qu'on a moins la pression [à la PASS] par rapport à… au lit à vider entre guillemets, ce qui peut être très très désagréable dans certains services, où il y a l'angoisse à juste titre hein, avec la T2A, dès qu'un patient risque de passer plus de 5 jours sur un lit selon l'activité, de se dire "ouh là là qu'est ce qu'on fait ?" voilà, patient SDF, il y a des collègues qui arrêtent pas de se battre tous les jours pour qu'un patient SDF même s'il a pas besoin de soins médicaux importants, mais qu'au moins on essaie de le remettre sur pied, de lui faire prendre une douche, de voir un peu pour qu'il y ait une sortie derrière, de faire une évaluation sociale, ça prend beaucoup de temps tout ça, ça peut prendre 2 jours… »[82]

Le rôle de « videuses de lit » que l'on attribue sarcastiquement aux assistantes sociales hospitalières a souvent été mentionné lors des entretiens menés avec les cadres de service social et avec les assistantes sociales. La nouvelle gouvernance, et la T2A en particulier, ont fixé des limites sur les temps d'hospitalisation. Un des objectifs a été de réduire au maximum les durées moyennes de séjour (DMS) ; sa réalisation a logiquement été confiée aux services sociaux (les « videuses de lit ») qui ont eu pour mission d'organiser les entrées et les sorties pour qu'elles deviennent les plus fluides possible. Dans ce contexte-là, les patients précaires posent doublement problème : ils nécessitent une prise en charge plus longue car leur situation est plus compliquée que les autres patients, mais surtout, l'organisation de leur sortie est souvent plus complexe et hasardeuse[83]. Les réseaux familiaux et amicaux font défaut et obligent donc plus souvent à devoir trouver une place dans un établissement qui prendrait le relai (centre de Soins de suite et de réadaptation, [SRR]), places qui sont d'autant plus difficiles à obtenir que le patient est précaire (les établissements de SSR ont adopté les mêmes normes néo-managériales et se disputent les patients solvables). Tous (services hospitaliers, hôpitaux de jour, établissement de SSR, etc.) craignent de se retrouver avec des patients précaires qui ne peuvent pas partir faute de porte de sortie et d'augmenter leur DMS.

---

[81] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Juin 2012, hôpital C.

[82] Extrait d'entretien réalisé avec les assistantes sociales de la PASS d'un CHU d'une grande ville de province. Mars 2012, hôpital L.

[83] Voir à ce propos le dossier de Yimaz, Engin et Denis Raynaud, « Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital? », 2010. *in* DREES, « Le panorama des établissements de santé », 2010, p. 29-40.

> **Nicolas Favry** : « Mais ça (la dimension financière) c'est pas inintéressant, c'est un côté qui peut… qui est pas inintéressant. Parce que tu vois, en tant qu'assistant social de base de la PASS, j'ai eu affaire directement avec le directeur des affaires financières de l'hôpital. Voilà, avec des discours qui peuvent être complètement antinomiques, mais il faut bien à un moment donné qu'on se rejoigne, parce que de toute façon on travaille dans le même établissement et on a les mêmes missions. »[84]

Cette allégeance n'a pas automatiquement une signification négative pour le service social. Au contraire, de la même façon que pour les directeurs d'hôpital, elle permet au service social et à certaines PASS transversales de renforcer leur place dans la structure hospitalière moderne en adaptant le capital spécifique (capital de soin) aux normes néo-managériales qui sont de plus en plus dominantes et légitimes. Ainsi, les activités du service social réalisées profitent de la nouvelle façon de légitimer le capital spécifique. C'est ce que certaines PASS, comme celle de l'hôpital B, essayent de faire. Le même constat a été entraperçu par N. Belorgey dans son enquête dans un service hospitalier d'urgence lorsqu'il évoque le sort du groupe des anesthésistes - réanimateurs qui ont réussi à revaloriser leur travail avec la recension de leurs actes dans la T2A et le PMSI. C'est également ce que F. Pierru a montré à propos de certaines spécialités qui « ont intérêt à jouer le jeu de l'intégration [gestionnaire] de façon à subvertir une hiérarchie professionnelle dans laquelle ils occupent une position dominée »[85]. Certaines spécialités dominées y trouvent une possibilité d'une meilleure reconnaissance.[86] Cette logique, imposée par le haut, qui consiste à adapter la pratique du soin aux objectifs de l'hôpital par l'intermédiaire d'un groupe professionnel conduit à la réalisation d'un mode de professionnalisme organisationnel, modèle construit à l'intérieur de l'espace néo-managérial.[87]

> **A.S. 2** : « Quand on est assistante sociale dans un service hospitalier de séjour, il y a effectivement la pression de faire tourner les lits. Donc en parlant entre guillemets vulgairement, vider les lits. On a un peu l'impression d'être missionnées pour ça quand même. »[88]

La valorisation de certaines activités auprès de la direction a rendu le service social davantage indispensable dans les services afin de réaliser une prise en charge qui s'est transformée : on a besoin des assistantes sociales pour faire réaliser les sorties des patients le plus rapidement possible. En cela, elles sont des éléments indispensables dans la gestion de l'activité hospitalière. Pour autant, cela n'a pas automatiquement abouti à une transformation positive des représentations sur le travail social, comme on peut le lire dans l'extrait d'entretien ci-dessus. Au contraire, cela a rendu prioritaires et indispensables des activités n'étant déjà pas

---

[84] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistant social d'une PASS d'un CHU d'une ville moyenne de province. Mars 2012, hôpital E.

[85] Pierru, Frédéric, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », *in* Hibou, Béatrice, *La bureaucratisation néolibérale*, La Découverte « Recherches », Paris, 2013, p. 206.

[86] Belorgey, *op. cit.*, 2010, p. 228.

[87] Evetts, *op. cit.*, 2011.

[88] Extrait d'entretien réalisé avec les assistantes sociales de la PASS d'un CHU d'une grande ville de province. Mars 2012, hôpital L.

valorisées au sein de la profession des travailleurs sociaux au détriment d'autres activités considérées comme étant le cœur de la mission du « service social hospitalier » (voir chapitre III).

Il y a plusieurs nuances au tableau qu'on peut dépeindre du service social hospitalier. Si l'allégeance du service social et de la direction hospitalière à la nouvelle gouvernance est palpable, elle n'est ni entière, ni automatique. La mission historique, celle du « service social hospitalier », proche de la conception du soin de la précarité, est toujours fortement présente. À l'hôpital C par exemple, Christiane Allée a été recrutée à la fois pour réduire les DMS et améliorer la fluidité des sorties d'hospitalisation, mais aussi dans l'attente qu'elle développe la thématique sociale à l'hôpital. C'est dans cette optique que la direction l'a mise en contact avec une autre cadre de santé intéressée par les questions de précarité afin qu'elles mettent en place des séances de formation interne.

D'autres évolutions de l'hôpital, liées à celles décrites dans le chapitre I, ont permis de renforcer les missions du « service social hospitalier » citées plus haut et qui se rapprochent de celles de l'espace du soin de la précarité. L'accroissement des maladies chroniques, de celles liées la vieillesse, le développement de la médecine du sida depuis les années 1990 et, d'une manière générale, des trajectoires de maladie[89], ont nécessité, dans certains espaces médicaux, une adaptation de la médecine centrée sur l'organe vers une prise en compte de l'individu dans sa globalité[90]. Ces éléments ont conduit au développement de modèles de prise en charge pluridisciplinaires où le travail social a été pleinement intégré, d'autant plus lorsque les services concernés ont été confrontés à la précarité sociale et économique de leurs patients. Ces nouvelles pratiques ont créé des sous-espaces à l'intérieur de l'hôpital où les assistantes sociales, ayant une place valorisée au sein d'équipes médico-sociales, ont développé des pratiques proches de celles de l'espace du soin de la précarité et éloignées des normes néo-managériales. La PASS constitue l'un des plus importants de ces sous-espaces.

### 2 - 2 - 3 L'ambivalence du travail social à la PASS

L'évaluation sociale globale du patient (situations professionnelle, familiale, administrative, de logement, etc.) et l'accès aux droits en matière de couverture maladie sont les activités de travail social principalement prises en compte dans les rapports d'activité de la PASS car ce sont les seules comptabilisées par la direction de l'hôpital. Les autres activités réalisées à la PASS par les assistantes sociales (le travail d'information, d'écoute et de soutien des patients, de coordination avec les autres partenaires sociaux et administratifs, et d'accès à l'hébergement d'urgence,

[89] Strauss, Anselm L, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992a, p. 28.
[90] À propos de ces transformations des problèmes auxquels le champ médical se confronte, voir Baszanger, *et al.*, *op. cit.*, 2002.

l'accès aux droits du séjour des étrangers, la recherche de nourriture et de vêtements) sont ignorées par l'institution hospitalière.

La PASS est une structure-passerelle où les patients circulent beaucoup et où le temps de la prise en charge est relativement court (il excède rarement quelques mois). Cela limite grandement les possibilités d'action des travailleurs sociaux qui auraient besoin d'un temps plus long pour mener à bien des démarches auprès de ces publics. La norme est de réorienter le patient vers le droit commun lorsque celui-ci obtient une couverture maladie. Cela centre souvent le travail social à la PASS autour de l'activité d'accès aux droits en matière de santé et rend les autres activités annexes. D'autre part, le profil des patients, principalement des étrangers en situation irrégulière ou régulière précaire, rend le champ d'action encore plus réduit car peu de droits leur sont accordés même si les besoins sont multiples. Alors qu'on pourrait penser que la PASS est un espace propice à l'épanouissement professionnel des assistantes sociales, ce contexte le rend en fait assez répétitif et peu attractif. Corinne Deschamps, la cadre du service social de l'hôpital B, l'exprime ainsi :

> **Corinne Deschamps** : « De toute façon, on leur dit pendant l'entretien d'embauche, tu en as qui ne veulent pas venir, on leur dit "attendez, vous allez avoir une partie qui est très administrative et très chiante, soit vous voulez, soit vous voulez pas." Moi je leur dis : "on a énormément de précaires, on a plein de boulot, il y a des flux importants, c'est énormément de travail. Après, vous allez apprendre plus ici en un an et demi que en dix ans dans certains endroits." Moi, je trouve ça très important qu'on fasse une prise en charge individuelle et qu'on soit au plus près des patients et qu'on fasse les choses avec beaucoup de respect pour les patients. Mais il y a un minimum syndical qu'elles doivent faire. Après je m'en fous, elles peuvent faire plus si elles veulent. Si ça ne nuit pas à leur prise en charge, mais qu'elle m'explique pas qu'elle ne va pas pouvoir faire de l'Aide médicale, parce qu'elle a dû s'occuper de je ne sais pas trop quoi, d'un truc qui n'a rien à voir avec l'hôpital, non ! »[91]

De la même manière que le travail social dans l'hôpital moderne est valorisé au travers d'activités qui ne le sont pas par une partie de la profession (« vider les lits »), le travail social à la PASS est valorisé (ou valorisable) grâce à une activité qui ne l'est pas par les assistantes sociales elles-même (« faire de l'AME »). L'activité du retour vers le droit commun constitue la principale mission du travail social dans cette structure et peut donc représenter un enjeu important pour les professionnels de ce milieu, en ce qu'elle est, par exemple, un moyen de valoriser leur travail auprès des supérieurs ou des autres membres de l'équipe. L'accès aux droits en matière de couverture maladie est une des rares activités sociales valorisées par la direction et les référents de la PASS, notamment en raison des enjeux financiers qu'elle comporte. Elle constitue une source de capital spécifique légitime dans son interprétation néo-managériale. Mais cette activité peut représenter une activité plutôt ennuyeuse pour les travailleurs sociaux, c'est une tâche administrative répétitive et peu stimulante. « Faire de l'AME », comme cela est

[91] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Janvier 2011, hôpital B.

souvent appelé, peut s'avérer, en plus, décourageant étant données les barrières administratives à la croissance exponentielle venant du côté de l'assurance maladie[92] qui obligent à répéter ces démarches plusieurs fois pour chaque patient au rythme du retour des dossiers incomplets. Il n'y a pas toujours de corrélation entre le travail social qui est valorisé à la PASS et celui qui l'est par les travailleurs sociaux qui préfèrent souvent les « cas » compliqués qui nécessitent du temps et demandent des démarches qu'ils ne font pas souvent.

## 2 - 3 Conclusion partielle

Le travail d'accès aux droits en matière de couverture maladie est caractérisé par les deux cadres socioéducatives que nous avons interrogées comme une tâche qui n'est qu'un des aspects des missions des travailleurs sociaux, presqu'à la marge, et qui ne demande pas de compétences particulières. Il ne prend tout son sens que lorsqu'il est combiné aux autres aspects du travail social hospitalier (évaluation globale, accès à l'hébergement, voire l'accès au séjour des étrangers malades). Ces activités, au contraire, même si elles peuvent être mises en valeur dans les discours, ne sont pas ou peu quantifiées ni valorisées dans les rapports d'activité et, de manière générale, dans le champ hospitalier (voir *supra*). Le travail social à la PASS est coincé entre deux espaces concurrents qui lui imposent des stratégies de légitimations antagonistes (mais pas incompatibles) pour se positionner dans le rapport de forces de la structure hospitalière. Il peut s'inscrire dans l'espace du soin de la précarité traditionnel, dans la lignée historique du « service social hospitalier ». La PASS est alors, dans une certaine mesure, un refuge à l'intérieur de l'hôpital où le travail social est reconnu. Ou alors il peut s'inscrire dans l'espace néo-managérial, « faire de l'AME » et rendre solvable les patients, en d'autres termes, adapter son activité aux normes néo-managériales et la convertir en capital spécifique légitime. La réalité du terrain montre une tension entre ces deux tendances qui se combinent souvent plus qu'elles ne s'excluent l'une l'autre. Les assistantes sociales trouvent des arrangements. À côté de l'activité d'accès aux droits qui est souvent acceptée et intériorisée, elles dégagent des espaces pour accomplir les missions qu'elles jugent plus légitimes.

[92] Gabarro, Céline, « CPAM: le soupçon érigé en pratique », *Plein droit*, vol. 92, n° 1, 2012a, p. 16-19 ; Gabarro Céline, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, 2012b, p. 35-56.

# 3 LOGIQUES DE LA PROFESSION MÉDICALE ET DÉMANTÈLEMENT DES PASS

La PASS Apollinaire et la PASS gynécologique sont toutes deux implantées au sein de CHU parisiens réputés, l'un pour ses activités en dermatologie, hématologie et cancérologie, l'autre pour sa spécialisation en gynécologie depuis plus d'un siècle. Ces deux hôpitaux ont une histoire dans l'accueil et la prise en charge des populations démunies parisiennes (comme la plupart des hôpitaux de l'AP-HP). Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, la PASS Apollinaire, à l'origine une « consultation précarité » parmi les premières à avoir exister, a été ouverte en 1993, peu de temps après celle d'Antoine Violette à l'hôpital H. Elle a été créée par le Pr Dubourg, spécialisée en médecine interne. La PASS gynécologique, quant à elle, est fondée un an plus tard, en 1994, par le Dr Sarah Lachot alors chef de clinique et à la demande de son chef de service. Cette PASS spécialisée est issue de la transformation de la consultation sans rendez-vous du service gynécologique (appelée la « consultation portes ») qui existait depuis plus de cinquante ans à ce moment. Cette consultation, qui avait lieu tous les jours, a toujours eu pour vocation d'accueillir des populations démunies qui étaient plus particulièrement touchées par certaines maladies, notamment vénériennes.

## 3 - 1 La PASS Apollinaire

La PASS Apollinaire est une grande PASS dédiée qui est relativement bien connue à l'intérieur de l'hôpital. Elle est située au rez-de-chaussée de l'hôpital, aux côtés des autres consultations du service de médecine interne, avec lesquelles elle partage la salle d'attente. Le bureau d'accueil de la PASS est situé directement dans la salle d'attente, accolé au bureau d'accueil des consultations de médecine interne. Ce sont les deux infirmières de la PASS, Anne et Lise, qui accueillent et orientent les patients[93]. Les deux assistantes sociales de la PASS, Véronique Lacourt et Stéphanie Dupuis, disposent de deux bureaux qu'elles s'échangent toutes les semaines car l'un des deux n'a pas de fenêtre. Les médecins de la PASS disposent d'un box au moment de leur consultation, mais qui ne leur est pas attitré, exceptée pour Émilie Petit qui a le sien et dans lequel ont lieu les réunions.

[93] La situation de l'accueil est un point de revendication fort d'Émilie Petit et de son équipe. Lors de l'accueil (première évaluation soignante et orientation) fait par les infirmières, les patients doivent raconter les motifs de leur visite et évoquer leur situation administrative. Ils sont souvent amenés à raconter des histoires personnelles. Cependant, la situation à l'accueil ne leur donne aucune intimité pour cela, les secrétaires de la polycliniques et les patients à leur bureau entendent et voient tout ce qu'il se passe entre les patients de la PASS et les infirmières. Ce problème a été résolu au cours de l'année 2015.

La PASS Apollinaire est une PASS de taille importante qui reçoit beaucoup de patients et dispose de nombreux personnels propres. Au moment de l'enquête, elle comptait dans ses rangs deux assistantes sociales, deux infirmières à temps plein, une interne en médecine générale en dernier semestre à plein temps, Marie Bouillet, un praticien hospitalier à temps partiel (60 %), Émilie Petit, référente de la PASS (elle ne reçoit pas beaucoup de patients, seulement les cas compliqués) et cinq médecins généralistes vacataires qui se partagent huit vacations d'une demi-journée. Quelques semaines après le début de l'enquête en février 2012, un alcoologue est arrivé et assure une vacation d'une demi-journée par semaine.

La PASS Apollinaire est connue dans l'espace du soin de la précarité, autant du côté hospitalier que de celui des associations. Émilie Petit est l'une des personnes les plus actives dans le Collectif PASS et elle communique beaucoup sur sa PASS pour la défendre, elle et son modèle dédié (voir la notice biographique en annexe 2 - 4). De ce fait, malgré les nombreuses vacations de médecine générale (il y a des consultations tous les matins et tous les après-midi), la demande des patients PASS dépasse largement l'offre et de nombreux patients sont réorientés ou renvoyés chez eux en leur demandant de revenir un autre jour.

Au moment de sa création en 1993, d'après le Dr Petit, la consultation Apollinaire fonctionnait aussi très bien, il y avait de nombreuses vacations et deux ou trois internes, un accueil infirmier, un dispositif avec la pharmacie pour avoir des médicaments gratuits, des assistantes sociales, etc. Elle disposait d'un financement assez important grâce à la circulaire Veil de 1993 qui avait créé les premières consultations « précarité ».

L'ancien chef de service, peu présent, avait délégué l'organisation de la consultation à son agrégée, le Pr Dubourg, qui avait monté le projet de la consultation. Le Dr Petit relate en ces termes cet épisode :

> **Émilie Petit** : « Et je crois qu'il laissait faire les choses à son agrégée quoi, à Madame Dubourg, qui elle a beaucoup de qualités [...]. Et ses qualités objectivement étaient et sont encore certainement, enfin, d'arriver à, enfin, à bouger les choses, à pousser les choses qui sont, voilà, qui paraissent pas possibles, à mobiliser, à bouger les gens, pour obtenir des trucs que la plupart des patrons disent la plupart du temps "oh bah non, on y arrivera pas, c'est pas possible, laisse tomber" et tout ça. Voilà, elle est capable de monter des projets, de trouver les financements, voilà, donc ça, faut lui reconnaitre ça. »[94]

Comme à la PASS René Barthe, le Pr Dubourg fait partie de ces médecins hospitaliers, occupant une position professionnelle dominante lui offrant ainsi les ressources nécessaires pour la création d'une consultation « précarité » et assurer son fonctionnement dans de bonnes conditions.

[94] Extrait d'entretien avec la médecin référente de la PASS Apollinaire de l'hôpital C. Février 2012.

La situation de la PASS Apollinaire se dégrade à partir de 1998, moment où le Pr Dubourg se désinvestie et où un nouveau chef de service de médecine interne arrive, comme le relate Émilie Petit :

> **Émilie Petit** : « Et donc on va dire que mes deux patrons [...], enfin les deux patrons du service, le patron Mr X (chef de médecine interne) et son agrégée (Pr Dubourg), bah l'un et l'autre ne voyaient aucun intérêt à la PASS quoi, *a minima* quoi. Ou alors auraient plutôt fait en sorte que ça ne fonctionne pas quoi. Voilà. » [...] « Du coup, objectivement, je pense que la consultation aurait dû disparaître comme celle de l'hôpital A, on lui donne pas les moyens de fonctionner et puis finalement, à un moment donné on lui dit, bah voilà, tu vois ce qui se passe. Il n'y a plus rien. Donc je pense que c'était ça l'évolution naturelle, quoi. »[95]

Le Dr Petit revient à la PASS en tant que responsable médical en 2001 à la fin de son clinicat. Elle est toujours à ce moment sous la hiérarchie du Pr Dubourg avec qui le travail est très difficile. Les relations se dégradent avec sa supérieure, à tel point que le Dr Petit s'engage dans une bataille juridique et décide de monter un dossier pour harcèlement moral contre le Pr Dubourg pour faire pression sur la hiérarchie médicale de l'hôpital. La situation devient dérangeante pour de nombreuses personnes et le chef de service de médecine interne a joué le rôle de médiateur et convaincu le Pr Dubourg d'abandonner la consultation Apollinaire en échange de l'abandon par le Dr Petit des poursuites. Le chef de service a donc organisé une réunion « sur l'avenir du service » en 2006 où il a été décidé de scinder le service de médecine interne en deux sous services , un centré sur les maladies auto-immunes, et l'autre plus général dans lequel se trouve la PASS. Le Pr Dubourg, à ce moment-là, décide de s'orienter sur les maladies auto-immunes et de délaisser la médecine de précarité.

Mais les problèmes ne se sont pas arrêtés pour autant. À partir de ce moment-là, la consultation Apollinaire s'est vu retirer peu à peu ses vacations de médecine générale que le chef de service accordait au Pr Dubourg au profit de ses nouvelles activités. À cela s'est ajouté un autre épisode, le chef de service a souhaité titulariser « sa PH » (praticien hospitalier)[96] qu'il avait fait venir de son ancien hôpital. Pour ce faire, il a été nécessaire de fournir un certain nombre de vacations à ce nouveau poste que le chef de service a décidé de prendre un peu partout dans le service et notamment à la PASS[97]. À ce moment-là, la PASS Apollinaire avait été largement vidée de ses moyens et il ne restait que le noyau des attachés. À côté de cela, les réformes managériales ont réduit les moyens et ont inciter à mutualiser les ressources afin de faire face

---

[95] *Id. ibid.*

[96] Lorsqu'un médecin devient chef de service d'un CHU, il est de coutume qu'il ramène avec lui un médecin plus jeune avec qui il travaillait pour le prendre sous son aile. Cela fait partie des pratiques de ce qu'on appelle le mandarinat.

[97] En période faste, la solution aurait été de donner des moyens supplémentaires au service pour créer un nouveau poste de PH, mais cela n'est pas possible, il est alors nécessaire soit d'attendre un départ, soit de redistribuer les ressources disponibles aux dépends d'un autre PH.

à cette baisse. En conséquence, la PASS Apollinaire a dû mettre ses moyens humains (internes, PH et infirmières) à disposition du service de médecine interne lorsqu'il y a besoin :

> **Émilie Petit** : « Parce que s'il y a une mutualisation, enfin la mutualisation elle peut être bénéfique d'un certain point de vue, mais si la mutualisation elle est toujours dans le même sens, à sens unique, c'est pas valable. Ça a toujours été comme ça, c'est-à-dire la mutualisation du service, c'est moi qui participe aux week-end d'astreinte, c'est l'interne de la consult' (PASS) qui monte quand il manque un interne là-haut, ça a toujours été comme ça. Donc euh, évidemment, on a toujours considéré que l'hospitalisation c'était plus important que la consultation, et ci et ça… »[98].

Les anecdotes qui soulignent que les difficultés, que le chef de service et son agrégée ont fait subir au Dr Petit et à sa PASS, sont nombreuses. Toutes dénotent une volonté de développer certaines activités qui nécessitent d'en réduire d'autres, et la PASS ne fait vraisemblablement pas partie des priorités :

> **Émilie Petit** : « Je me rappelle d'un jour où je lui ai dit "là ça va être difficile, parce qu'avec un seul interne et ce qu'on a, euh, voilà, si l'interne n'est pas là, voilà, gnagna" Et là il me dit "ah mais Émilie vous allez pas être contente…" — de toute façon il me disait que j'étais jamais contente, que je me plaignais — "… parce que je vais vous prendre encore six vacations". Parce qu'ils avaient une magouille tous les deux (le chef de service et le Pr Dubourg) pour faire du vasculaire, parce que le service s'appelle "médecine interne et vasculaire", pour garder "et vasculaire", normalement il y avait des vacataires qui faisaient des échographies, des échodoplaires, […], il y avait de moins en moins de vacataires qui trouvaient aucun intérêt à venir consulter, et donc ils ont remplacé six vacations par un poste d'interne, un interne qui normalement choisissait le stage, qui était fléché sur le stage mais qu'ils prenaient pour faire le vasculaire. Donc il y avait, donc leur association de malfaiteurs. Et donc en fait normalement il y avait cinq postes dans le service, mais en réalité le cinquième, on le voyait jamais, il avait été mis dans le truc de vasculaire. Et alors quand à un moment donné, ça a plus été possible, parce que je sais pas pourquoi, parce que est-ce que quelqu'un a vu le truc, ou quoi, comment, il a dû rendre le poste pour continuer à fonctionner, bah, reprendre six vacations ici (à la PASS) pour mettre six vacations là-bas (pour les consultations "vasculaires" et prendre des nouvelles personnes. Donc tout à été comme ça, voilà, un chemin émaillé de, de difficultés, voilà. »[99]

Le Dr Émilie Petit, à la suite des difficultés rencontrées, consciente de la vulnérabilité de la Permanence au sein du pôle de médecine interne où les ambitions de médecins en bien meilleures positions qu'elle pour obtenir les éléments nécessaires au développement de leur activités (moyens matériels, humains et financiers), envisage de la déplacer dans un lieu au sein de l'hôpital qui lui serait exclusivement réservé :

> **Émilie Petit** : « Voilà, l'idée ce serait qu'il faut que d'une façon ou d'une autre, pour sanctuariser vraiment le dispositif, il faudrait l'isoler quelque part. »[100]

Cette dernière phrase du Dr Petit pointe du doigt le problème : la PASS s'inscrit dans une organisation hiérarchique professionnelle forte à l'intérieur de laquelle elle se situe tout en bas.

---

[98] Extrait d'entretien avec la médecin référente de la PASS Apollinaire de l'hôpital C. Février 2012.

[99] *Id. ibid.*

[100] *Id. ibid.*

La nature de l'activité de la PASS n'intéresse pas les collègues du service (ses patients encore moins), mais les vacations dont elle dispose, oui. La profession médicale est divisée en son sein et son organisation professionnelle traditionnelle peut être violente lorsque ses différents segments se disputent l'occupation de l'espace, condition de leur survie et de leur légitimité dans le champ. Dans ce contexte, une tentation : s'émanciper de ce modèle organisationnel de la profession médicale.

## 3 - 2 La « PASS gynéco »

Le Dr Sarah Lachot a connu des mésaventures similaires dans le service de gynécologie de son hôpital. Au moment où la PASS se crée en 1994, celle-ci bénéficie de financements nouveaux au travers d'un projet qui avait été monté dans le cadre de la circulaire Veil. Son chef de service lui demande de restructurer la consultation « portes » (consultations de gynécologie sans rendez-vous) afin de développer certains aspects médicaux et d'introduire une prise en charge sociale avec ces moyens supplémentaires. L'un des objectifs était, dans une optique de recherche scientifique, de caractériser les catégories de population qui venaient à ces consultation et leurs pathologies. Pendant cette période faste, il y avait l'équivalent de sept vacations médicales par journée pour accueillir le sans rendez-vous et une assistante sociale à temps plein. Cela permettait de recevoir en consultation sans rendez-vous tous les patients qui se présentaient « aux portes » et de les revoir dans un cas sur trois de façon programmée (lorsque c'était nécessaire).

> **Sarah Lachot** : « Et puis progressivement ça s'est dégradé, et avec un coup d'arrêt enfin vraiment très clair avec l'apparition de la T2A [...] qui a dévalorisé, enfin qui fait que la consultation, le temps médical en consultation est dévalorisé, ne vaut pas grand chose au regard d'actes médicaux ou d'actes techniques ou complexes qui sont beaucoup plus... beaucoup mieux remboursés par en fait le système de codification de la Sécurité sociale. »[101]

Cette dégradation s'est caractérisée par une réduction de plus de 50 % de l'activité médicale sans rendez-vous de la « PASS gynéco » et un quasi-arrêt des consultations programmées. Cela a eu pour conséquence de contraindre l'équipe à trier les patients qui se présentaient pour établir des priorités concernant l'accès à la consultation. Les critères se font à la fois sur la dimension médicale (le patient est pris en charge lorsque sa pathologie nécessite une prise en charge hospitalière et spécialisée ou en urgence) et/ou sur la dimension sociale (le patient est pris en charge lorsqu'il n'a pas de possibilités d'accéder à des soins en gynécologie ailleurs ; parce qu'il n'a pas de couverture maladie par exemple). Dans les faits, cela signifie que de nombreux patients

[101] Extrait d'entretien réalisé avec la médecin référente de la PASS spécialisée en gynécologie, hôpital C, mars 2012.

qui se présentent à la consultation ne sont pas reçus par un médecin parce qu'ils n'ont pas réussi à passer la barrière de l'infirmière d'accueil qui les a réorientés (voir le chapitre VII sur la thématique du tri et la sélection des patients) .

> **J.G.** : « Et est ce que c'est une vision du patient qui est commune à la gynécologie ? »
> **Sarah Lachot** : « Non, du tout. Je suis un… je suis un gremlins, un E.T. (extra-terrestre), je sais pas.. Je suis pas du tout en phase entre guillemets avec mon, avec… bon je veux pas dire avec mon service, mais… Je pense que ce que vit Émilie Petit en médecine, moi je le vis en gynécologie. C'est pas du tout rutilant, c'est pas du tout la médecine scientifique merveilleuse etc. C'est pas… Est-ce que… Heureusement que c'est inscrit à la mission, à la mission de service public de l'hôpital… »
> **J.G.** : « Sinon ça serait…? »
> **Sarah Lachot** : « Ah bah je sais pas, enfin bon moi… Mais je me sens un peu, oh pas paria… […] Mais je pense que je fais de l'excellence dans le médico-social, mais le problème, c'est que j'ai l'impression que j'emmerde tout le monde. »
> **J.G.** : « C'est pas très légitime en tout cas ? »
> **Sarah Lachot** : « Voilà. Je sais pas si on m'adresse souvent la parole quoi. Ca n'intéresse pas beaucoup. J'ai l'impression que ça emmerde un peu le monde quoi. Ca faut pas le dire. Mais c'est vraiment… Mais bon au moins déjà il y a la vitrine. Au moins ils gagnent la vitrine, mais je vous parle pas… Enfin c'est… On a eu à souffrir, j'ai eu à souffrir de diverses humiliations en dehors du fait que les choses se rétrécissent et sont moins bonnes et pour le contexte du travail, et quand même globalement pour les patients, même si l'essentiel est sauvegardé quand même, c'est ce que j'essaye de vous dire quand même. Et bien, bon, on sent bien que, on sent bien que on aimerait bien qu'il n'y ait pas une volonté… enfin je suis assez attachée… comment dire, tenace, et bon, il y a des fois, je…, on voudrait renoncer quand même. Des fois c'est fatigant, on voudrait renoncer. Parce qu'on se sent un peu seule, on se sent très seule. »[102]

Ces propos montrent la dure réalité que peuvent vivre certains médecins dans des espaces hospitaliers très concurrentiels. Le Dr Lachot a dû se confronter à plusieurs humiliations et attaques. La première, on l'a vu, a été la diminution de moitié de ses consultations. Or, la place d'un médecin hospitalier dans la structure sociale hospitalière se mesure par le nombre de médecins qu'il a dans son service et la taille de ce dernier. Cette réduction du nombre de vacations est un signal indirect de l'absence de légitimité de cette activité. Ensuite, elle fait face dans son service à une absence de reconnaissance, voire un mépris, de son travail par ses pairs, notamment de la part de ceux qui sont en position dominante dans la structure sociale hospitalière (*a contrario* elle raconte que les jeunes médecins se montrent souvent intéressés par la prise en charge de la précarité en gynécologie). Elle a eu des conflits avec l'ancien chef de pôle qui a cherché à faire fermer la PASS et a même été jusqu'à chercher à mettre en défaut le Dr Lachot à plusieurs reprises et à porter cela devant la direction dans une tentative de la faire renvoyer. Selon les propos du Dr Lachot, elle a vécu des situations de harcèlement avec cet ancien chef de pôle auxquelles elle a fait face seulement parce qu'elle savait que ce dernier ne resterait pas longtemps à cette position. L'arrivée de la nouvelle cheffe de pôle a effectivement amélioré la situation, il n'y a plus de volonté directe de fermer la PASS et le harcèlement moral s'est arrêté.

[102] *Id. ibid.*

**Sarah Lachot** : « Alors ce monsieur est parti, ce professeur de médecine est parti et le nouveau chef de pôle est quelqu'un de très, bon qui me pose aucun problème, mais qui est profilée pour ce pour quoi elle a été nommée, c'est-à-dire la recherche, les lymphomes, la cancérologie… »
**J.G.** : « Ça favorise la médecine de pointe, la médecine d'organe… ? »
**Sarah Lachot** : « Voilà, voilà, mais ce qui est normal. Le but du CHU c'est ça, c'est une université, c'est ça. Mais l'hôpital - l'université, c'est l'enseignement - mais malheureusement, c'est inscrit, c'est une mission aussi, et bon, je ne sais pas… Alors elle a rien contre, voilà, elle a rien contre, mais je ne suis pas…
**J.G.** : « C'est pas valorisé, c'est pas…? »
**Sarah Lachot** : « Non, j'ai même pas de communication. Pas de communication possible, pas de communication. »[103]

La situation générale reste donc difficile et la direction et la cheffe de pôle continuent à avoir un rapport très autoritaire avec le Dr Lachot. Elle raconte ainsi un autre épisode qui s'est passé lorsqu'une des médecins attachés de la « PASS gynéco » est partie. Depuis qu'elle est en charge de la consultation, elle s'est toujours occupée de chercher et de remplacer les médecins attachés, en accord avec son chef. Seulement, cette dernière fois, l'attachée a été remplacée sans son accord et sans même qu'elle n'ait été mise au courant. La chefferie de pôle et la direction se sont arrangées entre elles, court-circuitant ainsi la procédure habituelle et la responsable de la PASS. Cet épisode a également été vécu comme une humiliation par le Dr Lachot.

## CONCLUSION

**Sarah Lachot** : « […] et ensuite il y a eu le pôle où on a cherché à me bouter dehors pour des raisons, non pas personnelles du tout, c'était pour déstructurer, récupérer, déstructurer, récupérer… Déstructurer pour récupérer. […] C'est pour vous montrer si vous voulez… Et je considère que je suis plutôt…, c'est-à-dire que au mieux, je suis plutôt avec des gens qui vont pas chercher à me nuire globalement. Voilà. »
**J.G.** : « Et la direction vous a jamais soutenue, même à l'époque de ce premier chef de service ? »
**Sarah Lachot** : « Non, non, non. Je sais, j'ai appris après qu'ils ont cherché à me virer. Enfin qu'il a cherché à me virer, mais il pouvait pas, j'avais un CD, j'avais un CDI. Et au titre de quoi ? Je me demande quelle faute il m'aurait mis ? C'était fort, hein ! »
**J.G.** : « Et c'était vraiment des stratégies pour récupérer les locaux, la structure…? »
**Sarah Lachot** : « Pour, pour, est-ce que à un moment il y a pas des choses qui s'emmêlent ? Je résistais, ça l'énervait. Alors ensuite quelle est l'impulsion ? L'énervement, à un moment un truc qui dépasse et… ouais et qu'il s'emballe. J'en sais rien ! Ça j'en sais rien. Mais ça a été extrêmement… voilà. »
**J.G.** : « Oui, c'est difficile parce que bon il y a le chef de pôle qui, donc qui était contre vous et une direction qui… »
**Sarah Lachot** : « Mais ça l'est… En fait le chef de pôle, il était chef de pôle parce qu'il allait dans le sens de la direction, hein ! Voilà, c'est là que je veux vous dire qu'on est dans le médico-administratif. Mais tout ça c'est pas politiquement correct. Si tout ça… Enfin vous voyez, c'est pour ça que je peux pas mettre… je veux dire… Ils veulent, ils veulent avoir la vitrine, ils sont obligés, c'est la loi, ils sont obligés. Ils sont obligés, ils veulent la vitrine, on est la seule PASS (gynéco), mais bon… »
**J.G.** : « Si la vitrine pouvait être que sur le site internet, ce serait… »
**Sarah Lachot** : « Voilà. Putain, pourquoi il y a encore des malades qui viennent (rires) ?! » […]

[103] *Id. ibid.*

**J.G.** : « Et avant ça, au moment où il y avait les sept vacations par jour, là il y avait un chef de service…? »
**Sarah Lachot** : « C'était avant la T2A ! Qui est, avec qui je travaillais depuis 15 ans en partenariat en totale harmonie sur la vision médicosociale de cette consultation. […] Parce qu'il y avait deux services. Et donc, je suis venue d'un service qui portait cette culture. Et j'avais… »
**J.G.** : « Et donc historiquement… »
**Sarah Lachot** : « Disons que ce chef de service trouvait que à la fois il y avait motif médical et mission sociale à faire de cette consultation sans rendez-vous un pôle aussi attractif que le pôle d'excellence thématique sur rendez-vous. Voilà, il avait cette vision, que je partage totalement. C'est pas que je pense que mon truc c'est plus important. Je veux dire l'hôpital c'est avant tout la recherche universitaire, etc. […] »[104]

La fusion des services en pôles d'activité, introduite en 2003 par le « Plan hôpital 2007 » qui introduisait plus généralement la « nouvelle gouvernance hospitalière », a eu pour objectif de réduire l'augmentation des dépenses de santé grâce aux outils du nouveau management public. Un de ces outils est la mutualisation des moyens. Or, comme on le voit dans le cas de la PASS Apollinaire et dans celui de la PASS René Barthe, cette mutualisation des moyens peut être unilatérale et signifier la mise à disposition des moyens humains de la PASS pour le service qui est le plus valorisé dans le pôle[105]. D'autre part, les pôles rassemblent des services autrefois autonomes et sont associés à leur gestion économique. La réforme vise à améliorer la concertation entre la direction et les médecins en ce qui concerne les politiques stratégiques (notamment économiques). Les propos de Sarah Lachot ci-dessus montrent comment la mise en place des pôles a conduit à privilégier encore davantage certaines activités légitimes et dominantes (parce que aussi plus rentables et plus performantes) et comment cette nouvelle gouvernance a créé une alliance entre la chefferie de pôle et les directeurs d'hôpital en leur fixant des objectifs communs (la rentabilité financière, l'excellence scientifique, etc.). Le Dr Lachot a intériorisé les normes dominantes de l'hôpital public et ce rapport de forces. Pour elle, la PASS n'est pas une priorité hospitalière, en tout cas moins que les activités qui font l'objet d'une forte concurrence et qui détiennent les capitaux techniques et scientifiques dominants. La situation rencontrée à la « PASS gynéco », qui fait écho aux situations dans les PASS René Barthe et Apollinaire, laisse supposer que l'ancienne organisation en services rendait possible une plus grande diversité des pratiques de médecine et la possibilité de valoriser à l'échelle d'un service des activités qui n'étaient pas valorisées à des niveaux plus grands. La taille du pôle et son organisation économique semblent rendre la valorisation de l'espace du soin de la précarité presque impossible.

---

[104] Extrait d'entretien réalisé avec la médecin référente de la PASS spécialisée en gynécologie, hôpital C, mars 2012.

[105] La fusion des services en pôle et la fusion des hôpitaux en groupes hospitaliers ont eu des conséquences négatives dans d'autres PASS en termes de personnels. A l'hôpital D par exemple, le personnel de la PASS travaille également à la polyclinique. L'infirmière de la PASS, Marie Boucaux nous raconte que depuis la fusion avec un autre hôpital pour devenir un GH, la file active a doublé, mais cela n'a pas été compensé proportionnellement par une augmentation du temps infirmier. En conséquence, la polyclinique est en sous-effectif chronique et Marie Boucaux a beaucoup plus de difficultés qu'auparavant pour se détacher pour la PASS.

L'hôpital moderne et ses acteurs dominants (la direction, les chefs de pôle, les cadres administratifs), les logiques managériales et économiques et les logiques professionnelles, tous ont intérêt à réduire l'activité de la PASS. La seule source de légitimité restant à l'activité de la PASS — qu'on lit dans cet extrait d'entretien comme étant en quelque sorte une épine dans l'œil de l'hôpital moderne — est sa mission de service public.

Dans le prochain chapitre, nous nous intéressons aux stratégies développées pour lutter contre ce contexte défavorable à l'intérieur de l'hôpital public et défendre les PASS de manière générale et les pratiques et la conception du soin de la médecine de la précarité en particulier.

# CHAPITRE VI – L'ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ ENTRE RÉSISTANCE ET ADAPTATION

## INTRODUCTION

Face à l'adversité et un contexte général défavorable, les différents intervenants au sein de l'espace du soin de la précarité réagissent. Ces réactions sont diverses et influent différemment sur l'état du rapport entre les forces à l'intérieur de l'hôpital public. C'est ce que nous allons étudier dans ce chapitre. Il y a, d'une part, les stratégies développées par les acteurs des PASS afin d'influer sur leur place dans la structure hospitalière et, d'autres part, celles développées par les acteurs extérieurs au milieu hospitalier, telles les tutelles, les associations, etc.

Alors qu'il est tentant de voir dans les PASS, comme dans les autres services hospitaliers apparemment à contre-courant des normes dominantes, des espaces-refuges ou des poches de résistance à l'uniformisation des pratiques selon les modèles dominants, l'observation du terrain montre une réalité beaucoup plus contrastée. Ces structures constituent effectivement des espaces à l'intérieur desquels se construisent et se développent des pratiques et des normes alternatives. Cependant, ces espaces sont relativement fragiles en raison de leur faible légitimité dans la structure hospitalière. Aussi la mise en place de la nouvelle gestion hospitalière pourra constituer dans certains cas de PASS une opportunité pour une nouvelle forme de légitimité.

Dans une première sous-partie, nous nous intéresserons aux stratégies d'adaptation aux normes néo-managériales et de l'économie budgétaire que les acteurs des PASS ont développées pour défendre leur place dans cette structure. Dans un deuxième temps nous nous pencherons sur celles qui visent à renforcer l'autonomie de l'espace du soin de la précarité et, conséquemment, qui renforcent les normes défendues en son sein. Dans un troisième temps, nous verrons le rôle des tutelles dans l'organisation des PASS, puis, dans une dernière partie, celui des associations qui agissent dans l'espace du soin de la précarité en dehors de l'hôpital.

# 1 STRATÉGIES D'ACQUISITION D'UNE NOUVELLE LÉGITIMITÉ

Les stratégies d'appropriation des capitaux dominants (capitaux liés à l'organisation néo-managériale ou à la spécialisation technique) vont conduire à repenser les pratiques et les discours au sein des PASS avec pour objectif de les rendre plus conformes aux normes et pratiques dominantes au sein du milieu hospitalier. Ce faisant, les principes de fonctionnement des pratiques de soin sont également modifiés, les rouages logiques qui donnent du sens à l'action et qui sont à la base des pratiques s'en trouvent modifiés. Ce changement passe par l'appropriation par les acteurs des PASS du discours dominant :

> **J.G.** : « Parce qu'à l'origine, à la création de la PASS, on n'était pas vraiment dans ces problématiques-là (financières) ? »
> **Nicolas Favry** : « Non, on était dans des problématiques pratico-pratiques, quoi. Il y a des patients qui ont pas d'assurance maladie, il faut qu'ils ressortent avec leur traitement, qu'ils aient une consultation médicale, etc. Et c'est petit à petit que la dimension financière, aussi parce que le volume d'activité a vachement augmenté depuis la création de la PASS. »[1]

La principale stratégie d'appropriation de capitaux dominants est celle qu'on a entrevue dans le chapitre IV à travers le fonctionnement de la PASS de l'hôpital B. Elle consiste en l'intériorisation du discours de crise du financement du système de santé et de la nécessité de réduire l'augmentation des dépenses de santé[2] dont découlent la Nouvelle gouvernance hospitalière et les réformes qui en découlent. Partant de cette nouvelle priorité[3], il s'agit d'organiser et d'adapter les pratiques de soins dans ce sens. À travers le développement d'un modèle professionnel organisationnel, on assiste à un basculement politique qu'on remarque dans le changement de la logique du discours sur les PASS. Les représentants historiques de l'espace du soin de la précarité présentaient la PASS et les consultations « précarité » comme des outils de lutte contre les exclusions dans le domaine de la santé, favorisant l'accès aux soins et aux droits des plus démunis et promouvant un droit à l'accès aux soins universel. Dans le contexte d'appropriation des normes néo-managériales et financières, les explications du dispositif PASS et des raisons de son existence reposent plus souvent sur les idées selon lesquelles la PASS est une structure qui permet de faire des économies à l'hôpital (en réduisant le nombre de factures impayées), voire qui permet d'en augmenter les recettes (en créant de nouveaux patients solvables), ou encore qui permet de faire des économies de manière générale au système de

[1] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistant social d'une PASS d'un CHU d'une ville moyenne de province. Mars 2012, hôpital E.

[2] Pierru, Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, coll. « Collection Savoir-agir de l'Association raisons d'agir », 2007, 319 p.

[3] Ce constat a été contesté à de nombreuses reprises : Duval, Julien, *Le mythe du « trou de la Sécu »*, Paris, Raisons d'agir, impr. 2007, 2007, 135 p. ; Pierru, Frédéric, *op. cit.*, 2007 ; Guex, Sébastien, « La politique des caisses vides. État, finances publiques et mondialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 146-147, n° 1, 2003, p. 51-62.

santé (en favorisant des prises en charge à des stades précoces de la maladie et donc évite des prises en charge compliquées et coûteuses lorsqu'il y a des retards de soin)[4].

Le fonctionnement de la PASS de l'hôpital B, qui a adopté le modèle néo-managérial, à la fois dans les pratiques et dans les discours, en est un bon exemple. La PASS de l'hôpital B est une *success story* de l'intégration des PASS dans l'espace néo-managérial ; elle est la preuve que la PASS, grâce à l'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie, peut réussir à convertir son activité d'accès aux droits en capital spécifique valorisé par les normes néo-managériales et à accumuler la légitimité qui y est associée. Le cas de la PASS de l'hôpital B est exemplaire car elle est complètement intégrée et valorisée dans la structure de l'hôpital et par la direction. Elle participe au projet global de l'hôpital qui vise l'équilibre financier (voir la fin du chapitre IV).

> **Corinne Deschamps** : « C'est-à-dire que, si tu veux, je pense que, effectivement, certaines collègues (assistantes sociales) ont du mal à se dire que l'hôpital a changé, que les impératifs ont changé, que le service social est bloqué au même titre que les médecins. Et que tout le monde est avec ces nouveaux impératifs et que tu peux faire de l'arrière-garde en expliquant que c'est pas bien etc. Mais concrètement ça n'apporte pas grand-chose au film, parce que de toute façon les gens [patients], ils vont sortir, l'hôpital va les faire sortir, tu vas être très malheureuse dans ton poste. »[5]

Mais l'argument financier n'est pas cantonné à la PASS de l'hôpital B. Au contraire, il est présent dans presque toutes les PASS[6]. L'adaptation nécessaire qu'évoque Corinne Deschamps correspond bien à une réalité de l'état du rapport de forces dans lequel domine le modèle organisationnel néo-managérial qui redéfinit l'orthodoxie du champ hospitalier. Dans presque toutes les PASS que nous avons eu l'occasion d'étudier, les arguments budgétaires étaient mis en avant — dans des proportions variables certes — pour justifier ou défendre l'existence de la PASS à l'intérieur de l'hôpital. L'argument de l'économie budgétaire est parfois évoqué de manière performative pour indiquer qu'on a compris la logique, qu'on se plie (en apparence) aux règles du jeu et qu'on reconnait « les valeurs et les vertus » de l'activité légitime[7]. D'autres fois, il est expliqué avec davantage de conviction et d'enthousiasme que « même les pauvres, ça rapporte ». Les logiques d'économie budgétaire et néo-managériales sont devenues la *doxa* et se sont imposées là où on ne les attendait pas : dans une structure d'assistance réservée aux

---

[4] Cette ligne d'argumentation existe depuis le début des « consultations précarité ». Les années 1990 étaient aussi marquées par un contexte budgétaire contraignant et les directions d'hôpital ne voulaient pas portées seules les impayés générés par les patients non-solvables. Le but de notre argumentation n'est pas de montrer la nouveauté du raisonnement, mais son appropriation par le NPM et l'appropriation de la « version NPM » de cette ligne d'argumentation par des acteurs de la PASS. Sur la continuité historique (sur la période récente) de la prédominance des considérations budgétaires dans l'orientation de la prise en charge des publics sans couverture maladie à l'hôpital, voir Izambert, Caroline, *Les politiques publiques et la santé des étrangers en France de 1975 à nos jours*. Thèse d'histoire en cours de préparation au Centre de Recher-che Historique sous la direction de Nancy Green, à paraître.

[5] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Janvier 2011, hôpital B.

[6] Certaines PASS continuent de fonctionner en dehors des normes néo-managériales, par exemple la PASS psychiatrique de l'hôpital F qui fonctionne sur un principe de gratuité.

[7] Bourdieu, Pierre et Yvette Delsaut, « Le couturier et sa griffe: contribution à une théorie de la magie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 1, n° 1, 1975, p. 13.

plus pauvres reposant sur un principe de gratuité. D'un autre côté, l'objectif de réduction des dépenses irrécouvrables, qui a motivé la naissance des PASS, prédestinait sans doute cette structure à cela. De plus, sa position dominée au sein du champ hospitalier par rapport aux espaces hyper-spécialisés réduit ses capacités de résistance[8] et de critiques des agents en son sein face aux normes néo-managériales et explique en partie la forte pénétration de ces dernières dans ces structures.

## 1 - 1 L'appropriation des logiques

Les effets des normes d'économie budgétaire et néo-managériales combinées au discours de crise et à la réalité des difficultés budgétaires à l'hôpital ne se limitent pas à une organisation orientée vers la maximisation des profits et l'accès aux droits. On les retrouve également dans les barrières à l'entrée dressées pour empêcher l'accès à la PASS aux patients les moins solvables. La distinction des patients entre « sans droits potentiels » et « avec droits potentiels », vue au chapitre précédent, va dans ce sens. Qu'elle se manifeste sous la forme d'une exclusion directe des patients sans droits potentiels ou sous la forme d'une exclusion indirecte au travers d'un système d'envoi automatique des factures, la restriction de l'accès à la PASS que nous avons jusqu'ici étudiée est le fait de la direction et non des professionnels de la PASS. Cependant, l'appropriation des discours d'économie budgétaire et néo-managériaux conduisent également les agents des PASS à opérer des distinctions entre les patients basées sur leur solvabilité et à restreindre l'accès à la PASS.

### 1 - 1 - 1 Les Réunions de concertation pluri-disciplinaires médicosociales et éthiques

Lors de notre enquête de terrain à la PASS Apollinaire au sein de l'hôpital C, notre attention s'est vite portée sur un dispositif original mis en place par le Dr Petit dans le cadre de la PASS : les Réunions de Concertation Pluri-disciplinaires Médicosociales et Éthiques (appelées par leur acronyme, RCP-MSE).

Une des stratégies élaborées par le Dr Petit pour valoriser et défendre la consultation Apollinaire a consisté à mettre en place un groupe de réflexion éthique sur les pratiques. Ce

[8] À propos des différences dans les manières de « résister » aux réformes néo-managériales au sein des professions, du caractère « multidirectionnel » de la résistance au *New public management* qui peut être accompagné simultanément d'arrangements à son égard, voir Thomas Robyn et Annette Davies, « Theorizing the Micro-politics of Resistance: New Public Management and Managerial Identities in the UK Public Services », *Organization Studies*, vol. 26, n° 5, 1 Mai 2005, p. 683-706.

groupe réunissait des acteurs de la PASS et des chercheurs de l'espace éthique de l'hôpital pour réfléchir à des « situations complexes » rencontrées à la PASS : situations pour lesquelles les professionnels de la PASS ne trouvaient pas de bonnes solutions ou qui les plaçaient en opposition avec la médecine spécialisée. Le cas de la première patiente qui a été à l'origine de ces rencontres illustre bien le type de « situations complexes » discuté. Il s'agit du cas d'une malienne arrivée illégalement pour faire soigner un cancer du sein dans l'espoir de le guérir. Elle n'a pas de couverture maladie et vit dans une situation précaire en France puisqu'elle est hébergée chez une cousine éloignée. Dans son pays d'origine, elle vit avec ses enfants qu'elle compte rejoindre une fois guérie. À l'hôpital C, elle est prise en charge à la PASS Apollinaire et dans le service d'oncologie. Les spécialistes, en attendant de mettre au point un traitement définitif, lui prescrivent un anticancéreux très couteux. Les médecins de la PASS servent d'intermédiaire et doivent retranscrire les ordonnances pour que les médicaments soient délivrés gratuitement à la pharmacie de l'hôpital. Prenant en considération les résultats des examens (cancer non curable), la prescription (au coût élevé), la situation sociale actuelle et le souhait de cette dame de retrouver ces enfants, les médecins de la PASS se sont retrouvés face à une situation complexe dans laquelle la prise en charge proposée par les services de spécialité n'était pas, selon eux, la plus optimale. Ils leur semblaient plus judicieux de proposer à la patiente de rentrer au Mali pour une fin de vie auprès de sa famille. L'agressivité du traitement, toujours selon l'équipe, n'était pas facilement compatible avec les conditions de vie en France très précaires de la patiente ; de plus, le traitement prescrit l'aurait été de manière presque automatique selon un modèle biomédical systématisé (à des symptômes donnés correspondent un traitement donné), alors que l'avancée du cancer rendait ce traitement inefficace dans l'espoir d'une rémission complète[9].

Le dispositif des RCP-MSE poursuit des objectifs multiples. Il a été mis en place en 2009 dans un contexte où la PASS est en recherche de légitimité. Un objectif des RCP-MSE est de faire connaître la PASS, ses professionnels et ses pratiques, par exemple aux médecins des spécialités. Un autre consiste à fournir un fondement scientifique à la structure grâce aux réflexions éthiques (les thématiques centrales de ces rencontres sont la recherche de « l'intérêt supérieur du patient », de la « justice sociale » ou encore du « juste soin au juste coût »). Ces rencontres cherchent également à créer un lieu d'écoute, d'échanges et de soutien par rapport à des situations qui sont vécues par les professionnels comme difficiles. Enfin et surtout, ces cas sont discutés en vue de juger de l'opportunité de l'inclusion ou exclusion du patient au dispositif PASS, introduisant notamment des considérations financières importantes à ces rencontres. Les conclusions auxquelles débouchent ces réunions ne sont pas des décisions définitives, il s'agit d'un avis. La

[9] Ces informations nous ont été communiquées par le Dr Petit lors de l'entretien enregistré que nous avons réalisé en février 2012. Nous ne savons pas quelle décision a été prise finalement.

décision définitive est prise ensuite avec l'accord du patient. Cependant, le cadre assistanciel de la PASS et le peu de ressources des patients réduisent les capacités de négociation de ces derniers qui se plient bien souvent à l'avis de la RCP-MSE portée par le médecin. Ce modèle de prise de décision est calqué sur celui des Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) développées en cancérologie (voir le chapitre VIII pour une analyse plus approfondie de ce dispositif).

> **Émilie Petit** : « Et puis en arrière plan le côté, justice, c'est-à-dire comment on fait pour répartir l'argent qu'on a, au mieux, pour que le plus de personnes en profitent, sachant qu'on est contraint, voilà. »[10]

Le Dr Petit a développé ces rencontres, les a labellisées (« RCP-MSE ») et les a systématisées pour tous les patients « complexes », c'est-à-dire les patients non-solvables (donc uniquement des étrangers), à la situation sociale instable et présentant des pathologies qui nécessitent des traitements lourds et coûteux. De nouveaux acteurs ont grossi les rangs des RCP-MSE, dont des membres de la direction ou des services des traitements externes (ce ne sont pas toujours les mêmes personnes qui sont présentes à ces réunions). Le dispositif a bénéficié d'un financement de l'Institut national du cancer (INCA) pour concevoir une grille de décision sur l'opportunité de prendre en charge le patient dans le cadre de la PASS (voir la grille en annexe 4 et le chapitre VIII)[11].

## 1 - 2 La remise en question de la primauté du médical

> **Stéphanie Dupuis** : « Mais c'est vrai que il y a des moments où j'ai l'impression qu'on prenait les devants par rapport à des politiques publiques qui déjà étaient dans un état d'esprit de plus en plus fermé par rapport aux soins aux étrangers. J'avais l'impression qu'on était presque des précurseurs. À la limite ça avait même un côté un peu… un côté un peu même inquiétant au début. Les médecins ils ont encore l'obligation de soigner. Et voilà, des fois l'obligation ne se pose même pas puisqu'il y a une situation d'urgence, donc le médecin soigne et après prise en charge ou pas… »[12]

Les Réunions de Concertations Pluridisciplinaire Médicosociales et Éthiques (RCP-MSE) révèlent une tension entre le pouvoir administratif et le pouvoir médical à l'intérieur de laquelle le pouvoir médical perd de l'influence. Alors que la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) traditionnelle est tout d'abord un instrument médical qui permet de mettre en place un traitement pour les personnes atteintes d'un cancer, la RCP-MSE ne s'est pas imposée comme telle. Au contraire, elle est devenue, en partie, un instrument administrativo-financier qui

[10] Extrait d'entretien avec la médecin référente de la PASS Apollinaire de l'hôpital C. Février 2012.

[11] La grille, comme dans le modèle des RCP de cancérologie, aide à faire un choix entre plusieurs options thérapeutiques. Dans le cadre des RCP-MSE, la pratique fait qu'un des choix est toujours « le retour au pays » ou la non-prise en charge.

[12] Extrait d'entretien avec l'assistante sociale de la PASS Apollinaire. Janvier 2012, hôpital C.

permet d'empêcher certaines prises en charge très coûteuses lorsqu'elles n'apparaissent pas être la meilleure option. Au cours des RCP-MSE auxquelles il nous a été possible de participer, la variante du traitement coûteux a souvent été choisie, non pas de bon cœur, mais parce que le contraire aurait mis en danger la vie du patient et contreviendrait aux règles déontologiques qui condamnent le refus de soins[13].

Cette focale sur la dimension financière des soins est à analyser à la lumière du fait que les alliés potentiels de la PASS se trouvent moins dans l'espace médical que dans l'espace administratif. Cette perspective laisse supposer que les services dominés à l'intérieur de la structure hospitalière, ceux qui ne parviennent pas à se distinguer grâce à la technique ou aux actes médicaux à forte valeur ajoutée en termes de capital spécifique (selon le modèle de la spécialisation), investissent dans les pratiques et conceptions du soin des espaces administratifs et de la direction — ces pratiques et conceptions sont également, mais autrement, valorisées en termes de capital spécifique (et adoptent une logique professionnelle organisationnelle). Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, la PASS Apollinaire a connu des temps difficiles. Les attaques sont principalement venues de l'intérieur du pôle d'activité dans laquelle la PASS se situe (le pôle de médecine interne) et donc d'acteurs issus du monde professionnel médical et hospitalier ; ce qui explique également cette alliance, presque par défaut, avec l'administration et la direction. Dans ce sens, on peut voir la stratégie d'appropriation des normes néo-managériales comme une réaction opportuniste servant les intérêts d'un espace dominé et mis en danger localement.

Les situations des RCP-MSE[14] créent un malaise au sein de l'équipe de la PASS, surtout chez les assistantes sociales et leur cadre qui ont à plusieurs reprises évoqué, lors d'entretiens informels et formels, leurs réserves et leur désaccord face à cette dimension du dispositif :

> **Véronique Lacourt** : « Je trouve que l'économique et le politique, enfin voilà, l'économique, prend vraiment le pas sur l'éthique, presque, que bien souvent, moi je ressors très très dérangée par ces RCP où… voilà, c'est quand même plus l'intérêt des finances de l'hôpital que l'intérêt de la santé du patient, presque. »[15]

> **Christiane Allée** : « Et c'est vrai que c'est une dérive qui me gêne beaucoup à l'heure actuelle, quoi. Alors c'est sûr que, je veux dire, l'hôpital il va mal financièrement, c'est clair. Et que peut-être, enfin, on peut aussi essayer de faire en sorte que, bah les personnes récupèrent bien leurs droits d'abord pour elles, mais aussi pour que l'hôpital soit payé, mais sans pour autant avoir ce genre d'attitude sur l'économique. Et puis, au jour d'aujourd'hui, personne ici en tout cas dans cet hôpital va reprocher à un médecin de prescrire un médicament si la personne en a besoin, donc je vois pas pourquoi on

[13] Trois comptes-rendus anonymisés de RCP-MSE sont disponibles en annexe. Deux des RCP-MSE présentées ont abouti à un avis négatif de prise en charge (voir les annexes 3 - 1 ; 3 - 2 ; et 3 - 3).

[14] Ces situations sont exceptionnelles et ne correspondent qu'à une partie infime des patients vus à la PASS Apollinaire.

[15] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistante sociale de la PASS Apollinaire. Février 2012, hôpital C.

se mettrait nous-mêmes des barrières alors que pour l'instant ni le législateur, ni le directeur ne nous en a imposées. Donc, heu, ça c'est vrai, ça me chiffonne un peu. »[16]

**Stéphanie Dupuis** : « On n'a pas de visibilité, il y a toute une époque où on nous disait "bah non, non, ça va coûter cher", mais en même temps "coûter cher par rapport à quoi ?" Je veux dire, parce qu'on a aucune visibilité sur les chiffres. »[17]

Ce désaccord est surtout présent chez les assistantes sociales car ce sont elles qui, en première ligne, reçoivent la mission de vérifier la situation sociale (et financière) des patients. Il y a une pression qui pèse sur l'assistante sociale qui s'occupe du « patient RCP » car elle doit réaliser un examen social approfondi : vérifier les raisons de la venue de la personne (médicales, économiques, etc.), son projet à court et moyen terme, etc (voir les items de la grille de décision en annexe 4 et le chapitre VIII).

Ces critiques font ressortir l'antinomie entre la focalisation sur l'économie budgétaire et la prise en charge médicale. Dans le chapitre précédent, on a vu que le principe de la primauté du médical pouvait être remis en cause par l'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie. Le cas des RCP-MSE de la PASS C montre qu'un coût élevé des soins peut également être une limite à ce principe, même si celui-ci reste pour de nombreux acteurs une valeur fondamentale. Ainsi, dans la PASS Apollinaire, alors que l'insolvabilité du patient n'est pas un critère d'exclusion *a priori*, il tend à le devenir lorsque les sommes mises en jeu par la prise en charge du patient sont élevées. La dimension novatrice consistant, pour une structure hospitalière, à s'emparer de la question de la nécessaire réduction des dépenses de santé hospitalières proposée par les RCP-MSE apparaît à certains moments comme allant à l'encontre du « ciment symbolique »[18] historique de la PASS et de celui de « l'univers symbolique médical »[19].[20] L'anticipation de restrictions budgétaires qui n'ont pas encore été imposées de l'extérieur dans ces situations précises — qui concernent des patients atteints de maladies graves et dont la vie est en danger — est présentée comme illégitime car elle ne relèverait pas des compétences de la PASS et s'opposerait à la promotion ou la protection de la prise en charge de certains patients précaires[21].

---

[16] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Juin 2012, hôpital C.

[17] Extrait d'entretien avec l'assistante sociale de la PASS Apollinaire. Janvier 2012, hôpital C.

[18] Strauss, Anselm L, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme,* Paris, L'Harmattan, 1992, 311 p.

[19] Parizot Isabelle, *Soigner les exclus: identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social », 2003, 296 p.

[20] On pourrait résumer cette position par le principe tiré du Serment d'Hippocrate « Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. » (version modernisée du Serment d'Hippocrate utilisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins, consulté sur internet : https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311, le 24/05/16).

[21] On retrouvera les mêmes critiques formulées par un collectif d'associations. Voir la fin de ce chapitre. Nous discutons plus en profondeur ces aspects dans le chapitre VIII.

En revanche, cette stratégie peut s'avérer payante à un autre niveau. Grâce à cette dynamique, le Dr Petit a réussi à faire de la directrice financière de son hôpital une alliée de la PASS, comme le montre l'extrait d'entretien suivant :

> **Marie Pralaut** : « Et c'est vrai qu'au moment où ça a été mis en place, bah parfois il y a des PASS qu'ont plus ou moins bien fonctionné. Vous les avez rencontrées, moi je pense que ça repose aussi sur des acteurs qui sont investis. Et on n'a pas tous la chance d'avoir une Émilie Petit. [...] Si on démontre bien l'intérêt, et pour moi l'intérêt au-delà, il est même... [...] Nous on se dit, il faut que ceux qu'on hospitalise derrière, ça soit à bon escient. Et du coup les ressources, les lits d'hospitalisation, c'est des ressources rares, chères, donc il vaut mieux que les patients précaires aient été vus en amont, soient pris en charge, coordonnés, en relais avec les centres de santé en ville, et bien suivis. Plutôt qu'ils arrivent à 3 mois, via les urgences, parce qu'ils arriveront [...] avec un cancer métastasié. J'exagère, vous voyez ce que je veux dire. Mais on va être obligé de les hospitaliser, c'est pas satisfaisant sur le plan de la prise en charge et en termes de coûts, on n'aura pas de structures d'aval derrière, et en termes de dépenses d'assurance maladie, si on se place d'un point de vue macro, voilà, ça va coûter plus cher. Voilà, c'est un message fort, mais pour moi, c'est fondamental d'avoir une PASS, compte tenu du bassin de population qu'on a à prendre en charge, compte tenu de la précarité, qui ne va pas en s'arrangeant, qui est multifactorielle, du coup ce sont des structures essentielles parce qu'elles permettent de réguler, essayer de réguler en amont pour pas avoir des patients qui vont nous arriver, alors il faut le démontrer, et Émilie Petit en est convaincue, mais c'est très dur à démontrer, mais voilà. Mais moi j'en suis convaincue que ces patients de toute façon on les aurait eu, et on les aurait eu peut-être plus grave avec une hospitalisation lourde derrière et sans structure d'aval derrière. C'est-à-dire ils embolisent un lit longtemps, ça coûte plus cher à l'hôpital, plus cher à l'assurance maladie, c'est un peu éviter des hospitalisations évitables. »[22]

Cette reconnaissance dépasse le cadre interne de l'hôpital puisque les RCP-MSE ont été gratifiées du prix 2016 « coup de cœur » de l'association des directeurs d'hôpital (ADH) qui prime les établissements « pour leurs actions innovantes en matière de promotion de l'Égalité à l'Hôpital »[23] (voir photo ci-contre). C'est la démarche de décloisonnement pluri-professionnel qui a été mise en avant dans le dossier de candidature et qui est ici célébrée comme « valeur hospitalière » et, au-delà, l'ajustement à modèle un professionnel organisationnel qui propose à la direction et aux traitements externes de participer à la concertation en vue de décider de la prise en charge hospitalière la plus adaptée. En effet, l'une des grandes originalités de ces réunions est d'impliquer des acteurs administratifs et de la direction au processus de décision. La RCP-MSE dépasse ainsi le simple ajustement aux normes néo-managériales et devient novatrice dans ce domaine à deux égards : elle propose un nouvel outil de régulation de l'accès à la PASS qui

*Photographie n ° 2 :*
*Prix ADH des Voleurs Hospitalières 2016*

[22] Extrait d'entretien avec la directrice financière de l'hôpital C, février 2012.

[23] Sources : site internet de l'ADH. http://www.adh-asso.org/spip.php?article657 consulté le 20 mai 2016.

permet de faire des économies au niveau de l'organisation locale et elle intègre des acteurs administratifs au processus de décision.

On peut aller au-delà de cette réflexion en disant que l'espace néo-managérial est lui-même en quête de légitimité et d'influence et qu'il tente d'attirer la PASS vers lui. Par exemple, la *Revue hospitalière de France* — revue à destination des directeurs d'hôpital et qui promeut les normes du NPM — a offert à l'espace du soin de la précarité un lieu de promotion de ses pratiques. Un dossier spécial intitulé « Précarité et inégalités en santé » est paru en février 2013 dans lequel six articles ont été rédigés par des acteurs du Collectif PASS. L'un des articles a même obtenu le premier prix du Jury 2013 de la revue[24]. Cette consécration montre une volonté de rapprochement des deux espaces émanant du côté néo-managérial. Sur le site internet de la revue, il est précisé que ce prix valorise « un travail d'information expert publié dans la Revue hospitalière de France pour ses qualités d'analyse stratégique ou de partage d'expérience dans le champ (au choix), du management, du financement ou des ressources humaines »[25]. Dans tous les cas, ces exemples montrent que ces deux espaces arrivent à s'entendre et se servent mutuellement pour se promouvoir.

La contrepartie à cette adaptation, la même que celle payée par la PASS de l'hôpital B, est une minoration de la logique structurante construite historiquement à l'intérieur de l'espace du soin de la précarité. On ne promeut pas l'accès aux soins dans une logique de droit ou de réduction des inégalités de santé, mais dans une logique d'économie budgétaire et de performance.

> **Christiane Allée** : « Le risque de la T2A, c'est aussi le choix des patients quelque part. Parce que on, parce que là on le voit bien dans le cadre des RCP(-MSE), à force d'alerter les médecins sur le fait que les patients sont sans prise en charge et que du coup ça a un coût pour l'hôpital. Euh, la personne des frais de séjour me disait l'autre jour, "oh, on en a moins, on a l'impression que quand même les médecins font attention à leurs admissions". Je pense que ça a forcément un effet de cet ordre. Bon, j'ose espérer que si la personne a vraiment besoin d'être hospitalisée, on lui refusera pas l'accès aux soins. Mais ça a forcément des effets pervers sur ça. »[26]

S'il est possible de trouver des pratiques du soin de la précarité à mettre en valeur auprès des tenants des normes néo-managériales et financières, cette démarche reste limitée car, comme on l'a vu dans le chapitre précédent, de nombreux autres éléments sont beaucoup moins adaptables à cette logique (le public auquel les PASS se destinent notamment sera probablement toujours le plus gros frein à l'ajustement des pratiques de la PASS aux normes néo-managériales).

---

[24] Rivollier, Élisabeth, Élisabeth Piégay et Adeline Scanvion, « Exclusion, quelles prises en compte par l'hôpital ? Quelles liaisons avec le territoire ? », *Revue hospitalière de France*, n° 550, Janvier 2013, p. 41-46.

[25] http://www.revue-hospitaliere.fr/Actualites/Revue-hospitaliere-de-France-Prix-2012 (consulté le 24 mai 2016).

[26] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Juin 2012, hôpital C.

## 1 - 3 Les normes néo-managériales et financières à l'intérieur de l'espace du soin de la précarité

Les arguments promouvant l'adaptation aux normes néo-managériales et d'économie budgétaire ne se destinent pas seulement à un public converti à celles-ci. S'ils sont plus souvent évoqués lors des réunions avec les directions hospitalières, il n'est pas rare que les acteurs du soins de la précarité les plus convaincus de l'opportunité ou de la pertinence d'une activité adaptée aux normes néo-managériales mobilisent ces arguments à l'intérieur même de l'espace du soin de la précarité. Ainsi, dans presque tous les colloques nationaux des PASS organisés par le Collectif PASS, qui ont eu lieu une fois par an depuis 2011, des interventions ont eu pour objet l'intérêt financier des PASS pour l'hôpital ou le système de santé. Le dernier colloque, intitulé « Soigner (l') Humain », qui a eu lieu en juin 2015, a eu pour sous-titre « Repenser le sens de la performance et du soin ». Le titre reprend ainsi un objectif de la nouvelle gestion organisationnelle et financière (NPM) : la performance. Pour traiter de cette question, nous avons particulièrement remarqué l'intervention de Kevin André, *assistant professor* à l'ESSEC Buisiness School dans le département « Droit et Environnement de l'Entreprise ». Son intervention, qui a tenté de répondre à la question « l'Humain peut-il rendre le soin plus performant ? », reprend le concept et les théories du *care* et montre en quoi la logique du *care* permet d'augmenter la performance dans la relation de soin. Au-delà de sa valeur scientifique, cette intervention est intéressante en ce qu'elle traduit et légitime dans les termes de la discipline managériale (« capabilité », « capacité », « mesurer la performance », « mesurer l'impact », etc.) les pratiques du soin de la précarité (ici représentées dans l'idée du « *care* »)[27]. Cette intervention a été suivie de celle de deux coordinateurs régionaux de PASS, intitulée « L'Humain soignant facteur de performance, Introduction », qui a présenté et vanté les pratiques du soin de la précarité et de la PASS (interdisciplinarité, transdisciplinarité, prise en charge globale, etc.)[28].

On retrouve la même démarche dans la description du livre qui a fait suite au colloque intitulé « Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût. » Cette courte description rappelle les faits : « Le système de santé français est confronté à une crise multiforme : contraintes financières sans précédent, spécialisation et pression à la productivité des équipes… » et indique le but des contributions des différents auteurs :

[27] La vidéo de cette intervention est disponible sur internet à l'adresse http://collectifpass.org/lhumain-peut-il-rendre-le-soin-plus-performant/ (consulté le 13 mai 2016).

[28] La vidéo de cette intervention est disponible sur internet à l'adresse http://collectifpass.org/lhumain-soignant-facteur-de-performance-introduction/ (consulté le 13 mai 2016).

> « Ils proposent des solutions concrètes tirées des expériences de terrain de professionnels œuvrant auprès des plus démunis dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Dans ces dispositifs, l'approche du soin s'adapte aux situations complexes et se révèle à la fois qualitative, performante et complémentaire du soin technique et spécialisé. »[29]

L'appropriation des concepts et des outils du NPM au travers de celui de la performance et de celui du « coût » du soin est un signe évident de l'adoption d'une stratégie (même si elle n'est pas toujours forcément complètement consciente) d'adaptation au modèle professionnel organisationel. Cette stratégie a largement été insufflée au sein du Collectif PASS par le Dr Émilie Petit, référente de la PASS dédiée de l'hôpital C. Elle a par ailleurs été à l'origine d'autres collaborations entre des personnes représentantes d'espaces promouvant les pratiques du NPM et le Collectif PASS. On peut nommer à ce propos la directrice financière de l'hôpital C, Marie Pralaut, qui est intervenue à l'occasion d'un colloque des PASS, un élève directeur d'hôpital qui a participé à l'ouvrage mentionné ci-dessus et une économiste de la santé qui est venue présenter ces travaux lors d'une réunion du Collectif PASS. Toutes ces collaborations ont visé à construire des ponts entre les thèmes traités par le courant néo-managérial et celui du soin de la précarité et à intégrer les pratiques du premier dans l'espace du second, renforçant un modèle professionnel organisationnel. La PASS, dominée à l'intérieur du champ de la médecine hospitalière spécialisée et technique, s'inscrit dans un courant organisationnel souvent décrié par les acteurs des PASS eux-mêmes. Mais le processus qui a aboutit à cette alliance improbable, celle du faible cherchant protection sous le giron du jeune loup, révèle son caractère circonstanciel et la faiblesse de cette position.

## 1 - 4 Conclusion partielle

La stratégie d'appropriation du capital spécifique néo-managérial et l'ajustement des pratiques et conceptions du soin de la PASS (héritées de l'espace du soin de la précarité) à celui-ci, transforment la trame narrative qui donne un sens à la structure, le « ciment symbolique » de la PASS. Elle passe d'une structure qui vise à faciliter l'accès aux soins des patients précaires dans l'objectif de lutter contre l'exclusion, de réduction des inégalités et de promouvoir un droit à la santé, à une structure qui vise à faciliter l'accès aux soins afin de minimiser les pertes financières de l'hôpital (au niveau local) et à rendre le système de santé le plus efficient possible. La critique des inégalités sociales de santé à l'origine de l'espace du soin de la précarité adressée au système de santé est intégrée par le raisonnement néo-managérial qui la

[29] Georges Claire, Astre Harold, Pierru Frédéric, Chambaud Laurent, Debeaupuis Jean et Vallet Benoît, *Soigner (l')humain: manifeste pour un juste soin au juste coût*, Rennes, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2015.

met en relation à l'intérêt économique de l'organisation. La seule alternative pour lutter contre cette injustice dénoncée devient dans ce cas de trouver un moyen de rendre la protection de la santé des plus pauvres intéressante pour l'hôpital[30].

La prise en charge des patients précaires peut ainsi devenir un laboratoire dans lequel on expérimente des prises en charge à bas prix (les traitements sont pensés à l'aide d'analyses de type coûts/avantages, des soins qui ne sont pas urgents peuvent être décalés dans le temps, etc.). La PASS s'intègre à l'hôpital en adhérant et en contribuant à l'injonction du retour à l'équilibre financier pour l'hôpital public. Cette analyse recoupe celle de Nicolas Belorgey dans son étude sur un service d'urgence. Les partisans d'une « médecine sobre » ou « d'un soin au juste coût », ceux que N. Belorgey appellerait les « réformateurs », sous couvert de « soigner l'humain » et donc de replacer le « patient au centre du système de santé » :

> « [les réformateurs] se préoccupent de productivité plutôt que de qualité, d'efficience plutôt que d'efficacité, d'inciter les soignants à une plus grande productivité — de les "responsabiliser" — plutôt que d'examiner les effets de cette démarche sur les patients. [...] En fait tout se passe comme si on assistait à une différenciation des soins en tant que produit, [conduisant] à une production de soins bas de gamme (*low cost*) »[31].

Bien sûr, ce n'est pas ici la duplicité des acteurs qui est en jeu ici (comme pourraient laisser l'entendre les propos de N. Berlorgey), mais plutôt les effets concrets de la démarche professionnelle organisationnelle sur la pratique du soin dans les PASS. La volonté de réduire les dépenses justifie une baisse de la qualité des soins. À cela s'ajoute que, dans le contexte des PASS, ces soins *low cost* s'expérimentent sur les patients les plus pauvres et sans couverture maladie. C'est un jeu de dupes dans lequel les patients non-assurés obligent les professionnels de santé à se rendre compte des soins qui « coûtent » chers et à proposer en conséquence des traitements et des prises en charges réévalués pour les rendre économiquement davantage responsables. Mais aussitôt qu'une couverture maladie est retrouvée, le patient est basculé dans le circuit de soins régulier dans lequel les pratiques sont différentes et les coûts facturés à l'Assurance maladie ne sont pas pris en considération de la même manière.[32] Ainsi, il est d'usage à la PASS de reporter dans le temps des soins nécessaires, mais non urgents, pour qu'ils puissent être pris en charge par l'Assurance maladie lorsque le patient aura retrouvé une couverture maladie. On admet donc implicitement que les coûts des soins sont nécessaires, mais

---

[30] On retrouve ici ce que Luc Boltanski et Ève Chiapello ont décrit à propos du « nouvel esprit du capitalisme », à savoir la capacité du néo-managérialisme à absorber la critique et à se construire dessus. Ils expliquent notamment que l'adhésion au capitalisme passe par une justification de l'ordre qui s'exprime en termes de bien commun : il y a une croyance que les mécanismes de régulation du capitalisme permettent d'arriver à la meilleure solution pour le bien commun. Il y a donc une « idéologie qui justifie l'engagement dans le capitalisme » qui est constituée d'un ensemble de croyances partagées dans des institutions. Voir Boltanski, Luc et Ève Chiapello, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999, 843 p.

[31] Belorgey, Nicolas, *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte, 2010, p.304-305.

[32] Dans ce type de raisonnement, on prétend se positionner à l'échelle du bien commun, alors que les coûts des soins ne sont pris en compte que pour les patients non-assurés, comme si les patients assurés ne coûtaient rien, ni à la société, ni à l'hôpital.

on se dispute pour savoir qui doit les porter : l'Assurance maladie ou l'hôpital. La logique professionnelle organisationnelle prend évidemment position pour l'hôpital dans ce cas, choisissant de faire porter les coûts à l'assurance maladie, même si cela signifie de reporter des soins nécessaires, mais non urgents. On voit ici les limites du modèle professionnel organisationnel à avoir des réflexions éthiques[33] ou de justice sociale car il se concentre essentiellement sur la santé de son hôpital.

Dans ce contexte, les réflexions sur la « médecine sobre » ou la « médecine au juste coût » sont des alibis intellectuels consistant à expérimenter une médecine *low cost* sur des minorités précaires et étrangères pour lesquelles personnes ne veut porter les coûts de santé afin de réaliser des économies de bouts de chandelle aux marges du système de santé et de sustenter un avide besoin d'économie basé sur une idéologie de la pénurie prônée par le NPM. On retrouve ici les tendances observées ailleurs (en Allemagne et au Royaume-Uni) d'une pénétration des logiques gestionnaires dans la pratique quotidienne des médecins[34]. Julia Evetts affirme ainsi que les effets du modèle professionnel organisationnel ne sont pas le contrôle professionnel du travail par les travailleurs, mais plutôt un contrôle de type organisationnel par les superviseurs et les managers. Les objectifs de l'organisation (qui peuvent être politiques) définissent les relations des professionnels à leurs clients (ici les patients), les contrats d'objectifs et les indicateurs de performance. Dans ce sens, les objectifs organisationnels régulent et remplacent le contrôle occupationnel dans les interactions professionnel-client, ce qui empêche la démarche éthique qui a pourtant été si importante dans les activités professionnelles[35].

---

[33] Le fait que le modèle organisationnel empêche la démarche éthique traditionnellement présente dans le modèle professionnel a également été observé par Evetts, Julia, « A new professionalism? Challenges and opportunities », *Current Sociology*, vol. 59, n° 4, 2011, p. 408.

[34] Farrell, Catherine et Jonathan Morris, « The 'Neo-Bureaucratic' State: Professionals, Managers and Professional Managers in Schools, General Practices and Social Work », *Organization*, vol. 10, n° 1, 1 Février 2003, p. 129-156 et Kuhlmann Ellen, Viola Burau, Tiago Correia, Roman Lewandowski, Christos Lionis, Mirko Noordegraaf et Jose Repullo, « "A manager in the minds of doctors" a comparison of new modes of control in European hospitals », *BMC Health Services Research*, vol. 13, n° 1, 2 Juillet 2013, p. 246-257 ; Noordegraaf, Mirko, « From « Pure » to « Hybrid » Professionalism Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains », Administration & Society, vol. 39, n° 6, 1 Octobre 2007, p. 761-785.

[35] Evetts, *op. cit.*, 2011.

# 2 AUTONOMISATION DE L'ESPACE DU SOIN DE LA PRÉCARITÉ

## 2 - 1 Légitimation scientifique et institutionnelle

### 2 - 1 - 1 La légitimation scientifique et institutionnelle de la PASS par la PASS

La démarche des RCP-MSE consiste également à valoriser la PASS dédiée en lui apportant une légitimité scientifique et médicale. Le modèle des Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) est un modèle de prise en charge introduit à l'hôpital en oncologie au début des années 2000. Ces réunions de différents médecins spécialistes pour décider de la prise en charge d'une maladie complexe au niveau strictement médical constituent une pratique de soin légitime valorisant le savoir technique. La RCP-MSE joue aussi sur ce tableau-là. Les attributs dont elle s'est dotée et qui vont dans ce sens sont, par exemple, le financement de l'Institut national du cancer (INCA) qui lui donne une base scientifique ou la publication d'un article scientifique dans une revue spécialisée en oncologie.

Afin de valoriser leur activité de soin, les acteurs des PASS ont régulièrement recours aux revues scientifiques et professionnelles dans lesquelles ils écrivent des articles présentant le dispositif de la PASS et promouvant les pratiques et conceptions du soin de la précarité. Le champ hospitalier dispose d'un système d'accumulation de capital scientifique qui lui est propre ; une partie de ce système correspond aux revues scientifiques. La structuration des différentes revues et publications est complexe. Deux de ses caractéristiques sont un découpage de la division du travail médical en spécialités et la mise en valeur de l'aspect technique. Dans ce contexte, les acteurs de la PASS connaissent des difficultés à valoriser leurs pratiques au travers des publications car elles se caractérisent par une interdisciplinarité, une approche globale et de médecine générale (tout l'inverse de ce que valorisent les revues scientifiques médicales dominantes). Ainsi, les acteurs des PASS publient peu dans les revues de spécialité et lorsqu'ils y parviennent, leurs articles apparaissent dans les rubriques annexes moins valorisées[36].

Certains médecins de PASS parviennent cependant à publier dans des revues prestigieuses dans le champ hospitalier et à valoriser leur activité par ce biais. Les articles publiés, souvent dans

[36] On peut prendre l'exemple de l'article publié dans la *Revue de médecine interne* dans la rubrique « Idées et débats » : Georges-Tarragano, C., « Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS): tradition d'hospitalité et modèle d'organisation innovante », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 36, n° 1, Janvier 2015, p. 38-41.

des revues de médecine interne ou de santé publique, portent principalement sur l'évaluation du profil socio-démographique des patients ou sur l'évaluation du dispositif PASS[37]. Mais cette pratique ne concerne que quelques médecins des PASS parmi les praticiens hospitaliers (PH) et reste marginale[38]. D'autres publications dans des revues moins prestigieuses et moins bien situées dans l'espace concurrentiel des publications médicales sont produites. Des articles sont publiés dans des revues professionnelles destinées aux infirmières, aux assistantes sociales[39] ou encore aux médecins[40].

Une autre manière d'acquérir du capital scientifique légitime est de participer aux programmes de recherches scientifiques hospitaliers. Le Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) est le principal programme de recherche clinique hospitalier dans les CHU ; il en existe d'autres comme le Programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS). Obtenir un PHRC est très prestigieux, c'est la voie royale de la recherche en CHU. Pour l'obtenir, il est nécessaire de faire une recherche préparatoire et de collaborer avec des professeurs praticiens hospitaliers (PU-PH). Ainsi, un projet de PHRC a été monté en 2013 par plusieurs médecins PH du Collectif PASS en collaboration avec le siège de l'AP-HP et un PU-PH, mais il n'a pas abouti.

Enfin, les acteurs des PASS et de l'espace du soin de la précarité à l'hôpital organisent régulièrement des rencontres et conférences qui visent aussi à apporter une légitimité scientifique et institutionnelles à leurs pratiques et à les valoriser dans le champ hospitalier. On peut citer la série de conférences nationales des PASS organisées par le Collectif PASS, mais aussi les rencontres régionales organisées plus localement[41]. D'autres associations de professionnels agissant dans l'espace du soin de la précarité organisent également ce genre d'événement qui visent à promouvoir les pratiques et conceptions du soins de cet espace[42]. Comme le remarque à juste titre É. Petit dans l'extrait d'entretien ci-dessous, l'objectif de l'apport en visibilité et en

---

[37] Peslin, N., V. Pasquier, C. Plaçais, A. Coutant, C. Agard, J. Barrier et Pierre Lombrail, « Évaluation d'une nouvelle offre de soins: la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes », *Santé publique*, vol. 13, n° 4, 2001, p. 349-357 ; Kaoutar, B., B. Gatin, H. de Champs-Leger, V. Vasseur, C. Aparicio, C. de Gennes, J. Lebas, P. Chauvin et C. Georges, « Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) parisiennes », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 35, n° 11, Novembre 2014, p. 709-714 ; Lelong, H., M. Casadevall, F. Haus, C.-A. Levezouet, C. Regnier, B. Durel, D. Torchin, G. Chicheportiche, H. Boronski, H. De Champs-Leger et J. Blacher, « Évaluation des pratiques préventives d'une consultation de médecine générale hospitalière », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 59, n° 2, Avril 2011, p. 107-113.

[38] Une recherche sur PubMed avec les mots clés « Permanence d'accès aux soins de santé » n'aboutit qu'à sept résultats (réalisée le 25/05/16).

[39] Voir par exemple : Geeraert, Jérémy et Elisabeth Rivollier, « L'accès aux soins des personnes en situation de précarité », *Soins*, vol. 59, n° 790, Novembre 2014, p. 14-18 ou Mechali Denis, Sylvie Dehaudt et Marie-Laure Pintir, « Une permanence d'accès aux soins de santé, un lien de confiance avec le patient. », *Revue De L'infirmière*, vol. 214, Octobre 2015, p. 23-24.

[40] Voir par exemple le dossier dans la revue *Médecins*, revue bimensuel de l'ordre national des médecins, Allermoz, Eric et Corinne Drault, « Accès aux soins et précarité. La situation se dégrade », *Médecins*, n° 35, Mai-juin 2014, p. 16-22.

[41] L'association des professionnels des PASS de la Région Rhône-Alpes (APPASSRA) a organisé, par exemple, depuis 2004 six rencontres régionales.

[42] On peut donner l'exemple de la journée « Santé et Migration » organisée en juin 2016 par l'association Louis Guilloux qui est ancien Réseau « Ville Hôpital » et qui œuvre dans le domaine de l'accès aux soins.

légitimité scientifique et institutionnelle de ces conférences est l'autonomie de cet espace à l'intérieur du champ hospitalier :

> **Émilie Petit** : « Voilà, en 2010, j'ai activé les choses pour faire ce colloque national. Ce colloque national, et heureusement, qui a permis d'avoir un impact, qui a permis de toucher d'une façon plus subtile que seulement aller se plaindre, aller voir machin, enfin, les tutelles, pour qu'ils reprennent le travail pour leur propre compte et que ça s'autonomise. » [43]

L'observation de ces conférences permet de mettre en lumière une stratégie de contournement concernant l'accumulation du capital scientifique. Pour contourner ces faibles possibilités d'accumulation de capital scientifique grâce aux disciplines dominantes à l'intérieur du champ hospitalier, les professionnels des PASS ont régulièrement recours aux disciplines scientifiques périphériques au champ hospitalier et notamment aux sciences humaines et sociales, à l'éthique et à la santé publique/épidémiologie (en plus du management). Ainsi, les différents colloques nationaux et régionaux des PASS ont accueillis à leur tribune de nombreux sociologues et anthropologues, des politistes, des historiens, des chercheurs en santé publique et en éthique, des économistes ou encore des philosophes[44]. Des représentants des tutelles (ARS, AP-HP, DGOS) sont aussi largement invités à ces manifestations. Cela fait écho au bon accueil dont font l'objet les chercheurs en sciences sociales et leurs études à l'intérieur de l'espace du soin de la précarité, en général, et des PASS, en particulier.[45] N'ayant pas vraiment accès à la légitimité scientifique grâce aux canaux traditionnels et dominants du champ médical, les agents des PASS recourent à des disciplines scientifiques davantage hétérodoxes pour y arriver.

### 2 - 1 - 2 Légitimation scientifique et institutionnelle

La faible présence des PASS dans l'espace de la publication et de la recherche scientifique hospitalière est aussi le reflet de la petite taille du groupe qu'elle représente. Lorsqu'on considère l'espace du soin de la précarité dans son ensemble, l'activité dans ces domaines est beaucoup plus importante et apporte une légitimité aux pratiques et normes qui y sont défendues de manière générale, également pour les PASS. De nombreuses publications et programmes de recherches s'inscrivent dans les thématiques des inégalités sociales de santé, des déterminants sociaux de la santé, de la prévention, etc. L'activité est certes freinée par la structure du champ hospitalier qui privilégie la recherche technique et hyper-spécialisée. Mais ces biais d'accès sont

[43] Extrait d'entretien avec la médecin référente de la PASS Apollinaire de l'hôpital C. Février 2012.

[44] La majorité des interventions dans ces colloques sont réservées aux acteurs internes de l'espace du soin de la précarité, notamment aux professionnels des PASS eux-mêmes et aux acteurs associatifs.

[45] L'enquête empirique présentée ici a toujours été bien accueillie par les professionnels des PASS. Elle a été vue, notamment par les responsables de PASS, comme un moyen de mettre en avant les PASS dans un espace scientifique.

en partie contrebalancés par une politique de discrimination positive menée par les pouvoirs publics en direction des espaces dominés et notamment celui du soin de la précarité. Les thèmes de recherche sur la précarité sont ainsi régulièrement encouragés, notamment à l'intérieur des spécialités. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, en 2012, le Ministère de la Santé a inscrit un de ces axes prioritaires sur les Programmes de recherche sur la performance du système des soins (PREPS) traitant de la précarité[46]. Cela indique qu'un acteur essentiel à l'autonomisation de l'espace du soin de la précarité dans le champ hospitalier se situe au niveau des pouvoirs publics centraux qui contrebalancent une organisation interne défavorable.

Sur le plan institutionnel et universitaire, de nombreux rapports, conférences thématiques et articles scientifiques sont produits et organisés qui, tout à la fois, constituent et renforcent les normes et les trames narratives de l'espace du soin de la précarité. Ils sont réalisés par des institutions publiques et para-publiques et des instituts de recherche qui se situent dans des champs périphériques à celui hospitalier, notamment ceux de la santé publique et de la prévention. L'Institut de veille sanitaire publie, par exemple, le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* dans lequel paraissent régulièrement des numéros portant sur les questions de la précarité ; les Observatoires régionaux de santé publient des rapports[47] et organisent des rencontres[48] ; la Conférence nationale sur la pauvreté de 2012 a constitué un groupe de travail et produit un rapport officiel écrit conjointement par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de la santé (DGS) sur « Santé et accès aux soins. Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins »[49] ; l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale (ONPES) publie des études spécifiques[50], des données sur l'accès aux soins et aux droits en matière de santé dans des rapports généraux sur la pauvreté et des livrets à l'usage des professionnels[51] ; l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), organe scientifique para-public, produit de nombreuses enquêtes et études sur les thématiques s'insérant dans les

[46] Circulaire N°DGOS/ PF4/2011/420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale : PHRC national, PHRC interrégional, STIC, PREPS, PHRIP, PHRC cancer, STIC cancer, PRT cancer.

[47] Par exemple : Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Situation sanitaire et sociale des «Rroms migrants» en Île-de-France, 2012.

[48] Le congrès national des Observatoires régionaux de santé en 2008 a porté sur la thématique des inégalités de santé.

[49] Bauer, Denise et Nathalie Goyaux, « Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Groupe de travail Santé et accès aux soins. Pour un accès égal et facilité à la santé et aux soins », 2012.

[50] ONPES (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale) et Emmanuelle Cambois, « Les personnes en situations sociale difficile et leur santé », coll. « Les travaux de l'Observatoire », 2003 ; ONPES (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale), « Santé et pauvreté », 2001.

[51] ONPES (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale), « L'accès aux droits à une couverture maladie. Mémo récapitulatif à l'usage des professionnels de santé », 2012.

thématiques du soin de la précarité[52] ; l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a publié plusieurs rapports sur les thématiques des inégalités de santé[53] ; la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), organe de recherche du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, a un département « Lutte contre l'exclusion » et a produit de très nombreuses publications[54].

Toutes ces publications, recherches, conférences, apportent une légitimité scientifique et politique à une démarche de lutte contre les exclusions et les inégalités dans le domaine de la santé et de promotion de l'accès aux soins et aux droits. À ces dernières s'ajoutent l'action de la DGOS et des ARS qui ont, par le biais des lois et des circulaires, à veiller à la réalisation de missions qui correspondent à certaines normes de l'espace du soin de la précarité. On a déjà vu par exemple les différentes circulaires et les guides de bonne conduite sur les PASS et l'accès aux soins qui ont été produites par la DGOS ; du côté des ARS, il y a la rédaction et la réalisation des Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) et les Ateliers Santé Ville (ASV).

La légitimation scientifique et institutionnelle des pratiques et conceptions du soin de l'espace du soin de la précarité passe également par un travail important réalisé par les associations qui sont actives dans ces domaines. Depuis les années 1980, leur action consiste notamment à dénoncer des situations et pour cela, elles produisent elles-mêmes des données. Il n'est pas possible de toutes les citer. L'association Médecins du Monde est la plus active dans ce domaine, elle dispose d'un Observatoire de l'accès aux droits et aux soins qui publie un rapport annuel de la mission France qui fait état des difficultés des patients rencontrés par l'association[55]. Elle organise et participe par ailleurs à de nombreux colloques et conférences, rédige des articles scientifiques et sert de cadre et d'encadrement pour des thèses de médecine[56]. D'autres associations telles que le Comede, Médecins Sans Frontières ou ATD-Quart Monde et des collectifs d'association tel que l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) ont le même type d'activités. On peut aussi noter le travail en commun réalisé par la Fédération hospitalière

[52] Sur son site internet, on peut voir que l'institut a produit 14 rapports qui correspondent aux mots-clés « Accès recours soins », 11 rapports qui correspondent aux mots clés « inégalités santé » et 4 rapports qui correspondent aux mots-clés « renoncement soins ». Par ailleurs de nombreux documents de travail et articles ont été réalisés sur ces thématiques par les chercheurs de l'IRDES (en tout se sont pas moins de 107 documents qui correspondent aux thématiques « accès et recours aux soins », 13 à « immigrés », 172 à « inégalités de santé » et 52 à « renoncement aux soins ». Ces thématiques sont centrales à ce centre de recherche.

[53] Voir par exemple : Potvin, Louise, Marie-José Moquet et Catherine M Jones, « Réduire les inégalités sociales en santé », Inpes, 2010.

[54] Le moteur de recherche interne recense 3074 résultats pour les mots-clés « accès aux soins » ; 1496 pour la recherche « inégalités santé » ; 635 résultas pour « renoncement soins », etc.

[55] Voir par exemple : Médecins du Monde, « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France. Rapport 2013, 2014 ».

[56] À ce propos, voir le document qui recense ces activité entre 2010 et 2012 : Médecins du Monde, « Publications 2010-2011-2012. Missions France », Médecins du Monde, 2012.

de France et Médecins du Monde pour réaliser un guide de prise en charge des personnes vulnérables[57].[58]

Un lieu important de légitimation scientifique et institutionnelle pour les différents segments du champ médical est l'université. Des enseignements sur la précarité se sont multipliés à l'université ces dernière années. En plus des cours transversaux sur ces thématiques dans les cursus généraux qui forment les professionnels de santé et du social, toutes les grandes facultés de médecine et les écoles de santé publique proposent désormais des diplômes universitaires (DU) « santé-précarité ». Souvent, les agents de l'espace du soin de la précarité sont impliqués dans l'organisation de ceux-ci (associations, professionnels des PASS, etc.). Ainsi, à Paris V, le DU « Santé-Solidarité-Précarité » est coordonné par Sandra Valet de Médecins du Monde. Mais si la thématique de la précarité s'est introduite de façon durable dans les programmes universitaires, elle n'est pas prête pour autant d'y obtenir une chaire, loin s'en faut. La chaire universitaire serait la garantie d'une autonomie dans le domaine universitaire ; la subordination de l'enseignement du soin de la précarité à une chaire d'éthique, comme c'est le cas à Paris V par exemple, ne met pas à l'abri d'un possible changement de cap des priorités d'enseignement au cours duquel il disparaîtrait.

L'apparition ces dernières années de « pôles de santé publique » de nouvelle génération dans plusieurs hôpitaux semble également être un signe de l'autonomisation de l'espace du soin de la précarité à l'intérieur de l'hôpital. Si les pôles de santé publique existent depuis longtemps dans de nombreux hôpitaux, ils sont souvent une catégorie « fourre-tout » qui regroupe des activités disparates et sans grand rapport les unes avec les autres (comme à Nantes par exemple où le pôle santé publique regroupe le service d'information médicale, la pharmacie et stérilisation, le service d'évaluation médicale, celui de la santé au travail, etc.). Ces dernières années ont vu naître de nouveaux pôles de santé publique disposant de leur propres locaux et regroupant différents espaces assez proches du soin de la précarité. À l'hôpital L par exemple, il réunit la PASS, les services de prévention (centres de dépistage anonyme et gratuit, centre de planification), l'adictologie (toxicomanie, alcoolisme), la gériatrie, l'orthogénie et la recherche en éthique. D'autres projets de ce type ont vu le jour dans les hôpitaux de Nantes, Bayonne, Toulouse ou à l'Hôtel Dieu à Paris. Ces projets mettent en avant une mutualisation des moyens qui permet que ces derniers ne soient pas détourner pas au profit de segments dominants du pôle dans lequel la PASS s'inscrit (à la manière de ce qui s'est passé à la PASS Apollinaire, à la PASS René Barthe ou à la PASS gynécologique), mais dans un espace de soin commun, celui que nous avons appelé l'espace du soin de la précarité (voir chapitre I).

[57] Fédération hospitalière de France et Médecins du Monde, « La prise en charge des personnes vulnérables. Agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé », 2014.

[58] D'autres associations existent : la Cimade, Act Up, Secours Catholique, Aides. La liste des associations n'est pas exhaustive.

Ces différentes façons d'apporter une légitimité institutionnelle et scientifique aux normes et pratiques de l'espace du soin de la précarité permettent de localiser les espaces sociaux de légitimité institutionnelle et scientifique des PASS. Ainsi, ceux-ci se situent plutôt dans des disciplines médicales peu dominantes comme la santé publique, l'épidémiologie ou l'éthique, mais qui ont une forte autonomie et visibilité grâce à de nombreux centres de recherche et institutions ; dans des disciplines scientifiques extérieures aux disciplines médicales, notamment les disciplines de sciences sociales (sociologie, anthropologie, philosophie ou économie) ; enfin, leur légitimité institutionnelle est garantie dans des lieux qui se situent en dehors de l'hôpital au sein des tutelles que constituent les ARS et la DGOS. Le recours aux sciences sociales comme mode de légitimation scientifique souligne le caractère malléable du capital spécifique. L'utilisation illégitime que fait l'espace du soin de la précarité du capital de soin lorsqu'on l'observe à l'aide du filtre proposé par les disciplines scientifiques dominantes du champ hospitalier, devient légitime lorsqu'elle est interprétée à l'aide de grilles de lecture proposées par des disciplines hétérodoxes et exogènes au champ. Ainsi, les pratiques et conception du soin des PASS sont peu légitimes dans l'état actuel du rapport de forces à l'hôpital (elles ne sont pas hyper-spécialisées, pas techniques et peu rentables). D'un autre côté, les sciences sociales, la santé publique et l'éthique (disciplines peu légitimes à l'intérieur du champ hospitalier), mais aussi les institutions tutélaires de l'hôpital, apportent d'autres critères de légitimité aux pratiques et conception du soin qui ont cours dans les PASS (valorisation d'une prise en charge globale, en réseau, coordonnée, dans une perspective de long terme par exemple).

## 2 - 2 Stratégies de décloisonnement et de fédération et dynamique de spécialisation professionnelle occupationnelle

Une autre manière pour les agents des PASS de gagner en autonomie a été de sortir de l'isolement de l'hôpital et de se regrouper. Les associations de professionnels des PASS ne sont pas un phénomène nouveau, la première qu'on a pu recensé remonte à 2005.

### 2 - 2 - 1 Un exemple d'association de professionnels des PASS : l'APPASSRA

Dans la région Rhône-Alpes, les agents des PASS ont décidé de se rencontrer en février 2004 à l'occasion d'une première rencontre régionale. Cette journée a été renouvelée et a abouti à la création d'une association en 2005 : l'association des professionnels de PASS de Rhône-Alpes

(APPASSRA). Une originalité de cette association de professionnels hospitaliers est de rassembler aussi bien des médecins que des travailleurs sociaux, des secrétaires, etc. La moitié des membres sont des assistants sociaux. Cette dynamique est directement héritée de l'espace du soin de la précarité, elle s'est notamment développée dans le cadre des réseaux « ville-hôpital » créés dans les années 1990 dans le contexte de la prise en charge des personnes en situation de précarité atteintes du VIH/sida. Ces réseaux pluridisciplinaires regroupaient également des personnes d'horizons professionnels divers.

Les buts de ces rencontres et de l'association sont tout d'abord d'apprendre à se connaître, puis d'échanger autour des pratiques et de se soutenir (notamment de défendre les petites et les nouvelles PASS rencontrant des difficultés dans leur établissement), enfin de devenir un interlocuteur auprès des tutelles et des partenaires extérieurs. À travers les échanges entre les professionnels, une comparaison entre les différentes PASS de la région devient possible et donc la dénonciation de situation jugées anormales. L'APPASSRA a ainsi réalisé une enquête sur les relations avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) auprès des différentes PASS de la région et à dénoncer des pratiques à géométrie variable selon les caisses et un allongement général des délais dans le traitement des dossiers. Établissant des constats et construisant des recommandations, l'association se place ainsi en instance normative définissant des règles de bonne conduite et régulant les pratiques dans son domaine de compétence. Cette enquête a abouti à une rencontre organisée par l'ARS entre des représentants de l'APPASSRA, de deux Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de la région et de l'Agence régionale de santé (ARS) et à une convention régionale de partenariat signée par l'APPASSRA et les CPAM de chaque département de la région.

L'APPASSRA est devenue un partenaire privilégié de l'ARS Rhône-Alpes concernant les questions de PASS et de la précarité. L'association a été consultée dans la préparation du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Dans un autre contexte, elle a négocié avec l'ARS que chaque PASS de la région soit dotée d'au moins 0,2 ETP de temps médical (deux vacations par semaine) afin qu'il y ait dans chaque PASS, *a minima*, un temps de coordination et de consultation médicale. De même, il a été négocié que l'ARS finance sur ses fonds un poste de coordinateur régional pour les PASS (alors que l'association n'avait pas remporté l'appel à projet national pour ce poste). Ainsi, l'APPASSRA est reconnue institutionnellement pour son expertise dans le domaine de la précarité en santé et comme instance représentative de négociation pour les PASS.

L'association régionale permet également de rendre les PASS plus visibles à travers le site internet et les rencontres à l'occasion des « journées régionales » qui rassemblent tous les 18 mois plus d'une centaine de personnes et auxquelles les responsables des tutelles et les

partenaires sont invités. Le site internet permet de diffuser et de mettre à disposition une documentation (notamment des travaux scientifiques promouvant les pratiques défendues par l'association) et une veille documentaire des textes réglementaires (concernant les réformes de l'assurance maladie par exemple).

Le regroupement en association au niveau régional, phénomène qui existe aussi dans quelques autres régions, permet de gagner en pouvoir de négociation et, par là, de conquérir certaines protections légales augmentant l'autonomie du groupe professionnel occupationnel au sein du champ du soin hospitalier. Cette autonomie est gagnée par rapport aux deux modèles organisationnels dominants — celui néo-managérial et celui de la spécialisation — qui menacent les PASS dans leur organisation au sein de l'espace du soin de la précarité. Il favorise la pérennisation des structures PASS et de leurs pratiques et conception du soin. La revendication d'un temps médical minimum est significative à cet égard car elle entérine un principe de pluriprofessionnalisme défendu traditionnellement par l'espace du soin de la précarité et remet en cause la légitimité d'un modèle purement transversal qui ne reposerait que sur le service social. Les professionnels s'affirmant juges et garants des bonnes pratiques professionnelles font un grand pas vers l'autonomie et la spécialisation. Mais cette autonomie n'est pas celle d'un monde professionnel cloisonné ; au contraire, elle est basée sur un pluriprofessionnalisme qui marque une coupure avec l'organisation professionnelle habituelle, corporatiste et organisée par catégorie professionnelle. Ces associations pluriprofessionnelles sont intéressantes car elles défendent des intérêts qui peuvent être interprétés comme corporatistes dans la mesure où les « professionnels des PASS » partagent une communauté d'expérience et de sort à l'intérieur du système hospitalier. Pour comprendre cette idée, il est utile de se référer à la dénomination anglo-saxonne de groupes « occupationnels » (*occupational groups*) qui met l'accent sur l'activité partagée (soin de la précarité), et non sur le statut. Dans tous les cas, il s'agit bien ici d'un groupe aspirant à devenir professionnel et cherchant, dans cette logique, « à s'auto-organiser, à défendre [son] autonomie et [son] territoire et à se protéger de la concurrence par l'obtention d'un monopole. »[59]

[59] Vezinat Nadège, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009) », *Sociologie*, vol. 1, n° 3, 2010, p. 414.

### 2 - 2 - 2 Naissance du Collectif PASS : entre logiques professionnelles dominantes et défenses des normes de l'espace du soin de la précarité

> **Sarah Lachot** : « Enfin, on entend des trucs, aux "PASS nationales" on entendait des trucs comme ça (elle parle du colloque national des PASS qui a eu lieu en mai 2011). Et il y avait des PASS, je sais plus, la PASS de l'hôpital I (PASS d'un grand CHU d'une grande ville de province), (rires), [...] où on disait "de toute façon peuvent rentrer dans la PASS que des gens qui ont des droits sociaux" (rires), et il y a eu un fou rire général, mais un fou rire général, on était 400 quand même dans l'amphi. C'est génial ! »[60]

Dans cet extrait d'entretien, le Dr Lachot souligne que ces dynamiques collectives permettent de construire ou consolider des normes propres à l'espace du soin de la précarité (la PASS doit pouvoir accueillir les patients non-couverts). Celles-ci sont suivies de sanctions (qu'on reconnait ici par la moquerie d'un amphithéâtre rempli de pairs) lorsqu'elles ne sont pas suivies.

L'histoire de la création du Collectif PASS met en évidence une certaine distance entre les PASS des grands CHU parisiens et l'espace du soin de la précarité que nous avons évoqué au chapitre IV (2 - 4). Cette association a été créée en 2011 par un groupe de médecins responsables de PASS de CHU parisiens et de deux cadres socio-éducatives. Elle a pour vocation de défendre le système de PASS dédiées (consultations médicales dédiées sans rendez-vous) et de promouvoir l'accès aux soins des patients en situation de précarité. Elle rassemble sur la France entière (mais avec une claire dominante parisienne) des professionnels des PASS (avec une très forte dominance des médecins) et des militants de certaines associations agissant dans l'espace du soin de la précarité (principalement de Médecins du Monde et d'Inter Service Migrant — interprétariat, association proposant des services d'interprétariat professionnel).

> **Amandine Cornet** : « Alors le collectif PASS, [il] a une histoire, au départ c'était le "collectif de défense des consultations sans rendez-vous". Et au départ c'était beaucoup les médecins. Il y avait deux cadres qui étaient dedans, c'était Christiane Allée (cadre socioéducative de l'hôpital C, PASS Apollinaire) et Annie Caron (cadre socioéducative à l'hôpital H, PASS du Dr Violette). Mais à partir du moment où on était sur la défense des consultations sans rendez-vous, on était sur la partie médicale. Et puis ils se sont rendus compte que ce qu'ils avaient en commun c'était d'être des PASS, et du coup c'est devenu le Collectif PASS. Et c'est vrai que le social était pas très présent, aujourd'hui j'aimerais qu'il le soit un peu plus. Autant je n'accepte pas que ce soit l'affaire des assistantes sociales, autant je n'accepte pas que ce soit que l'affaire des médecins. [...] Et du coup, la dernière fois, j'ai dit à Christiane (Allée), il faut absolument ramener des A.S. là-dedans. »[61]

C'est en 2009 que le Dr Violette de l'hôpital H, fondateur des PASS et ancien président de Médecins du monde (voir l'encadré n° 1 dans le chapitre II), a entamé une dynamique afin d'inscrire la prise en charge de la précarité dans le nouveau « Plan stratégique 2011-2015 » de l'AP-HP. C'est dans cette démarche qu'il a notamment réuni les différents responsables des PASS

[60] Extrait d'entretien réalisé avec la médecin référente de la PASS spécialisée en gynécologie, hôpital C, mars 2012.

[61] Extrait d'entretien avec la cadre du service social travaillant au siège de l'AP-HP, février 2013.

pour amorcer un travail commun. Mais ce n'est pas sous le nom de la « PASS » qu'ils décident de se rassembler, mais sous celui des « consultations sans rendez-vous », c'est-à-dire des consultations hospitalières de médecine générale sans rendez-vous. Ce choix des termes met l'accent, comme le remarque judicieusement Amandine Cornet, sur la dimension médicale de cette activité et occulte à la fois la dimension sociale et la prise en charge de la précarité (même si la notion de « sans rendez-vous » est un mode de prise en charge identifié comme faisant partie de celles du soin de la précarité, voir chapitre III).

Cela n'est pas très étonnant si l'on considère le profil des personnes qui sont à l'origine de ce collectif et les hôpitaux dans lesquels ils évoluent. En effet, ce sont tous des médecins hospitaliers titulaires (PH) responsables de PASS dans des CHU parisiens[62], espaces fortement concurrentiels à l'intérieur de l'espace de la médecine hospitalière. Ils ont donc mis l'accent sur la dimension médicale de leur activité, c'est-à-dire celle qui est la plus légitime au sein de la structure de l'espace médical hospitalier, en particulier au sein des hôpitaux fortement orientés vers les logiques de l'hôpital moderne (logiques de rentabilité et logiques de médecine de pointe). Dans ces cas-là, la PASS est conçue et dirigée par des médecins qui sont fortement soumis aux logiques professionnelles et qui cherchent donc à valoriser les aspects de son activité qui sont valorisables dans la structure sociale hospitalière ; or ces aspects ne correspondent pas à ceux qui sont défendus à l'intérieur de l'espace du soin de la précarité. D'autres signes de l'inscription du Collectif PASS dans des logiques de la profession médicale sont visibles dans les stratégies de légitimation mobilisées par les membres du collectifs. La recherche scientifique au travers d'un PHRC, la volonté de constitution d'une « société savante » (sur le modèle des spécialités médicales traditionnelles et dominantes) sont des idées qui sont revenues régulièrement lors des réunions du Collectif. Les logiques « opportunistes », qu'on évoquait au chapitre IV, ne sont pas très éloignées des acteurs présents à l'origine de ce Collectif. Les PASS et le soin de la précarité, dans une certaine mesure, sont utilisés comme des espaces où on pourra possiblement se distinguer professionnellement dans une logique de « carrière CHU ». Dans la lutte pour l'occupation de l'espace social, les médecins hospitaliers issus des spécialités les moins valorisées (dont la médecine générale est la moins courue, mais on peut citer aussi la rhumatologie, la gériatrie, l'anesthésie ou l'infectiologie) investissent des niches[63] comme celles de la PASS.

D'un autre côté, le Collectif PASS s'inscrit bien dans l'espace du soin de la précarité construit dans les années 1990 dont les PASS dédiées historiques de Paris sont les descendantes directes. Il en partage les pratiques et les normes qui sont rappelées dans ses statuts et qui sont

[62] Parmi eux on pouvait retrouver le Dr Émilie Petit, PH à l'hôpital C (grand CHU parisien), le Dr Antoine Violette, PH à l'hôpital H (grand CHU parisien), le Dr Jean-Claude Biard, PH à l'hôpital J (grand CHU de la banlieue sud de Paris) ou deux autres médecins PH dans des grands CHU parisiens.

[63] Comme on l'a vu à propos des PASS « opportunistes », cette concurrence est bien réelle et les acteurs de certaines spécialités (comme la médecine interne ou les cadres convertis aux normes gestionnaires) n'hésitent pas à « occuper le terrain » lorsque l'occasion se présente.

régulièrement rappelées lors des réunions à l'occasion du projet de charte qui y est discuté : défense des patients en situation de précarité, promotion de l'accès aux soins, réduction des inégalités sociales de santé, prise en charge médicosociale pluriprofessionnelle et en réseau. Ses statuts mentionnent également la volonté de « constituer un lieu d'apprentissage d'une médecine spécifique »[64], signifiant ainsi la volonté d'autonomie et de spécialisation à l'intérieur du champ médical. Un point d'honneur est également porté à la mission de recours de soins primaires et donc à la dimension médicale des PASS.

La revendication d'une représentation nationale du Collectif des PASS, alors qu'il n'était constitué que par un groupe de médecins hospitaliers parisiens, a été le point de friction principal au moment de sa création. L'illégitimité de ce groupe s'est d'autant plus fait ressentir parmi les agents des PASS qui étaient déjà organisés collectivement. L'APPASSRA a notamment reproché au Collectif PASS de ne pas avoir consulté les associations régionales préexistantes et a, dans un communiqué, expliqué que l'échelon régional semblait davantage pertinent à développer considérant la logique de décentralisation des politiques de santé à cet échelon (création des ARH, puis des ARS). Une démarche de fédération des associations régionales dans un second temps semblait aux membres de l'APPASSRA une suite plus logique et légitime. À l'opposé, des agents de PASS isolés au sein des régions ont accueilli très positivement cette initiative et se sont rapidement solidarisés avec le Collectif, cela a été le cas des médecins coordinatrices des PASS de Marseille et de Nantes et du coordinateur régional de Basse-Normandie. Cette querelle, qui s'inscrit dans une longue tradition de parisiano-centrisme et de centralisme, souligne par ailleurs le morcèlement et l'étanchéité de l'espace du soin de la précarité sur le territoire national. Il semble, en effet, étonnant que l'APPASSRA, active dans cet espace depuis cinq ans au moment des faits, ne soit pas connue des membres du Collectif PASS.

La dimension nationale s'est rapidement développée à la suite de cet événement et à permis de remédier à ce morcèlement. Depuis, les PASS ont gagné en visibilité au niveau national et des PASS de toutes la France trouvent dans le Collectif un espace où s'organiser et où se représenter.

Le Collectif se distingue des autres associations de PASS par le fait qu'il n'est pas ouvert uniquement aux professionnels de PASS, mais aussi à toutes les personnes adhérant à l'association et en partageant ses buts. Cette caractéristique ancre le Collectif dans la défense d'un modèle de PASS spécifique, en grande partie inspiré des normes et pratiques développées historiquement dans l'espace du soin de la précarité. Il permet la participation d'autres acteurs actifs dans la défense des pratiques et normes du soin de la précarité, tels que Médecins du Monde par exemple. Cette caractéristique l'éloigne cependant d'une logique d'autonomie professionnelle classique

[64] http://collectifpass.org/qui-sommes-nous/ (consulté le 21 juin 2016).

qui consisterait vers une évaluation et un contrôle entre pairs[65]. Elle montre une adaptation originale des modes d'organisations occupationnels qui visent à défendre une activité spécifique et est le signe des transformations de la profession médicale dans le contexte de déclin des modèles traditionnels.

Les associations de défense des PASS sont des outils qui sont mobilisés par les professionnels des PASS pour défendre leurs pratiques, notamment celles mises en place historiquement par l'espace du soin de la précarité. Elles permettent de désenclaver les PASS et de les rendre plus autonomes dans le champ de la médecine hospitalière, favorisant un contrôle et une régulation des pratiques entre pairs (compris ici au sens large de l'activité et non du statut) et poursuivant ainsi une dynamique de spécialisation à l'intérieur du champ médical.[66]

## 2 - 3 Des référents de PASS à la rescousse

L'autonomisation de l'espace du soin de la précarité à l'hôpital se réalise également à l'aide de référents de PASS engagés dans la lutte pour la défense de leur dispositif. Ces derniers mobilisent d'autres stratégies qui visent à défendre leur PASS qu'ils estiment en danger et, par extension et de manière plus ou moins consciente, à rendre l'espace du soin de la précarité plus autonome. Le Dr Émilie Petit de la PASS Apollinaire est sans doute l'une des plus exemplaires à ce titre. Comme on l'a vu au chapitre précédent, la PASS Apollinaire a été peu à peu vidée de ses vacations et a été attaquée par les chefs de service successifs de la médecine interne. Afin d'inverser la tendance, elle a presque complètement arrêté son activité clinique pour se consacrer à la défense de la PASS Apollinaire et, plus généralement, du modèle dédié. Elle s'est engagée dans un travail de lobbying actif. Elle s'est rendue auprès de la direction de son hôpital, de ses chefs de service, des tutelles (président de la Commission médicale d'établissement de l'AP-HP), etc., leur présentant les avantages du modèle dédié (et pas que les avantages en termes d'économies budgétaires, mais également ceux de la prise en charge du patient dans un modèle de premier recours, pluriprofessionnel et en réseau, ceux de la démarche de soin, etc.). Elle a défendu auprès d'eux la cause des petites structures hospitalières œuvrant pour l'intérêt général et victimes des logiques de la profession médicale

[65] Freidson Eliot, *op. cit.*, 1984.

[66] D'autres collectifs de professionnels s'insérant dans l'espace du soin de la précarité existent. On a déjà cité le Réseau Louis Guilloux en Bretagne ou le réseau « santé - précarité » du Dr Blanchet qui réunissent des professionnels travaillant auprès d'étrangers en situation précaire dans le domaine de la santé. D'autres associations de professionnels similaires, inscrites sur un territoire, construites dans une logique de réseau, existent. Ce sont principalement d'anciens réseaux construits autour de la prise en charge du sida et de la toxicomanie que nous avons évoqués au chapitre II. Les PASS sont en général une partie de ces réseaux, qui ont une action plus générale dans le domaine du soin de la précarité.

au sein des services des CHU. N'étant pas entendue par ses supérieurs hiérarchiques directs, sa stratégie a été de remonter la chaine hiérarchique jusqu'au directeur de la Commission médicale d'établissement (CME) de l'AP-HP afin de faire connaître le dispositif et en démontrer la valeur. Elle a également mobilisé les acteurs extérieurs, associations, mairie, centres de santé, pour qu'ils prennent position pour la PASS :

> **Émilie Petit** : « Et après à faire la même chose, mais plutôt dans le côté productif quoi, c'est-à-dire essayer de montrer ce qu'est la PASS, de faire des fichiers power-points et les imprimer et aller donner à qui veut bien les prendre. Et donc petit à petit, et évidemment pour défendre… puisque il y avait aucun moyens que ça… que personne me défende à l'hôpital C, en réalité, le seul moyen c'était d'aller au dessus, de communiquer, voilà… »[67]

Elle a également plaidé auprès de la responsable des internes de l'AP-HP lorsque le stage à la PASS a été supprimé, lui expliquant (lettres d'anciens internes à l'appui) l'intérêt de ce stage pour les internes en médecine générale. Récemment, elle a obtenu de la direction qu'elle finance la formation de deux des attachés (600 €, « mais enfin symboliquement c'est quand même top de sortir de l'argent »[68]) pour qu'ils deviennent maître de stage et encadrent des internes en médecine générale qui viendraient faire une partie de leur stage d'interne à la PASS Apollinaire. D'année en année, ce travail à porté ses fruits et permet aujourd'hui de passer d'une position de défense pour la sauvegarde *a minima* de la structure à une position de promotion d'un modèle et d'une action en faveur de l'autonomie de l'espace du soin de la précarité :

> **Émilie Petit** : « Bah on devrait pouvoir, là, stabiliser les choses en ayant assez de monde pour consulter, avec les internes. Et faire en sorte que les attachés soufflent un peu, soient plus dans la contrainte de la suractivité, la pression… […] et être tranquille, tu dis "bon bah ça va quoi" et les mettre sur d'autres activités qui eux vont leur permettre […] d'aller dans son développement professionnel et, et pour la PASS, d'activer toutes les fonctions qui sont, on va dire "off". Enfin plus ou moins "off", tout ce qui est la coordination interne, externe, l'enseignement, les présentations, les publications, la recherche, tout ça quoi. »[69]

---

[67] Extrait d'entretien avec la médecin référente de la PASS Apollinaire de l'hôpital C. Février 2012.

[68] *Id. ibid.*

[69] *Id. ibid.*

# 3 L'INSTITUTIONNALISATION : LE RÔLE DES TUTELLES

## 3 - 1 Des tutelles qui protègent le soin de la précarité

> **J.G.** : « Comment fonctionne la PASS ici ? »
> **Nicolas Favry** : « La PASS du CHU E existe depuis août 2000. L'hôpital, sous la pression de la DDASS de l'époque en disant "vous avez eu des crédits, vous devez mettre en place une PASS, ce serait bien que vous vous y mettiez", donc il y a quand même eu une pression assez importante de la DDASS et puis une volonté du directeur d'hôpital de répondre à cette pression-là. Donc l'hôpital savait pas trop bien quoi proposer dans un premier temps. Donc il a été décidé de recruter un assistant social, donc moi en l'occurrence, en août 2000. Avec pour mission au départ de renforcer le travail social aux urgences par des horaires élargis, voilà avec l'idée des PASS un peu horaires élargies etc. Et puis de doter en temps social un service de soins aux toxicomanes sur l'hôpital. Voilà, donc ça, ça a été la première étape, et puis en filigrane derrière la DDASS qui, étant derrière en disant "vous devez quand même instituer une PASS au CHU, donc c'est bien beau d'avoir des horaires élargis, c'est bien beau d'aller faire des soins aux toxicomanes, enfin d'être présent dans le service voilà, mais ça ne répond pas forcément au cahier des charges". Donc voilà, on a réfléchi à partir de ce moment-là à la mise en place d'une PASS un peu plus offi… efficiente sur le CHU. […] Et on a mis en place petit à petit des consultations médicales spécifiques. Voilà. »[70]

Les tutelles ont un rôle de garde-fou visant à assurer ou encourager la construction de PASS dans les hôpitaux et à veiller à ce qu'elles remplissent les missions prescrites. Ainsi, la DGOS a, à plusieurs reprises, lancé des appels à projet en direction des chefs d'établissement de santé afin qu'ils mettent en place une PASS. Le dernier en date est celui de 2009 qui concernait la création de 75 PASS. Le ministère de la santé, dans une tradition centralisée de l'organisation de l'offre de soin, joue le rôle d'animateur et de développeur du soin de la précarité dans le champ hospitalier. À un second niveau, ce sont les Agences régionales de santé (et anciennement les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales, puis les Agences régionales d'hospitalisation) qui ont un rôle de contrôle du respect *a minima* du cahier des charges des hôpitaux concernant leur PASS. Elles disposent de l'outil financier, ce sont elles qui redistribuent les MIG-PASS (financements « Mission d'intérêt général). Ce rôle n'a pas été facile à identifier pendant l'enquête car les ARS étaient encore de très jeunes institutions (créées en 2010) et les relations de tutelle n'étaient pas encore bien établies. L'évolution observée pendant le temps de l'enquête (entre 2011 et 2014) semble cependant confirmer une affirmation du rôle de contrôle de ces tutelles sur les établissements de santé concernant les PASS. Ainsi, si au début de l'enquête, les ARS servaient principalement d'intermédiaire financier entre le ministère et les établissements, le rôle de tutelle s'est affirmé avec le temps. Par exemple, il semblerait que le phénomène des PASS fantômes tende à disparaître grâce à l'introduction progressive par les ARS de cahiers des charges de plus en

[70] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistant social d'une PASS d'un CHU d'une ville moyenne de province. Mars 2012, hôpital E.

plus précis, d'outils de recueil des données standardisés et d'une meilleure connaissance des réalités de terrain.

Les tutelles ont indéniablement une fonction d'arbitrage et de rééquilibrage qui jouent en faveur des PASS et des normes du soin de la précarité dans un contexte hospitalier défavorable. Cela peut paraître paradoxal au premier abord car ce sont également elles qui organisent le tournant de la Nouvelle gouvernance hospitalière et qui poussent donc les établissements de santé à construire le contexte défavorable aux PASS et plus largement pour les soins des personnes en situation de précarité. Mais, au-dessus de la mêlée, elles ont pour mission de veiller à ce que les différentes lois et circulaires s'appliquent (et cela malgré leurs contradictions), notamment celles dites de missions de service public ou d'intérêt général.

Le positionnement des tutelles reste difficile à saisir car il est multiforme. La création des structures PASS et le développement de leur financement engagés par le ministère et les DDASS (puis les ARS) depuis la loi de 1998 ont été des éléments relativement constants. Mais, déléguée aux établissement la mise en place concrète a souvent été négligée ou a périclité dans de nombreux établissements menant à la situation de la fin des années 2000 dans laquelle, malgré un discours officiel revendiquant la présence de plus de 300 PASS sur le territoire, seul un petit nombre de PASS fonctionnaient de manière satisfaisante. Le contrôle du bon fonctionnement des structures semble s'être développé surtout à partir des années 2010, donc, presque quinze ans après la création des PASS. La DGOS s'est contentée pendant ces quinze ans de réaliser deux enquêtes de type « état des lieux » présentées en annexe 1. La période de notre enquête est la période charnière qui a vu un mouvement s'installer en faveur des PASS. Cette prise de conscience a été en partie déclenchée par l'action des agents des PASS et des mouvements d'organisation collective que nous venons de décrire, mais pas seulement comme nous le verrons dans la suite de ce chapitre. Ce mouvement général a contraint, dans une certaine mesure, les tutelles à reprendre en main le dossier PASS.

De la même manière qu'il existe des différences entre les hôpitaux liées à la présence d'agents plus ou moins engagés dans les différents espaces, les tutelles régionales font également montre d'une bienveillance variable à l'égard des PASS. Cependant, le recrutement de ses dirigeants et employés se fait dans une proportion beaucoup plus grande qu'à l'hôpital dans l'espace de la santé publique ou dans le monde politique, tous deux relativement proches de l'espace du soin de la précarité[71]. Ainsi, le premier directeur général de l'ARS d'Île-de-France, nommé en Conseil des ministres, a été Claude Évin, homme politique au sein du parti socialiste et, notamment, ancien ministre de la santé. Ce dernier a nommé un médecin de santé publique et inspecteur général des affaires sociales, ancien conseiller ministériel, à la fonction

[71] En tout cas plus proches, comparativement à ce que peuvent l'être les acteurs dominants typiques du champ médical.

de directeur de la santé publique (qui est l'une des trois grandes directions de cette ARS). Celui-ci a embauché Caroline Touraine comme référente « cohésion sociale et précarité », en charge notamment du dossier des PASS. L'engagement militant et professionnel de cette dernière dans le territoire, en particulier le rôle au sein de la coordination régionale de Médecins du Monde, ont été les éléments déterminants dans cette embauche (voir notice biographique en annexe). Dès le départ, la question des PASS a été centrale dans son travail, preuve d'un certain intérêt de l'institution pour ce sujet :

> **Caroline Touraine** : « Il m'a dit quand il m'a embauchée "il faut vite que tu prennes le dossier en main PASS, parce que il y a beaucoup de souffrance, les gens qui travaillent dans les PASS trouvent que petit à petit on leur grignote leur poste, que on sait pas trop où va l'argent, que il y a vraiment besoin de définir un référentiel de base qui soit opposable au directeur d'établissement" »[72]

## 3 - 2 Des agents favorables aux PASS isolés dans leur institution

Bien que la présence de Caroline Touraine soit le signe évident d'une bonne volonté et d'une bienveillance à l'égard de l'espace du soin de la précarité, son isolement au sein de la tutelle et la charge de travail qui lui incombe prouvent exactement le contraire. Elle est seule sur son poste, n'a pas de temps de secrétariat et doit s'occuper du dossier des PASS (animer, coordonner, etc.), du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)[73], de la thématique de la prostitution et faire des éléments de langage sur toutes ces thématiques pour son directeur et Claude Évin. Seule référente sur ces questions, elles sont restées presque un an en suspend lorsque C. Touraine est tombée malade. Son collaborateur le plus proche est Gilbert Herault qui s'occupe des financements MIG. Celui-ci n'est pas du tout originaire de l'espace du soin de la précarité et incarne bien davantage la nouvelle génération de gestionnaires (voir leurs notices biographiques en annexe 2 - 11).

[72] Extrait d'entretien avec une cadre en charge du dossier des PASS à l'ARS A, janvier 2012.

[73] Le PRAPS a également été introduit par la loi de 1998 de lutte contre les exclusions. Ce programme est un outil de diagnostic, de coordination et de concertation régional établit avec les différents acteurs et à partir des différentes actions menées dans les domaines se rapportant à la précarité (toxicomanie, prostitution, vieillesse, sans-abris, des personnes détenues et sortant de prison, etc. Ce programme se base sur un document diagnostic et programmatique. Le PRAPS d'Île-de-France est un document de 127 pages qui pose un état des lieux, des principes directeurs spécifiques aux enjeux franciliens et des bases de recommandations (développer l'*empowerment*, l'aller-vers, les partenariats, etc.) et enfin la méthodologie et le financement. Caroline Touraine a coordonné et rédigé ce travail seule.

### 3 - 2 - 1 Amandine Cornet, résistante dans la tourmente au siège de l'AP-HP

Dans ce contexte, les espaces qui passent à la moulinette du nouveau management public sont de plus en plus nombreux, surtout parmi ceux dans lesquels on gère, on organise, on dirige. Dans ces espaces, les nouveaux arrivants sont presque toujours choisis parmi les *outsiders* convertis qui ont montré leur obédience aux normes néo-managériales. Il existe bien sûr des résistants aux réformes dans ces espaces, comme on a pu le voir à l'hôpital L où un des directeurs est très engagé sur les thématiques gravitant autour de la précarité (voir chapitre précédent).

C'est également le cas d'Amandine Cornet, la coordinatrice des services sociaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) (voir sa notice biographique en annexe 2 - 12). Au moment de son embauche, elle a pour mission de rétablir un climat plus serein au sein du réseau des encadrantes marqué par des conflits et rendre lisible et visible le travail social à l'hôpital. Elle a également un rôle d'expert dans le domaine du social auprès des différentes directions du Siège de l'AP-HP et des directions des GH. Elle s'est vite imposée comme la référente au Siège sur le sujet des PASS.

Amandine Cornet a un profil de résistante face aux réformes managériales qui, elle le dit clairement, ne font pas partie de ses valeurs, ni de celles de l'AP-HP telle qu'elle la défend (« Euh pas la peine d'expliquer que c'est à cent lieues de nos valeurs, enfin, en tout cas, de mes valeurs… »). Peu de temps après son arrivée au Siège, elle doit faire face à une lame de fond néo-managériale qui restructure l'institution. La nouvelle directrice générale (2010-2013), Mireille Faugère, nommée par le ministère pour redresser l'AP-HP qui a des difficultés financières, vient de la SNCF où elle a travaillé pendant trente ans[74]. C'est une figure du NPM français et elle est embauchée pour appliquer ces méthodes gestionnaires à l'AP-HP. La conséquence a été radicale :

> **Amandine Cornet :** « on a vu arriver, construire petit à petit autour d'un directeur des finances, une énorme direction qui s'appelle la "DEFIP" qui est la "direction économique financière d'investissement et de patrimoine", qui, en termes d'appropriation de l'espace, fait la moitié du siège. […] Le siège est essentiellement devenu un siège financier. »[75]

Cette restructuration accompagne les réformes de la dernière loi de santé « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (loi HPST, dite loi Bachelot) de 2009 qui, notamment, renforce les

[74] Elle a notamment été directrice de la gare Montparnasse et a développé le site internet Voyages-sncf.com et été directrice générale de la branche SNCF Voyages. Elle est une ancienne élève d'HEC, elle représente les porteurs des réformes néo-managériales dans les entreprises publiques ou semi-publiques.

[75] Extrait d'entretien avec la coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP, février 2013, siège de l'AP-HP.

pouvoir du directeur de la Commission médicale d'établissement (CME), personne qui a également été choisie pour ses compétences gestionnaires. Au moment de ce remaniement, A. Cornet a changé de direction, passant de la direction des affaires juridiques dans laquelle elle estimait avoir ses « racines de légitimité » pour atterrir dans une nouvelle direction « service au patient et communication » « qui avait quand même des velléités de mettre en place le "marketing service" » à la tête de laquelle la directrice générale de l'AP-HP, Mireille Faugère, a placé un autre ancien de la SNCF. A. Cornet ne se sent pas à sa place et craint de ne pas pouvoir rester au Siège :

> **Amandine Cornet** : « Moi j'ai un directeur [...] qui travaille sur la notion de service aux patients. Et qui me dit "mais toi tu travailles sur des minorités !" [...] Ça veut dire que j'ai un directeur qui veut avoir des actions... qui veut avoir des résultats, parce que aujourd'hui on est dans le monde du résultat, de la culture du résultat, le tableau de bord, qui veut travailler sur la plus grosse masse, parce que c'est plus visible. Les minorités c'est chronophage certes, en termes de professionnels pour un résultat minime, et donc c'est ça qui gêne. »[76]

À la DGOS, comme à l'AP-HP, les déléguées à la précarité se sentent isolées et sont convaincue que l'intérêt de leur institution pour la précarité n'est que de façade. Pauline Chartier, chargée de mission à la DGOS, responsable du dossier de la PASS et du thème de la précarité, nous expliquait que la PASS est « l'alibi social » de la DGOS[77]. Amandine Cornet a eu des mots encore plus crus pour décrire l'intérêt de l'AP-HP pour la précarité :

> « Et aujourd'hui mettre en lumière l'action de nos équipes sur l'accueil des patients précaires fait la balance. C'est-à-dire "regardez, on s'occupe des riches, mais regardez l'action qu'on mène aussi" voilà. Parce que en soit, la précarité, "rien à foutre". »[78]

Ces propos rappellent ceux tenus par la médecins référente de la PASS spécialisée en gynécologie et ceux de nombreux autres acteurs de PASS que nous avons rencontrés pendant l'enquête.

## 3 - 3 La prise en main du sujet des PASS par les tutelles

Le rôle de coordination et d'animation joué par les tutelle s'est accéléré depuis le début des années 2010. Cela se concrétise souvent par la mise en place de comités de pilotage qui agissent comme des régulateurs de l'institutionnalisation des PASS et de l'espace du soin de

[76] Les extraits d'entretien de ce paragraphe sont issus de l'entretien mené avec Amandine Cornet, la coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP en février 2013 au siège de l'AP-HP.

[77] Entretien réalisé au Ministère en janvier 2013.

[78] Entretien mené avec Amandine Cornet, la coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP en février 2013 au siège de l'AP-HP.

la précarité dans le champ médical. Ainsi, au niveau ministériel, de l'ARS d'Île-de-France ou du siège de l'AP-HP, des groupes de travail sur la question des PASS ont été mis en place. Au niveau de la DGOS et de l'ARS d'Île-de-France, les deux groupes de travail ont visé à construire des référentiels de bonnes pratiques. Ils ont rassemblé des acteurs associatifs du monde humanitaire (notamment Médecins du Monde), des acteurs associatifs professionnels (représentants du Collectif PASS et/ou de l'Association des professionnels des PASS de la région Rhône-Alpes/APPASSRA), des coordinateurs régionaux et des responsables de PASS engagés dans la défense du modèle de leur PASS[79].

### 3 - 3 - 1 À l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Les réformes managériales et la Nouvelle gouvernance hospitalière ont touché de plein fouet le siège de l'AP-HP. Malgré cela, les PASS sont tout de même devenues un sujet d'importance au siège en raison de leur inscription au dernier « Plan stratégique » :

> **Amandine Cornet** : « Mais sur le Siège les PASS sont devenues un sujet au moment de la construction du dernier Plan stratégique, celui qui est en cours, où Antoine Violette, qui était encore en activité, en a fait un vrai sujet et l'a inscrit… »
> **J.G.** : « Grâce à Antoine Violette ? »
> **Amandine Cornet** : « Antoine Violette, ouais. Avec Tapons, avec l'aide du directeur de politique médicale qui existait à l'époque qui est Tapons, euh, il a pu inscrire dans le plan stratégique, alors c'est pas énorme, c'est la moitié d'une page, mais en tout cas il l'a inscrit comme un sujet du plan stratégique "l'accueil des patients précaires". Voilà. Autrement, avant, c'était juste mis globalement dans une mission de service public, sans aucune description de quoi que ce soit. »[80]

L'inscription de la PASS dans le Plan Stratégique 2010-2014 de l'AP-HP est un événement intéressant parce qu'il se passe à un moment où les PASS gagnent en visibilité dans l'espace public de manière sensible. Comme A. Cornet l'explique dans l'entretien, cette inscription au Plan stratégique a été à l'initiative de Antoine Violette. Sa notoriété et ses contacts (il est ami avec le directeur de la Politique médicale, personnage très important dans la hiérarchie de l'AP-HP) ont rendu l'entreprise réalisable :

> **Amandine Cornet** : « Lui il avait effectivement une notoriété plus importante, parce qu'il avait historiquement écrit des rapports là-dessus […] qui avaient abouti à la construction des Permanences, le rapport Violette on le connait tous. » [81]

[79] Le Dr Petit de la PASS Apollinaire et Corinne Deschamps de la PASS de l'hôpital B sont toutes les deux régulièrement sollicitées pour participer aux groupes de travail mis en place par les tutelles. Elles défendent et représentent chacune un modèle de PASS (transversal et dédié).
[80] Entretien mené avec Amandine Cornet, la coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP en février 2013 au siège de l'AP-HP.
[81] *Id. ibid.*

C'est lors des réunions préparatoires qu'il a rassemblé différents acteurs (parmi les médecins) des PASS de l'AP-HP et qu'une dynamique collective s'est installée. De ces réunions sont donc nées deux choses : l'inscription institutionnelle de la prise en charge de la précarité dans le Plan stratégique de l'AP-HP 2010-2014 et le Collectif PASS (qui a d'abord été le Collectif des consultations sans rendez-vous et qui s'est élargi par la suite en Collectif PASS, voir la sous-partie précédente).

Le Plan Stratégique définit la PASS (consultations de médecine générale sans rendez-vous dans une policlinique, couplés à un dispositif transversal d'accès aux soins), insiste sur la prise en charge en amont (prévention dans les centres de santé, d'hébergement, etc.) et en aval (insertion dans le droit commun dans la médecine de ville). L'inscription dans le Plan Stratégique de l'AP-HP est un pas supplémentaire dans l'institutionnalisation de la PASS et la définition qui a été faite de la structure ancre cette institutionnalisation dans la tradition de l'espace du soin de la précarité, lui apportant un peu plus d'autonomie et de légitimité à l'intérieur du champ médical82. Le Plan stratégique fait également quatre recommandations : la création d'un comité de pilotage central ; la présence d'un comité de pilotage par groupe hospitalier ; le développement de thématiques spécifiques appelant des réponses adaptées et coordonnées (migrants, femme-enfant, psychiatrie/addictologie, bucco-dentaire, urgences) ; le développement d'un axe recherche/enseignement/formation.

Le Comité de pilotage des PASS de l'AP-HP (CoPil) est le résultat principal de cette inscription dans le Plan stratégique 2010-2014. Deux agents du Siège ont été chargées de le mettre en place. Amandine Cornet est une de ces des deux personnes, elle représente la dimension sociale pour la direction du service au patient. La deuxième personne, Noémie Mortier, est chargée de mission au département de la politique médicale (DPM), plus précisément dans le sous-département « médecine » où elle est en charge des dossiers de l'addictologie et de la précarité (et donc de la PASS), elle représente la dimension médicale.

Noémie Mortier et Amandine Cornet s'apprécient passablement. Noémie Mortier n'a jamais travaillé sur le terrain hospitalier (voir notice biographique en annexe 2 - 13) et ne connaît pas bien le sujet de la précarité. Pendant les deux heures et demi d'entretien réalisé dans son bureau, elle passe beaucoup de temps à plaider pour le modèle transversal de PASS qu'elle oppose de manière très personnifiée au modèle dédié d'Émilie Petit, de la PASS Apollinaire. Elles sont en conflit depuis que la seconde a tenté de coordonner un projet de PHRC dans le cadre du Collectif PASS alors qu'il émanait du Comité de pilotage des PASS de l'AP-HP.

[82] Ici encore, l'élément décisif est la distance prise avec le modèle transversal et l'affirmation de la nécessité du travail médical dans la structure. La défense des consultations de médecine générale sans rendez-vous, au-delà d'intérêts purement professionnels, s'appuie sur l'idée que l'accès aux soins des patients exclus du système de santé de droit commun doivent en premier lieu avoir accès à une médecine de premier recours qui peut ensuite faire le lien avec la médecine spécialisée de l'hôpital.

Comme à l'ARS, le dossier de la précarité est piloté par deux personnes, dont l'une est ancrée dans l'espace du soin de la précarité, mais isolée dans l'institution, alors que l'autre est bien insérée dans celle-ci et en défend les normes et les pratiques.

Le CoPil de l'AP-HP a cependant permis de donner une visibilité institutionnelle à la PASS au sein de l'AP-HP et de travailler à l'élaboration d'un référentiel sur les PASS. De nombreux dysfonctionnements ont été pointés du doigt, notamment au niveau de la mesure de l'activité. Ainsi, un outil commun de mesure des données des PASS, en cours d'élaboration, va remédier à ce problème et contraindre les hôpitaux à davantage justifier les financements qu'ils reçoivent pour faire fonctionner leur PASS. Un projet de PHRC est également né de ce groupe de travail qui tente d'apporter une légitimité scientifique à l'espace du soin de la précarité.

### 3 - 3 - 2 À l'Agence Régionale de Santé A

Le sous-groupe de travail sur les PASS de l'Agence Régionale de Santé A, auquel nous avons participé, a été mis en place à l'initiative de C. Touraine peu de temps après son arrivée à ce poste. Elle a réuni les acteurs engagés sur ces questions dans la région. Cela a été l'occasion pour nous de retrouver plusieurs de nos interlocuteurs : Sandra Valet (la coordinatrice régionale au sein de la Mission France de Médecins du Monde), Estelle Bourguignon et Noémie Mortier (toutes les deux référentes précarité au siège de l'AP-HP), Gilbert Herault (chargé du suivi des MIG à l'ARS A), Corinne Deschamps (cadre du service social, responsable de la PASS de l'hôpital B) et Émilie Petit (médecin référente de la PASS Apollinaire à l'hôpital C). En tout, ce sont une douzaine de personnes qui participaient à ces rencontres. Toutes ces personnes étaient déjà dans un rôle de coordination sur différents sujets ; le rôle du sous-groupe a été de faire rencontrer ces différents acteurs et de les faire discuter ensemble. Assez rapidement, la demande principale a été celle de construire un référentiel commun qui aurait permis d'harmoniser les pratiques et les organisations, dont les grandes variations d'une PASS à l'autre mettaient en péril la pérennité des dispositifs et rendaient possible les détournements du type des PASS fantômes. Ici aussi, un outil de recueil des données standardisé est mis en place afin de mieux contrôler la réalité de l'activité des PASS ; cet instrument devra être utilisé, l'ARS menaçant de ne pas distribuer les MIG PASS aux hôpitaux ne se pliant pas au jeu.

> **Noémie Mortier** : « C'est hallucinant ! Non, mais c'est hallucinant ! C'est d'une violence ! Mais, j'ai jamais fait des réunions aussi violentes. Je comprenais pas pourquoi au départ, mais le sujet est violent. Mais c'est hallucinant ! Par exemple, Émilie Petit, qui représente le Collectif [PASS], enfin un Collectif qui représente une petite partie des PASS de l'AP[-HP], mais pas toutes les autres, ça fait un quart, trois quart. Il y avait [la référente de la PASS de l'hôpital X] qui était là, qui est surtout pas pour les PASS dédiées parce qu'elle trouve ça extrêmement discriminant, c'est "vous êtes précaire ?

Attendez, vous allez là ! Vous l'êtes pas ? Là !" [...]. Bon, en cours de construction du référentiel, [Émilie Petit] dit, "il faut une salle d'attente dédiée". Je lui dis "c'est hors de question", forcément, ça fait ghetto ! Celle de l'ARS (Caroline Touraine), elle tapait à l'ordinateur, donc je lui dis, "vous m'enlevez le 'dédié' c'est pas possible !". Donc elle l'enlevait. Émilie Petit, "vous le rajoutez". »[83]

Les réunions du sous-groupe de travail de l'ARS A sont rapidement devenues le lieu d'arbitrage où se sont affrontées les tenants des PASS dédiées — défendues par les membres du Collectif PASS, dont Émilie Petit, par Médecins du Monde et par certains représentants des tutelles, dont Amandine Cornet — et ceux des PASS transversales — défendues par les convertis aux normes néo-managériales, comme Corinne Deschamps et par certains défenseurs des normes de la profession médicale dominantes de l'hôpital comme Noémie Mortier.

### 3 - 3 - 3 À la Direction Générale de l'Offre de Soin

Le groupe de travail mis en place au niveau national par le Ministère a également travaillé à un référentiel sur les PASS qui s'est concrétisé par la publication de la dernière circulaire[84]. Ce référentiel a été très attendu par les équipes pour avoir un document à opposé à leur direction. Malheureusement, les circulaires ne constituent pas un cadre juridique contraignant, seulement incitatif. Elles restent néanmoins un outil de construction et de diffusion des normes institutionnelles, et cela est particulièrement vrai dans le cas des circulaires qui sont attendues par les acteurs de terrain, comme c'est le cas ici, afin d'avoir un cadre pour orienter leur action et l'organisation de leur structure. La circulaire, que nous avons déjà présenté dans le chapitre III, s'inspire largement des pratiques et normes de soins établies par et dans l'espace du soin de la précarité. Elle affirme notamment que chaque PASS doit contenir du temps médical, ce qui tend à rendre illégitime un système transversal qui se contenterait de faire de l'accès aux droits sans avoir de temps médical dédié.

### 3 - 3 - 4 La bataille entre transversal et dédié

À plusieurs égards, l'espace du soin de la précarité, ses pratiques et ses normes, sont sortis renforcés de ces différents groupes de travail organisés par les tutelles. Cependant, un autre résultat de ce processus a été de donner une légitimité institutionnelle, qui a été affirmée par tous ces groupes de travail, au modèle de la PASS transversale comme une alternative au

[83] Extrait d'entretien avec une chargée de mission rattachée au département de la politique médicale, chargée du dossier PASS, siège de l'AP-HP, août 2012.

[84] Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

modèle dédié, niant ainsi en partie la mission d'accueil de soins primaires historiquement dévolue à la PASS[85].

Au sein de l'espace du soin de la précarité, les débats entre les défenseurs des pratiques et normes traditionnelles et les réformateurs convertis aux nouvelles normes gestionnaires se sont cristallisés autour de la bataille entre le modèle dédié et le modèle transversal. Celle-ci symbolise, en fait, une opposition entre des partisans d'un processus de spécialisation du soin de la précarité dans l'espace de la médecine hospitalière et ses opposants. Noémie Mortier, référente précarité au Siège et partisane des PASS transversales, nous expliquait ainsi que les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire Médicosociales et Éthiques (RCP-MSE) de la PASS Apollinaire n'ont pas lieu d'être car, selon elle, les spécialistes ne devraient pas aller à la PASS, mais, au contraire, les professionnels de la PASS devraient se rendre aux Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) des services de spécialité lorsqu'ils reçoivent un patient PASS[86]. Elle hiérarchise ici les espaces entre-eux et sous-entend quels sont ceux qui sont légitimes d'être une spécialité (les espaces de soin qui sont légitime d'organiser des RCP) et ceux qui ne le sont pas. Dans le même sens, un des principaux arguments des défenseurs des PASS transversales est celui de la non-discrimination :

> **Corinne Deschamps** : « On voulait faire un circuit qui ne soit pas discriminant, c'est-à-dire que le patient sans accès, sans possibilité d'accès aux soins, et sans accès aux droits, puisse prendre ce circuit comme n'importe quel autre patient et qu'il soit soigné comme n'importe quel autre patient de l'hôpital. Mais qu'il ne soit pas non plus, qu'il n'y ait pas non plus de discrimination positive, c'est-à-dire qu'on ne leur dise par 'vu que vous n'avez pas de droits, vous avez le droit de passer devant tout le monde, alors que l'autre il attend six mois pour avoir son rendez-vous d'ophtalmo, et vous l'aurez dans 15 jours sous prétexte qu'il a pas de Sécu'. Donc l'idée, c'était vraiment de faire que le patient se retrouve vraiment au milieu des autres patients. »[87]

Ils défendent un parcours de soin accueillant tous les patients, précaires et non-précaires, couverts et non-couverts, de la même manière. Le dispositif de la PASS permet de lever les barrières administratives qui empêcheraient les patients non-couverts d'accéder aux consultations. Mais, en fin de compte, l'argument de la non-discrimination (auquel on oppose le « ghetto » que serait la PASS dédiée) est un argument en faveur du *statu quo* : il sous-entend que le traitement spécifique de la précarité dans le secteur de la santé n'est pas légitime. La PASS n'est légitime que dans la fonction de corriger une inégalité, celle d'accès aux soins hospitaliers. Autrement dit, les partisans du *statu quo* ne sont pas près à reconnaître le travail social et le

[85] Ainsi, dans certaines PASS comme celle de l'hôpital B, les patients n'ont pas d'accès à la médecine générale. Ils doivent venir à l'hôpital avec une demande de soins spécialisés qui suppose une orientation en amont (qui est automatiquement déléguée au secteur de la médecine humanitaire).

[86] Extrait de l'entretien avec Noémie Mortier, chargée de mission rattachée au département de la politique médicale, chargée du dossier PASS, siège de l'AP-HP, août 2012.

[87] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative, responsable de la PASS transversale d'un hôpital polyvalent d'une banlieue parisienne défavorisée. Janvier 2011, hôpital B.

travail administratifs comme participant au travail de soin, mais comme rendant le travail de soin possible. Dans cette vision, le soin médical apporté par les médecins est compris comme existant à part et comme n'étant pas concerné par la discrimination ou les inégalités de traitement entre les patients, en tout cas pas en raison de leur origine sociale ou de leur statut administratif. D'ailleurs, alors que les défenseurs du système dédié s'évertuent à montrer la légitimité de leur pratique à l'intérieur du champ médical aux travers d'enquêtes et d'actions de communication, les tenants du système transversal ne se plient pas à ce jeu, comme si leurs enjeux — la défense du *statu quo* — n'étaient pas vraiment menacés ou remis en cause.

## 4 LE RÔLE DE GARDE-FOU : LES ASSOCIATIONS

> **Amandine Cornet** : « Alors c'est vrai que en 2009, voyant ce mouvement-là, la DGOS a créé non seulement, a fait des appels d'offre sur des PASS spécialisées, comme la psychiatrie et le bucco-dentaire, mais a fait le premier appel d'offre en 2009 des PASS à vocation régionale, c'est-à-dire donner de l'argent pour créer une coordination régionale, avoir payer quelqu'un qui ait cette mission-là, effectivement coordonner sur un territoire qui était la région à l'époque. On attend aujourd'hui dix nouvelles PASS à vocation régionale, dont une en Île-de-France. »[88]

Dans cet extrait d'entretien, Amandine Cornet évoque le regain d'intérêt et le développement de moyens supplémentaires pour les PASS de la part de la DGOS. Selon elle, c'est l'inscription de la précarité et des PASS dans le Plan stratégique de l'AP-HP et le développement parallèle du Collectif PASS qui ont attiré l'attention des décideurs à partir de 2009 sur la question des PASS, alors qu'elle avait été en grande partie oubliée les dix années précédentes. Cette dynamique, insufflée par Antoine Violette, termine une carrière dédiée à cette question. Président de Médecins du Monde, il participe à la création des premiers centres de soins gratuits humanitaires (CASO) à la fin des années 1980 ; praticien hospitalier, il ouvre la première consultation précarité en 1992 à l'hôpital H ; expert dans le domaine, il rédige des rapports sur la question qui inspireront la loi de 1998 instaurant les PASS ; et c'est encore lui qui est à l'initiative des démarches conduisant à la reconnaissance institutionnelle des PASS au début des années 2010, leur donnant une seconde vie. Ce tableau cohérent n'est cependant pas complet. Mais il ne faut pas chercher loin pour le compléter. C'est l'action de Médecins du Monde qui a également attirer l'attention des professionnels de l'espace du soin de la précarité et des pouvoirs publics sur les dysfonctionnements des PASS et qui a conduit à la reprise en main de cette structure par les tutelles.

[88] Extrait d'entretien avec la coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP, février 2013, siège de l'AP-HP.

## 4 - 1 Garde-fous au niveau national

Le « groupe France », l'instance qui coordonne et donne les grandes orientations des différentes missions de Médecins du Monde en France, a organisé en 2007 une enquête informelle et interne sur les relations que les 21 Centres d'Accueil de Soin et d'Orientation (CASO) du territoire entretenaient avec les PASS présentes sur leur territoire. C'est Sandra Valet, la médecin responsable du centre de soin gratuit de Médecins du Monde situé dans la même ville que l'hôpital B et responsable du « groupe France », qui, à l'occasion d'une discussion avec la responsable du CASO situé dans la même métropole que l'hôpital L[89], s'est étonnée des différences de fonctionnement entre les PASS. Elle bataillait à l'époque, au sein de son CASO, avec l'hôpital B dont la PASS dysfonctionnait grandement et ne recevait pas les patients sans droits (c'était presque une PASS fantôme). La responsable du CASO de la ville de l'hôpital L était, quant à elle, très satisfaite des relations qu'ils entretenaient avec la PASS avec qui ils se partageaient le travail : le CASO prenait en charge les patients sans droits potentiels et la PASS ceux avec des droits potentiels (alors que la loi voudrait que la PASS accueille tous les patients n'ayant pas accès aux soins par ailleurs, peu importe la potentialité de leurs droits en matière de couverture maladie). Cette enquête, même partielle, a confirmé ce double constat — celui de la différence des pratiques entre les PASS et celui de la méconnaissance générale (des associations et des professionnels des PASS eux-mêmes) du cadre de travail des PASS — à partir duquel est née la critique de Médecins du Monde. Peu de temps après, alors que la responsable à Médecins du Monde de la « Mission Rrom » se rendait au ministère de la santé pour discuter de l'accès aux soins de cette population, son interlocutrice au ministère lui a conseillé de les orienter vers les PASS. Ayant eu vent de l'enquête de Sandra Valet, la responsable de la « Mission Rrom » a répondu que celles-ci ne fonctionnaient pas. Cette réponse a étonné cette interlocutrice au ministère qui a souhaité en savoir plus sur la question. Quelques mois après un second rendez-vous au ministère a lieu en présence de Sandra Valet au cours duquel les dysfonctionnements des PASS ont été un peu plus explicités, au grand effarement de ce contact à la DGOS. Le ministère publie un guide de recommandations sur l'organisation des PASS peu de temps après[90]. Dans la foulée, Médecins du Monde a tenu une conférence de presse en octobre 2008 à l'occasion de laquelle les manquements des PASS ont été dénoncés et des revendications formulées. En plus de cela, à partir du document de recommandation du ministère, la « Mission France » a réalisé une enquête davantage approfondie sur lequel se base un rapport de 25 pages publié en 2010 qui dénonçait les dysfonctionnements des PASS,

[89] Voir le chapitre IV, 3 - 2.

[90] « Organiser une permanence d'accès aux soins de santé - PASS. Recommandation et indicateurs », Ministère de la santé et des sports, mai 2008.

notamment les problèmes de refus de soins de certaines catégories (en particulier celle des patients sans droits potentiels dans 29 PASS des 37 étudiées), le manque de visibilité des structures à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, l'absence de consultations de médecine générale dans la moitié des PASS étudiées, etc.[91] L'année d'après, un second rapport sur les PASS d'Île-de-France a été publié qui a poursuivi cette dynamique[92].

Ce rôle d'agitateur de conscience, dans la continuité des actions de lobby menées depuis les années 1980 par cette association, a été essentiel dans le processus de reprise en main du dispositif par les tutelles. En donnant une visibilité à ces dysfonctionnement dans la sphère publique et dans l'espace du soin de la précarité, Médecins du Monde a mobilisé un outil de pression efficace.

Dans la même démarche, on peut noter les recommandations que l'Observatoire de défense de la santé des étrangers (ODSE, collectif d'associations dont Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières, Comède, Cimade, ActUp-Paris, Aides, voir chapitre II) a adressé aux PASS et aux tutelles en décembre 2013. Celles-ci rappellent le cadre règlementaire qui n'est souvent pas respecté : principe de gratuité effectif pour les patients démunis sans couverture maladie, accès à la PASS pour tous les patients démunis ayant des difficultés d'accès aux soins dans le système de santé, insertion effective dans le droit commun, etc. Ces revendications politiques concernant l'organisation et la pratique des soins à la PASS contribuent à construire et à diffuser des normes conformes à celles de l'espace du soin de la précarité.

> **Sandra Valet** : « On est, que ce soit au niveau du Conseil général, dans toutes les instances, tu vois, là, on est très implanté dans l'ARS maintenant. On a fait un… On est vraiment connus, reconnus, l'image de MdM… »[93]

La participation des représentants de Médecins du Monde aux différentes instances et groupes de travail organisés par les tutelles a également participé à orienter le mouvement dans la direction de la promotion des normes et pratiques de l'espace du soin de la précarité. Ce développement de la dimension de partenaire institutionnel de l'association est à la fois un signe et une conséquence de l'intégration de l'espace du soin de la précarité dans celui des politiques de santé.

Bien sûr, l'action de Médecins du Monde n'a pas suffi à elle seule. Les mouvements d'organisation professionnelle et des premiers pas timides d'institutions ont participé au démarrage de cette dynamique. Cette dynamique n'a pas non plus marqué un tournant radical dans les politiques d'accès aux soins, mais seulement permis de donner quelques moyens

---

[91] Médecins du Monde, « État des lieux des Permanence d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent », 2010.
[92] Médecins du Monde, « État des lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé en Île-de-France », 2011.
[93] Extrait d'entretien réalisé avec une responsable de Médecins du Monde. Octobre 2013, siège de l'association.

supplémentaires à un dispositif existant et fait en sorte que ceux qui recevaient déjà ces moyens les utilisent à meilleur escient. Comme dans les années 1990, mais de manière moins forte, les associations, comme Médecins du Monde, contribuent à faire évoluer les politiques publiques et à institutionnaliser les pratiques et les normes de l'espace du soin de la précarité.

## 4 - 2 Garde-fous au niveau local

> **Emile Petit** : « Parce que moi j'ai fait faire des lettres à Médecins du Monde, enfin, j'ai… Quand à un moment donné […] c'était trop abusé ! On n'avait pas d'interne, c'était super dur ! J'ai fait écrire à Médecins du Monde un courrier au directeur pour dire "la PASS Apollinaire est en danger", enfin, des trucs comme ça, pour qu'ils comprennent… »

En soutien à des équipes isolées ou en difficulté, les associations peuvent agir au sein des hôpitaux pour défendre les PASS, et au travers d'elles, l'espace du soin de la précarité. Ainsi, les associations, comme le Comède ou Médecins du Monde, sont souvent invitées par les professionnels des PASS à participer aux Comités de pilotage locaux, ils veillent dans ces instances à ce que les normes et pratiques définies légalement et correspondant à celles de l'espace du soin de la précarité soient bien respectées et jouent un rôle de régulateur des pratiques. Ils conseillent et informent également les professionnels de manière plus informelle. À l'hôpital A, alors que la direction voulait organiser une réunion du comité de pilotage à une date où le Dr Vandenbulck, médecin responsable de la PASS, ne pouvait pas venir, dans un contexte de tension entre l'équipe et la direction, les associations membres de cette instance ont prévenu qu'elles ne participeraient pas à la réunion en l'absence du responsable de la structure.

Le recours par des médecins de PASS aux associations pour défendre les pratiques de l'espace du soin de la précarité à l'hôpital est le signe d'une transformation des pratiques de soin traditionnelles où le monde médical s'auto-régulait. Le principe d'autonomie décrit par E. Freidson[94] est ici remis en cause car ce sont les associations, constituées en partie de non-médecins et se situant en dehors du champ médical dominant, qui jouent le rôle d'arbitre et qui participent à la régulation des pratiques. Cela semble être la conséquence du développement d'espaces de soin mixtes dont une partie n'appartient pas au monde médical. Cela n'est pas sans rappeler l'arrivée des représentants et des associations d'usagers qui se sont aussi imposés dans les processus de décision médicale et dans les instances de décisions politiques concernant

[94] Freidson, *op. cit.*, 1984.

l'organisation des soins comme des nouveaux acteurs portant une parole originale, défendant des intérêts nouveaux (ceux des patients) et modifiant les rapports de pouvoir[95].

> **Corinne Deschamps** : « On n'a pas voulu travailler en hospitalo-centrisme, on a d'emblée dit à nos pires détracteurs de l'époque, soyons clairs, qui disaient qu'on était très, très, très nul, c'était Médecins du Monde, on leur a dit 's'il vous plaît, est-ce qu'on peut travailler ensemble ?'. Et on a commencé à travailler en disant 'mais qu'est-ce que vous nous reprochez ?' »[96].

Les associations ont aussi un rôle de garde-fou à l'intérieur de l'espace du soin de la précarité comme il se construit à l'hôpital. La PASS de l'hôpital B par exemple, a longtemps été décriée par l'antenne locale de Médecins du Monde. En collaboration avec l'Atelier santé-ville local, ils ont dénoncé les dysfonctionnements, organisé des rencontres avec les directeurs d'hôpital et fait pression jusqu'à ce que la direction hospitalière décide de remédier au problème par la refonte de la PASS et l'embauche de Corinne Deschamps.

L'ODSE est également monté au créneau quand il a eut vent de ce qui se passait dans les RCP-MSE de la PASS Apollinaire. Il a alerté la direction de l'hôpital C, le siège de l'AP-HP, l'ARS et la DGOS sur des pratiques qu'il a dénoncé comme discriminatoires envers les étrangers (le système ne concernent que des patients étrangers, la grille de décision contenant des items spécifiques aux patients étrangers, etc.). La présence de membres de la direction et des services financiers dans ces réunions pour décider la prise en charge de patients dont les traitements coûtent chers a également été un point de critique. Ainsi, l'appropriation des normes néo-managériales et financières opérée par la PASS Apollinaire, maquillée en « démarche éthique », qui a conduit à ne plus respecter les valeurs de l'espace du soin de la précarité (accès aux soins inconditionnel, non-discrimination, etc.), a provoqué la réaction d'autres acteurs de cet espace pour protéger ces valeurs.

Cette attaque des RCP-MSE de la part de ce collectif d'associations a été vécue comme injuste dans le petit monde des PASS parisiennes en raison de l'implication du Dr Émilie Petit

---

[95] Les premières associations d'usagers en France ont été celles de séropositifs au début des années 1980. La proximité des agents qui ont investi cet espace associatif avec ceux qui ont investi celui du soin de la précarité rend cette comparaison d'autant plus pertinente. Ils utilisent des méthodes très similaires et profitent d'un mouvement d'intégration par les pouvoirs publics dans les années 1990 très similaire. La comparaison vaut pour les modes d'action utilisés par les associations pour agir sur les politiques publiques et le pouvoir médical. Pour le reste, la comparaison ne tient plus : le mouvement des usagers est un mouvement d'émancipation dans le champ de la santé des individus concernés, alors que les associations œuvrant dans l'espace du soin de la précarité font exactement le contraire. Dans une vieille tradition paternaliste ou une moins vieille tradition postcoloniale, ces acteurs parlent au nom des précaires et des étrangers sans que les militants ne fassent eux-mêmes partie de ce groupe. Les personnes au nom de qui ils parlent ne sont jamais ni vraiment consultées, ni n'ont la parole. Les associations sont des porte-paroles sans mandat. Sur le sujet des mouvements de représentation des usagers, voir Lascoumes, Pierre, « Représenter les usagers », in Baszanger, Isabelle, *Quelle médecine voulons-nous?*, La dispute., Paris, coll. « États des lieux », 2002, p. 107-125 ; Lascoumes Pierre, « L'usager dans le système de santé: réformateur social ou fiction utile? », *Politiques et management public*, vol. 25, n° 2, 2007, p. 129-144. Sur le mouvement des associations d'usagers dans le domaine du VIH/sida voir : Pinell, Patrice (ed.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2002, 415 p. et Broqua, Christophe, *Agir pour ne pas mourir! Act Up, les homosexuels et le sida*, Paris, France, 2006, 450 p.

[96] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative, responsable de la PASS transversale d'un hôpital polyvalent d'une banlieue parisienne défavorisée. Janvier 2011, hôpital B.

dans la défense de celles-ci et des difficultés qu'elles rencontrent. Le sentiment d'une attaque de plus, d'une double-peine pourrait-on presque dire, alors que les PASS devaient déjà parer celles qu'elles recevaient à l'intérieur de leurs hôpitaux respectifs et, de manière générale, du contexte défavorable dans lequel elles évoluent. C'est également l'avis de Frédéric Pierru qui qualifie, dans un article qui a pour objet empirique les RCP-MSE, la réaction de l'ODSE, promouvant un « égal accès de tous aux mêmes soins, quels qu'en soient le coût et la pertinence », de « "corporatiste" et frileu[se] » et célèbre le rapprochement de la PASS Apollinaire avec l'espace néo-managérial comme une capacité de résilience ancrée dans l'éthique. Il reproche ainsi à un contre-pouvoir politique issu de la société civile de s'immiscer dans l'exercice d'une « autonomie délibérative »[97] des médecins. Notre analyse diffère : l'hypertrophie que la dimension de l'économie budgétaire a pris dans les RCP-MSE est une dérive qui a été induite par un contexte contraignant auquel la responsable de la PASS a tenté de s'adapter au risque de dénaturer la mission d'accès aux soins pour laquelle elle a été mandatée, non pas tant officiellement par l'hôpital, mais implicitement par l'espace du soin de la précarité qui a construit « les conditions sociales de possibilité »[98] de la pratique du soin à la PASS.

Après plusieurs réunions, des compromis ont été trouvés et un début de travail commun entre l'ODSE et le Collectif PASS a été engagé, même si le chemin pour rassembler ces deux collectifs semblent long et périlleux en raison, notamment, des stratégies développées par le Collectif PASS pour s'attirer les bonnes grâces des espaces dominants du champ hospitalier qui détournent des normes orthodoxes de l'espace du soin de la précarité défendues par l'ODSE.

## CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons vu que l'espace du soin de la précarité et les personnes qui l'occupent réagissent de diverses façons devant le rapport de forces défavorable qu'ils rencontrent à l'hôpital public. Le développement d'un modèle professionnel organisationnel et l'ajustement aux normes du NPM permettent dans certains cas à l'espace du soin de la précarité d'acquérir une forme de capital spécifique dont la légitimité va croissante et, par là, d'orienter le rapports de forces en leur faveur. Ce faisant, il redéfinie ses missions, tout comme ses pratiques et conception du soin, pour les adapter au modèle néo-managérial. L'accès aux

[97] Pierru, Frédéric, « Impératifs gestionnaires et phronesis médicale: esquisse so-ciologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien », *Quaderni*, n° 82, 5 Octobre 2013, p. 67-82 (citations p.69 et 70). Nous revenons sur la critique de cet article dans le dernier chapitre de la thèse

[98] *Ibid*., p. 69.

soins et aux droits des patients de la PASS devient d'une certaine manière un moyen d'atteindre les objectifs de ce modèle (notamment celui d'économies budgétaires).

Les activités de l'espace du soin de la précarité visant à acquérir davantage d'autonomie au sein du champ hospitalier en renforçant et légitimant sa version du capital spécifique constitue l'envers de la première démarche. Elles prennent place principalement en dehors de l'espace hospitalier. L'organisation de colloque ou la rédaction de publication visant à apporter une légitimité au soin de la précarité vont dans ce sens-là. De même, la constitution d'instance par les agents du soin de la précarité et représentant les intérêts de cet espace permet de gagner en autonomie et d'orienter le rapport de forces.

Enfin, l'action de groupes et d'institutions gravitant autour du champ hospitalier (tutelles et associations) peut également faire pencher la balance des rapports de forces en faveur de l'espace de la précarité.

# CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE — L'IMBROGLIO DES RAPPORTS DE FORCES DANS LES PASS

Notre analyse des différents modes d'insertion des PASS et des difficultés rencontrées au sein de l'hôpital repose en grande partie sur une approche en termes de sociologie de l'organisation hospitalière actuelle mettant l'accent sur la dynamique des groupes professionnels. Nous avons également accordé une place particulière à l'étude du courant néo-managériel et budgétaire qui a émergé il y a quelques années en tentant d'en cerner l'influence sur les pratiques et l'organisation hospitalière et par contrecoup sur celles des PASS. Nous avons ainsi observé que ce nouveau contexte modifie profondément l'ordre hospitalier traditionnellement dominé par la profession médicale.

Les PASS, en tant que jeunes structures dotées d'une organisation peu établie, sont le théâtre d'affrontements entre différents courants qui visent à influer sur les rapports de forces qui caractérisent l'hôpital d'aujourd'hui. Elles révèlent une organisation marquée par la prédominance d'une tension entre deux courants. D'un côté, des groupes et des acteurs dominants dans la profession médicale sont animés par des stratégies de conservation. De l'autre, des groupes et des acteurs s'emparant du capital spécifique construit par le courant néo-managérial (directeurs d'hôpital, cadres encadrants et autres « convertis ») sont dans une dynamique de consolidation de leur présence au sein des hôpitaux.

Les conséquences du rapport de forces défavorable que subissent les PASS à l'intérieur de l'hôpital se manifestent avant tout par l'affaiblissement du dispositif localement. La PASS a une place marginale dans l'hôpital public et détient peu de moyens — budgétaires, matériels et humains. Invisibilisée et défaillante, la PASS n'atteint ses objectifs de prise en charge médicosociale, pluriprofessionnelle et en réseau que partiellement et avec difficulté. L'organisation et les normes dominantes, que ce soit au niveau du circuit administratif des patients (automatisation de l'envoi des factures) ou l'exclusion structurelle des patients les moins solvables (les « sans droits potentiels »), constituent autant d'obstacles aux missions des PASS.

Au milieu de cela, les professionnels issus de l'espace du soin de la précarité tentent eux aussi d'imposer leurs pratiques et leur vision du soin. Ils sont soutenus dans cette entreprise par un cadre législatif qu'ils ont largement participé à mettre en place et défendus par des acteurs du monde associatif et humanitaire. Plutôt qu'une opposition frontale entre ces trois camps, l'analyse des PASS dévoile une réalité complexe dans laquelle ces courants s'allient ou s'affrontent de manière dynamique et locale.

# 1 UNE STRUCTURE PROFESSIONNELLE COMPLEXE

Le processus d'autonomisation de l'espace du soin de la précarité, qui se concrétise dans le processus de spécialisation à l'intérieur du champ médical hospitalier, est sinueux et incertain. Les PASS, structures importatrices des pratiques et normes de cet espace, sont les porteuses de ce mouvement. Leur maintien dans une position dominée et à la marge de la structure de l'espace hospitalier depuis leur création ne laisse pas présager de changement radical à court ou moyen terme dans ce domaine. Dans le contexte d'une organisation en spécialités toujours fortement dominée par le modèle de la profession médicale, les PASS, en tant que nouvelles arrivantes aux pratiques hétérodoxes, n'ont pas beaucoup de marge de manœuvre pour s'affirmer.

## 1 - 1 Vers un modèle professionnel organisationnel ?

L'espace de pratiques du soin de la précarité s'inscrit depuis son origine en marge du champ médical. La médecine humanitaire des associations dans les années 1980 a constitué une pratique limitée et à contre-courant des grandes tendances de l'évolution des pratiques médicales et de la dynamique de spécialisation qu'on observe pendant les Trente Glorieuses. D'un autre côté, elle s'apparente plus ou moins à d'autres espaces de soins (prévention, santé publique, médecine générale, etc.), dessinant un espace plus large de pratiques de soins holistiques. L'institutionnalisation de l'espace du soin de la précarité en 1998, au travers des PASS, a conduit à son apparition, puis à son établissement, dans les hôpitaux. Mais les PASS ont été fortement dominées, voire malmenées, dans les hôpitaux au sein d'une organisation professionnelle concurrentielle. De nombreuses PASS, parmi celles qui s'inscrivent dans l'espace du soin de la précarité, sont, peu après leur introduction au début des années 2000, vidées de leur substance. D'un autre côté, l'organisation professionnelle traditionnelle dominante est,

elle aussi, de plus en plus mise à mal par un nouvel entrant dans le champ hospitalier, le courant néo-managérial et son modèle, le *New public management*.

Ce nouveau modèle organisationnel fait face à de nombreuses résistances de la part des professionnels de tout acabit (infirmières, médecins, assistantes sociales, cadres, etc.). À l'opposé, on trouve des professionnels convertis et nouveaux arrivants[1] qui sont à la recherche d'espaces de légitimité. Ils en trouvent localement dans le modèle des PASS transversales qui s'adapte bien à sa logique et au raisonnement néo-managérial (l'activité d'acquisition d'une couverture maladie permet de faire des économies à l'hôpital), même s'il laisse de côté une partie des missions de cette structure. Ce modèle est une adaptation (ou plutôt devrait-on dire une déformation) gestionnaire du modèle professionnel occupationnel (engagé) exporté par l'espace du soin de la précarité qui devient un modèle professionnel organisationnel, dont les objectifs ne sont pas ceux du groupe occupationnel, mais ceux de l'organisation (l'hôpital). Il adopte ainsi les outils et la logique néo-managériale tout en mobilisant une main d'œuvre constituée de professionnels. Une partie de la catégorie professionnelle des assistantes sociales ont trouvé dans l'appropriation des normes néo-managériales et des considérations budgétaires une manière d'exploiter leurs expertises de gestionnaires (que ce soit dans l'activité de gestion des flux des malades ou celle d'accès aux droits) et a ainsi opéré une reconversion organisationnelle de son modèle professionnel. Cette reconversion du modèle professionnel n'est pas un mouvement univoque, il est opéré localement, soit par tout le service social grâce à une imposition par le haut du modèle professionnel organisationnel, à travers un cadre de service social ou la direction (cas de l'hôpital B), soit par des individus particuliers (cas de l'assistant social de la PASS de l'hôpital E).

Les PASS dédiées constituent, quant à elles, le lieu de prédilection des normes et activités du soin de la précarité. La légitimité de ce lieu est remise en question de toutes parts par des groupes professionnels dominants et des logiques néo-managériales. Des représentants de spécialités médicales dominantes et géographiquement proches des PASS sont tentés d'investir cet espace afin d'assoir leur pouvoir (cas des PASS fantômes, des PASS opportunistes, du démantèlement de la PASS Apollinaire à l'hôpital C). Dans ce contexte hostile, certains acteurs de PASS dédiées essayent de trouver dans l'espace néo-managérial, de manière circonstancielle, une sorte de grandeur alternative au modèle professionnel médical traditionnel et dominant. Mais, il semble difficile d'adapter les pratiques et les normes de ces deux espaces pour les faire correspondre sans les dénaturer, même lorsqu'il s'agit « d'appropriations

[1] Belorgey Nicolas, *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte, 2010, 330 p.

partielles »[2]. C'est en tout cas ce que nous a montré l'exemple des réunions de concertation pluridisciplinaire médico-sociales et éthiques (RCP-MSE) de la PASS Apollinaire. Cette situation fait ressortir que le recul de la domination de la profession médicale à l'hôpital au profit d'une montée en puissance des logiques néo-managériales — amenant à des modèles professionnels hybrides, attachés à une logique professionnelle occupationnelle traditionnelle, mais adaptant des éléments de la logique organisationnelle[3] — se fait (aussi) au travers de groupes dominés à l'intérieur de la structure sociale hospitalière. Soit que ces groupes dominés, dans l'espoir d'une meilleure reconnaissance, se tournent vers les logiques néo-managériales et ses promoteurs, soit que les promoteurs des logiques néo-managériales (ici incarnés dans une catégorie pluriprofessionnelle montante — les cadres encadrants — et par les directeurs d'hôpital), en mal d'espace de légitimité, s'emparent d'une structure fragilisée pour s'y installer. Ainsi, l'espace du soin de la précarité, dépasse une opposition binaire entre l'organisation néo-managériale et celle des groupes professionnels[4]. Le groupe pluriprofessionnel à l'intérieur des PASS, aspirant à plus de légitimité dans le champ hospitalier, recourt à l'un ou l'autre ordre de grandeur selon les contextes et les opportunités dont disposent localement les agents et selon les dispositions et les caractéristiques sociales de ces agents.

## 1 - 2 Vers une autonomie du soin de la précarité à l'hôpital public ?

Enfin, certains acteurs de PASS dédiées, originaires d'un espace du soin de la précarité ou apparenté, hospitalier ou associatif, sont attachés à conserver et à défendre une certaine orthodoxies des pratiques et des normes héritées de ces espaces. Ce sont les professionnels engagés. La forte influence qu'ont certains de ces acteurs dans les instances décisionnelles du système de santé assure une certaine pérennité à l'espace du soin de la précarité en le protégeant localement — parfois de lui-même — des tendances impérialistes de certains ensembles normatifs qui dominent le champ de la médecine hospitalière et, plus généralement, celui de la santé. Ces acteurs peuvent revêtir les attributs traditionnels des agents dominants

[2] Bezes Philippe, Demazière Didier, Le Bianic Thomas, Paradeise Catherine, Normand Romuald, Benamouzig Daniel, Pierru Frédéric et Evetts Julia, « New Public Management et professions dans l'État: au-delà des oppositions, quelles recompositions? », *Sociologie du Travail*, vol. 53, n° 3, Juillet 2011, p. 299.

[3] Cette dynamique a notamment été observée par Scott, Richard W., Martin Ruef, Carol A. Caronna et Peter J. Mendel, *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, 1 edition., Chicago, University Of Chicago Press, 2000, 452 p. ; Faulconbridge, James et Daniel Muzio, « Organizational professionalism in globalizing law firms », *Work, employment and society*, vol. 22, n° 1, 1 Mars 2008, p. 7-25 ; Evetts, Julia, « A new professionalism? Challenges and opportunities », *Current Sociology*, vol. 59, n° 4, 1 Juillet 2011, p. 406-422 ; Noordegraaf, Mirko, « From « Pure » to « Hybrid » Professionalism Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains », Administration & Society, vol. 39, n° 6, 1 Octobre 2007, p. 761-785.

[4] Bezes, *et al.*, *op. cit.*, p. 300.

hospitaliers (Dr Antoine Violette, Dr Follereau de la PASS-René Barthe) ou ceux des parvenus ayant récemment acquis du pouvoir à l'hôpital (le directeur d'hôpital de la PASS L).

D'autre part, malgré un contexte fortement défavorable, l'appropriation de cet espace, de ses pratiques et de ses normes de soins, par les professionnels hospitaliers engagés, en particulier des médecins, a rendu possible une certaine spécialisation conduisant à davantage d'autonomie de cet espace et à son intégration dans le champ médical. La constitution de groupements professionnels visant, entre autres, à mieux contrôler l'activité et l'organisation du soin de cet espace, est un des aboutissements d'une certaine spécialisation. Celle-ci s'est réalisée dans un contexte pluriprofessionnel original qui détonne par rapport aux formes d'organisation professionnelle traditionnelles, notamment en se coupant d'un mode catégoriel. La reconnaissance de ces instances comme partenaires légitimes par les tutelles politiques (ARS, DGOS, etc.) est un signe du succès de cette entreprise.

## 1 - 3 Une réalité de terrain polymorphe

L'intériorisation, dans presque toutes les PASS, mais à différents degrés, de la nécessité de faire des économies et d'adopter une gestion de la pratiques du soin orientée vers une certaine idée d'efficience, tout comme la norme établie d'une injonction à l'acquisition d'une couverture maladie, combinées aux logiques professionnelles engagées et occupationnelles, est un agencement important à prendre en compte. Il est le signe, qu'au-delà d'oppositions frontales entre logiques opposées (de la profession médicale, néo-managériales, engagées), on assiste à un remodelage des modes de l'organisation qui s'accommode des différents éléments et dont la base est occupée par une organisation professionnelle occupationnelle incorporant des éléments néo-managériaux dans leurs activités quotidiennes[5]. À ce propos la demande et la création, par les acteurs des PASS dédiées eux-mêmes, d'outils de mesure de l'activité est exemplaire. La mesure de l'activité et de la performance (indicateur qui mesure le taux de retour au droit commun par exemple) sont des outils hérités du *New public management* (NPM). Ils ont conquis les PASS dédiées en leur apportant un moyen alternatif de mesurer l'activité qui leur permet de la mettre en valeur dans ses dimensions transversales et qualitatives. L'introduction des outils du NPM ont également permis de lutter contre le détournement des PASS par des groupes professionnels traditionnels (PASS fantômes et PASS opportunistes), mais ils sont aussi idéaux pour montrer l'efficience des PASS transversales, peu coûteuses en main d'œuvre et génératrices d'économies budgétaires.

[5] Farrell Catherine et Morris Jonathan, « The `Neo-Bureaucratic' State: Professionals, Managers and Professional Managers in Schools, General Practices and Social Work », *Organization*, vol. 10, n° 1, 1 Février 2003, p. 129-156.

Les PASS abritent différents groupes professionnels qui ne poursuivent pas toujours les mêmes buts et ne rencontrent pas les mêmes difficultés pour se positionner dans la structure sociale hospitalière. Si la PASS (dédiée ou transversale) est une structure qui offre une place de choix aux assistantes sociales hospitalières, ces dernières restent largement subordonnées aux médecins qui dirigent et représentent en grande partie l'espace du soin de la précarité. L'ajustement aux normes managériales donne la possibilité à la profession du social de s'émanciper par rapport aux médecins. Il ne signifie pas que cette catégorie professionnelle échange une subordination hiérarchique pour une autre car elle s'approprie le mode de fonctionnement néo-managérial et le transforme en une manière de faire du travail social. Cela lui permet d'avoir une place valorisée aux côtés de la direction. Cependant, celles qui souhaitent conserver une vision plus traditionnelle du travail social, comme celle du « service social hospitalier » historique, ont davantage tendance à se ranger du côté des médecins défendant les pratiques du soin de la précarité proches des leurs et valorisant ce travail social ; même si cela signifie une certaine domination (qui est d'ailleurs souvent intériorisée) par la profession médicale. Ainsi, les positionnements des uns et des autres, en groupes professionnels restreints ou élargis, corporatistes ou pluriprofessionnels, varient et construisent différentes articulations des rapports de forces, qui sont souvent complexes et pluriels (un même professionnel pouvant, par exemple, s'inscrire dans plusieurs groupes et valoriser différentes logiques selon les situations).

## 2 ASSOCIATIONS ET POUVOIRS PUBLICS AU SECOURS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PRÉCARITÉ À L'HÔPITAL

L'espace du soin de la précarité, tiraillé entre logiques professionnelles traditionnelles et logiques néo-managériales modernes qui se livrent à une guerre des puissants, cherche une troisième voie à l'intérieur des murs relativement hostiles de l'hôpital. Parfois désarmée face à un combat inégal, elle trouve des défenseurs auprès d'acteurs et de groupes agissant autour du champ hospitalier, notamment dans le monde politique et le monde associatif humanitaire. L'analyse de l'organisation à l'hôpital doit prendre en considération l'action d'autres acteurs que ceux classiquement répertoriés (médecins, infirmières, directeurs, cadres…), notamment celle des groupes issus de la société civile et celle des tutelles. Ce sont ceux qui, dans les années 1980, ont construit la précarité et les inégalités sociales de santé comme problèmes de santé publique et, dans les années 1990, ont porté l'institutionnalisation d'une

pratique du soin de la précarité, qui, aujourd'hui, sont les gardiens de cet espace. Prompts à interpeller ministres, directeurs d'ARS et d'hôpital, les associations de défenses de la santé des démunis et des étrangers (qui se retrouvent presque toutes dans le Collectif d'association ODSE[6]) veillent à ce que les pouvoir publics assurent les missions de lutte contre l'exclusion et d'accès aux soins de santé qui leur ont été confiées. Dans ce sens, ils remettent en cause l'autonomie professionnelle et représentent des forces extérieures de contrôle et de pouvoir. Ils agissent comme des protecteurs de l'espace du soin de la précarité et du respect de ses normes et pratiques et rappellent, qu'au-delà de la dimension organisationnelle et professionnelle, le soin et la santé ont une dimension politique. C'est cette dimension politique que nous explorons plus en avant dans la troisième partie.

Ces associations s'affirment comme de réelles partenaires des institutions publiques dans la définition et la réalisation de certaines politiques publiques. Elles disposent d'ailleurs d'une expertise intéressante pour les pouvoirs publics. Ainsi, observant le succès mitigé et les limites des PASS hospitalières, Sandra Valet et Médecins du Monde travaillent sur un projet de PASS externe qui serait financé par l'agence régionale de santé (ARS) et qui s'installerait dans des centres de santé municipaux. Il s'agirait de sortir d'un hospitalo-centrisme coûteux et de décentraliser l'activité de la PASS vers la ville, lieu de prédilection des soins primaires et généralistes qui ne nécessitent pas un important plateau technique. Évidemment ce projet, n'est pas du goût des médecins hospitaliers qui se sont appropriés la PASS et l'espace du soin de la précarité à l'intérieur de l'hôpital. Les associations ne sont pas les seules à vouloir sortir de l'environnement inhospitalier de l'hôpital. Des expériences de PASS externes ont également été portées par des médecins fortement intégrés dans l'espace du soin de la précarité (hospitalier et extra-hospitalier) ; de même, des modèles de centres de santé municipaux existent d'ores et déjà qui épousent les normes et les pratiques du soin de la précarité. C'est le cas par exemple des centres de santé municipaux de la ville de Paris qui sont des candidats pour accueillir des PASS externes.

Enfin, dans cette seconde partie, on a pu voir de manière transversale que l'inscription des PASS et de l'espace du soin de la précarité dans le champ hospitalier façonne le traitement de la question sociale en santé. Ce dernier doit composer avec les autres agents et groupes du champ dans lequel il s'inscrit. Ainsi, le traitement de la question sociale en santé, dans la forme qu'il prend à travers l'espace du soin de la précarité, tend à s'apparenter à un nouveau segment de la profession médicale et connaît donc une certaine sanitarisation[7].

---

[6] Observatoire de défense de la santé des étrangers.

[7] Fassin, Didier, « Les politiques de la médicalisation », in Aïach, Pierre et Daniel Delanoë, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Economica, 1998, 251 p.

Dans la troisième partie de ce travail, nous nous intéressons à ce qu'il se passe à l'intérieur des PASS. À travers l'analyse des interactions entre professionnels et patients et des discours des professionnels, nous cherchons à décrire, non pas la forme, mais le contenu du traitement de la question sociale dans le domaine de la santé.

# PARTIE III — UN GOUVERNEMENT BIOPOLITIQUE DE LA QUESTION SOCIALE EN SANTÉ

# INTRODUCTION DE LA TROISIÈME PARTIE

La première partie de ce travail a montré que les PASS sont nées dans un contexte de renforcement, depuis la fin des années 1980, des politiques d'assistance, c'est-à-dire de politiques qui concentrent leur action sur des groupes de la population ciblés en raison de leur risque d'exclusion ou de désaffiliation sociale. L'assistance est devenue un des outils principaux des politiques publiques pour régler la « nouvelle question sociale ». C'est dans cet esprit qu'a été votée la loi de 1998 de lutte contre les exclusions. La PASS est ainsi davantage un dispositif de gouvernement éminemment politique, voire biopolitique qu'une structure de soins. C'est cette dimension que nous proposons d'étudier dans la dernière partie de la thèse. Notre analyse s'attachera à saisir tout à la fois les dimensions de gouvernement présentes dans les activités soignantes et les dimensions politiques et biopolitiques de la PASS qui vont au-delà du soin. Dans les prochains chapitres, nous analyserons donc la PASS comme un outil de gouvernement de la question sociale en santé.

Dans leur article sur l'analyse de l'État en action, Bruno Palier et Yves Surel identifient quatre dimensions qui permettent « de saisir de façon exhaustive les structures institutionnelles élémentaires de tout programme de protection sociale ». Elles nous semblent pertinentes pour approcher la PASS dans ses dimensions de gouvernement. Ce sont les critères d'accès à la prestation (1), la nature et le niveau de ces prestations (2), le mode de financement (3) et les structures de décision, d'organisation et de gestion de l'organisme (4). Ces dimensions institutionnelles offrent, selon eux, « un point d'appui pour penser tout à la fois les conditions d'apparition et d'évolution des politiques sociales, ainsi que leurs conséquences sur la stratification sociale comme sur les conditions d'exercice du pouvoir politique »[1]. Dans les chapitres précédents, nous avons d'ores et déjà étudié les deux dernières dimensions que nous résumons ici et qui serviront de cadre à l'analyse, ils en constituent la toile de fond.

Ce dispositif s'insère, tout d'abord, dans un espace hospitalier concurrentiel qui s'est transformé au cours des trente dernières années et qui a vu s'installer la nouvelle gouvernance hospitalière généralisant ainsi une organisation empreinte du *New public management*. Ces éléments de contexte sont essentiels car il ont une grande influence sur l'organisation des PASS et de leur activité. Le financement par enveloppe (la MIG PASS), par exemple, a été placé

[1] Palier, Bruno et Yves Surel, « Les "trois I" et l'analyse de l'État en action », *Revue française de science politique*, vol. 55, n° 1, 2005b, p. 7-32 (p. 13).

en dehors du système de la tarification à l'activité (T2A), et a fait de la PASS une structure hospitalière à part, exemptée, en théorie d'une certaine productivité. Elle s'inscrit dans ce que Yasmine Siblot observe au travers du développement dans les années 1990 de la thématique « d'adaptation des services » dans les institutions publiques. Cette dernière conduit à une « dualisation entre des services gérés suivant des normes d'efficacité gestionnaire, voire de rentabilité, à destination de l'ensemble de la population, et des services spécifiques » destinés à des populations démunies[2]. Cet élément se combine avec le caractère assistanciel que nous avons décrit plus haut. Le service spécifique que représente la PASS se démarque ainsi d'une structure de soin traditionnelle. Le recrutement des patients, déterminé par les mécanismes structurels de marginalisation à l'intérieur des systèmes de santé public et de couverture maladie, fabrique un public des PASS au profil très particulier. Ainsi, la grande majorité des patients des PASS ont deux points communs qui montrent que leur place dans le système de santé est directement liée à des caractéristiques socialement construites. En plus de faire l'expérience d'une précarité économique et sociale, les patients des PASS sont, la plupart du temps, étrangers au statut de résidence précaire. Une partie de l'analyse de ces prochains chapitres portera sur le gouvernement de ces patients dans leur rapport à la citoyenneté.

Les deux autres dimensions identifiées par B. Palier et Y. Surel, les critères d'accès à la prestation et la nature et le niveau de ces prestations, seront centrales dans les prochains chapitres. Le thème de l'exclusion, qui constitue le point névralgique de l'analyse de la question sociale, sera au cœur de l'analyse et sera abordé selon deux approches différentes. Le chapitre VII s'intéresse aux logiques de catégorisation des patients migrants et précaires au travers d'une analyse des interactions entre patients et professionnels des PASS dans les relations de soin. Le fonctionnement assistanciel de la PASS implique qu'un choix s'opère entre les bénéficiaires : certains seront intégrés au dispositif (et recevront une prise en charge médico-sociale et des médicaments) et d'autres en seront exclus. Cette caractéristique introduit une fonction de tri dans l'accès au dispositif entre des patients légitimes et d'autres illégitimes. Ce sont les éléments qui constituent la construction morale de la légitimité du patient que nous allons étudier en partant de l'étude de deux figures de patients (le « patient sous visa » et le « fainéant ») et des critères d'inclusion de l'aide aux plus démunis. Situé aux bords du système de santé, ce système d'aide fonctionne dans une logique d'inclusion et d'exclusion délimitant les frontières de la solidarité. D'un autre côté, au travers de sa mission d'insertion, la PASS réalise un travail de contrôle des comportements et d'inculcation des normes sociales. Le chapitre VIII aborde la question du gouvernement de la question sociale dans ses dimensions

[2] Siblot, Yasmine, « "Adapter" les services publics aux habitants des "quartiers difficiles". Diagnostics misérabilistes et réformes libérales », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 159, n° 4, 2005, p. 71.

éthiques et biopolitiques. En participant à la construction de différentes définitions de la valeur de la vie de patient étrangers et précaires, nous montrerons que l'activité de la PASS participe à la construction d'un système de santé stratifié.

# CHAPITRE VII — LES CATÉGORIES DE LA SOLIDARITÉ : CITOYENNETÉ ET PRODUCTION D'EXCLUSION AUX MARGES DU SYSTÈME DE SANTÉ

## INTRODUCTION

En nous inscrivant dans le courant de recherche ouvert par Robert Castel, nous nous intéressons aux marges du système de santé et tentons d'y déceler le fonctionnement général du système de santé dans ses fonctions d'intégration et de contrôle social (contrôle des identités et des statuts). C'est dans cet objectif que nous nous penchons, dans ce chapitre, sur les lignes de tension entre inclusion et exclusion dans le système des PASS et, plus précisément, sur les catégorisations des patients de la PASS opérées par les professionnels. En effet, l'étude du traitement de la question sociale dans le champ de la santé — c'est-à-dire les outils utilisés afin de résoudre un risque de fracture sociale dans le domaine de la santé — ne peut pas faire l'économie d'une analyse des interactions au sein des PASS entre patients et professionnels car c'est aussi à ce niveau que les pratiques de gouvernement envers les groupes concernés se donnent à observer.

Pourquoi s'intéresser aux catégories de patients construites par les professionnels alors qu'il suffirait de regarder directement les critères d'inclusion ou d'exclusion définis formellement pour montrer les limites d'un dispositif ? Simplement car, dans les PASS comme dans les autres institutions publiques destinées à gouverner les groupes situés dans les marges basses de la société, ces critères sont imprécis. Les lois et circulaires restent ambigues quant aux critères donnant droit à telle prestation d'assistance ou à tel statut social (ou de résident). Au contraire, les textes légaux sont flous et laissent une liberté aux agents directement au contact avec les candidats à l'intégration pour décider de leur sort et

construire de manière empirique et informelle les normes[1] de la légitimité[2]. La dernière circulaire définit l'usager de la PASS comme « un patient en situation de précarité qui a besoin de soins externes et qui ne peut y accéder, [soit] en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude, [soit] pour d'autres raisons d'ordre social : patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins »[3]. Ce cadre reste lâche et ne prévoit aucun critère de droit objectivable.

## 1 État de l'art et spécificité du champ de la santé

Les processus de catégorisation et d'identification des usagers dans les administrations prodiguant des prestations sociales ont été bien étudiés par la sociologie française contemporaine. Ces travaux ont commencé au début des années 1990 avec des sociologues tels que Robert Castel et Serge Paugam qui ont étudié ce qu'on appelait alors la « nouvelle pauvreté », constituée de groupes de la population précarisés par la crise économique et de plus en plus dépendants des prestations sociales, notamment celles d'assistance qui ont connu une recrudescence à ce moment-là[4]. S. Paugam a montré que ces politiques participent à une certaine disqualification des usagers à qui les travailleurs sociaux attribuent des statuts sociaux dégradés (les assistés) et qui se répercutent dans la construction de leurs identités sociales. Il décrit le recours à l'assistance comme une expérience humiliante qui peut provoquer des changements profonds dans l'itinéraire moral d'un individu. La fréquentation régulière des services d'action sociale serait la manifestation authentique de la dépendance et de l'infériorité sociale[5]. « C'est le fait même d'être aidé ou assisté qui assigne les "pauvres" à une carrière spécifique, altère leur identité préalable et devient un "stigmate" marquant l'ensemble de leurs rapports avec autrui »[6]. S. Paugam adopte une démarche compréhensive pour expliquer les mécanismes de disqualification qu'il observe et propose une analyse en termes de « carrière morale des assistés », empruntée a la sociologie interactionniste goffmanienne[7], qui met

---

[1] Les normes sociales, entendues selon la définition de Durkheim, sont l'ensemble des règles contraignantes construites qui définissent les modalités de la vie en société, elles comprennent les règles morales. Durkheim, Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France/Quadrige, 2002 (1893), 149 p.

[2] Le pouvoir discrétionnaire est une particularité commune à tous les *street-level bureaucrats*, c'est-à-dire les agents d'institutions publiques directement au contact avec le public (administrations publiques, police, école, etc.). Voir Lipsky, Michael, *Street-Level Bureaucracy*, 30th Ann. Ed.: Dilemmas of the Individual in Public Service, Russell Sage Foundation, 2010 (1980), 300 p.

[3] Circulaire n° DGOS/R4 n° 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des Permanences d'accès aux soins de santé [PASS].

[4] Voir chapitre II.

[5] Paugam, Serge, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, France, Presses universitaires de France, (1991) 2009, 256 p.

[6] Coser, Lewis A., « The Sociology of Poverty », *Social Problems*, vol. 13, n° 2, 1965, p. 145, cité et traduit par Paugam, *ibid.*

[7] Goffman, Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éd. de Minuit, 1984, 447 p.

l'accent sur l'intériorisation (ou le rejet) des identités sociales dominées par les individus eux-mêmes. Les individus au contact des structures d'assistance sont confrontés à l'identité d'« assisté » imposée par les travailleurs sociaux et les administrations d'assistance[8]. Ainsi, l'ordre social se construit par un apprentissage des identités imposées de l'extérieur et intériorisées, qui sont ensuite adoptées, adaptées ou rejetées. On retrouve le même schéma d'analyse dans l'ouvrage d'Isabelle Parizot[9] sur les patients fréquentant des centres de soins gratuits (une PASS et des Centre d'Accueil de Soin et d'Orientation de Médecins du Monde). Elle se concentre sur les « expériences vécues des patients » pour expliquer les différentes carrières morales des assistés en santé.

R. Castel, quant à lui, a exploré la piste inverse. Il voit, dans le retour en force des politiques d'assistance à partir de la fin des années 1980, un processus « d'individualisation du droit et des protections » qui tend à faire porter la responsabilité de la condition sociale sur les individus (et non sur les mécanismes sociaux structurels — crise économique, chômage — qui en sont pourtant à l'origine)[10]. Ces politiques ciblent des groupes particuliers de la population selon des critères de besoin (alors que les politiques d'assurance, privilégiées jusqu'ici, étaient destinées, à terme, à protéger l'ensemble de la population). L'identification des individus afin de déterminer la réalité du besoin est une activité intrinsèque à ces politiques. En opposition à l'universalité de l'assurance, l'assistance est ici par essence finie et limitée ; elle se destine à des individus qui, pour bénéficier de l'aide, doivent prouver qu'ils ont un besoin et qu'ils n'ont pas les moyens matériels d'y subvenir. R. Castel souligne la dimension morale de la distinction qu'opèrent les agents des administrations de l'assistance entre « bons » et « mauvais » pauvres. Les travaux de R. Castel ont inspiré un grand nombre d'études dans les administrations de l'État social, à commencer par celle d'Isabelle Astier, son élève, qui a étudié les commissions locales d'attribution du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) et, à sa suite, Nicolas Duvoux, l'élève de l'élève, qui a aussi étudié le RMI, puis le Revenu de Solidarité Active (RSA). Tous les deux montrent que le ciblage des politiques d'assistance et leur re-territorialisation contribuent à stigmatiser les bénéficiaires en leur attribuant des identités sociales inférieures dans une logique d'individualisation des politiques d'assistance[11].

---

[8] L'analyse de S. Paugam s'appuie sur les théories de Georg Simmel, reprises par Lewis A. Coser, sur les pauvres. La pauvreté n'est pas une condition objective, mais une catégorie qui émerge à travers une définition socialement construite qui place le « pauvre » au bas de l'échelle sociale et lui attribue une identité stigmatisante. Simmel, Georg, *Les pauvres*, Paris, PUF, 2005 (1907), 102 p. ; Coser, Lewis A., *op. cit.*, 1965.

[9] Cet ouvrage est tiré de la thèse qu'elle a rédigée sous la direction de Serge Paugam. Parizot, Isabelle, *Soigner les pauvres. Rapports sociaux et identités dans les associations humanitaires et le secteur hospitalier*, Th. sociologie, Institut d'études politiques, Paris, 2000 ; Parizot, Isabelle, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 2003, 296 p.

[10] Castel, Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio/Essais; 349 », (1995) 2007, p. 766.

[11] Astier, Isabelle, *Revenu minimum et souci d'insertion*, Paris, France, Desclée de Brouwer, 1997, 276 p. ; Duvoux, Nicolas, « Comment l'assistance chasse l'État social », *Idées économiques et sociales*, vol. 171, n° 1, 2013, p. 10-17.

Une autre série de travaux, qui a commencé par ceux de Vincent Dubois[12] et Jean-Marc Weller[13], s'est également intéressée aux prestations sociales en mettant l'accent sur la politique au et du guichet[14]. Inspirés des analyses de R. Castel et de S. Paugam et y intégrant la sociologie de la *street-level bureaucracy* américaine[15], ces sociologues ont, eux aussi, analysé la domination bureaucratique du gouvernement des groupes aux marges de la société qui trient les individus entre « bons » et « mauvais », entre « désirables » et « indésirables ». À la suite de Vincent Dubois, les études du/au « guichet » se sont emparées d'un nouveau terrain qui a permis de dresser un pont entre deux domaines des politiques publiques jusqu'ici séparés : la gestion des populations étrangères et celle des personnes menacées de désaffiliation[16].

Les analyses menées sur les relations administratives des étrangers recoupaient par ailleurs déjà, dans leurs résultats, celles menées sur les relations administratives des assistés. Ainsi, Gérard Noiriel observe que les pratiques administratives et les catégories qu'elles mobilisent tendent à construire des représentations (négatives) envers ces groupes et à produire des attentes qui aboutissent à la construction d'identités et de catégories sociales (celle du « réfugié » par exemple)[17]. Les employés des guichets des administrations de l'immigration sont également en charge de distinguer les « vrais » réfugiés des « faux », les « bons » des « mauvais »[18]. Extrapolant les constats établis dans les administrations de l'État social, Alexis Spire montre que les agents au guichet dans les services des étrangers des préfectures ont, eux-aussi, un pouvoir discrétionnaire important dans la délivrance des titres de séjour car ils interprètent des lois et des circulaires d'application formulées de manière vague et sont donc également des producteurs de normes en ce qui concerne la légitimité des candidats à l'immigration. Ils classent ainsi les demandeurs en catégories morales polarisées entre les

---

[12] Dubois, Vincent, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Éd. Economica, coll. « Études politiques », (1999) 2010, 204 p. À la suite des travaux de V. Dubois, d'autres travaux sur les relations au guichet dans le domaine des prestations sociales ont été réalisés. On peut citer les travaux de Yasmine Siblot sur les services publics dans les quartiers populaires ou la thèse de Pascal Martin sur les Caisses primaires d'assurance maladie (Martin, Pascal, *Les métamorphoses de l'État social: la réforme managériale de l'assurance maladie et le nouveau gouvernement des pauvres*, Th. sociologie, Paris, EHESS, 2012) ; Siblot, Yasmine, *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*, Paris, France, les Presses de Science Po, 2006, 347 p.

[13] Weller, Jean-Marc, *L'État au guichet: sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999, 255 p.

[14] Dubois, Vincent, « Politiques au guichet, politique du guichet », *in* Borraz, Olivier et Virginie Guiraudon, *Politiques publiques 2*, Presses de Sciences Po (PFNSP), 2010, p. 265-286.

[15] Lipsky, Michael, *op. cit.*, 2010.

[16] Spire, Alexis, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, 2008, 124 p.

[17] Noiriel, Gérard, « Représentation nationale et catégories sociales. L'exemple des réfugiés politiques », *Genèses*, vol. 26, n° 1, 1997, p. 25-54. Voir également l'article de Mathilde Darley sur la catégorisation dans les lieux d'enfermement des étrangers (Darley, Mathilde, « Le pouvoir de la norme. La production du jugement et son contournement dans les lieux d'enfermement des étrangers », *Déviance et Société*, vol. 34, n° 2, 2010, p. 229-239).

[18] Voir notamment Noiriel, Gérard, *La tyrannie du national: le droit d'asile en Europe, 1793-1993*, Paris, Calmann-Lévy, 1991, 355 p. ; Spire, *op. cit.*, 2008.

« vrais » et les « faux », entre les « bons » et les « mauvais » (« faux touriste », « faux réfugiés », « faux demandeurs d'asile », mais aussi « faux mariages », etc.)[19].

Parallèlement, les travaux de R. Castel ont également inspiré d'une certaine manière les travaux de Didier Fassin et de ses élèves qui ont importé le concept d'économie morale dans le gouvernement des populations à la marge. On retrouve ainsi, dans la raison humanitaire, des mécanismes de catégorisation morale comparables à ceux mis en lumière par R. Castel[20].

Tous ces travaux s'accordent à reconnaître l'émergence d'une économie morale — ou une moralisation du jugement — dans le gouvernement des groupes aux marges de la société qui met au centre des processus de décision de l'attribution d'une prestation sociale ou de la délivrance d'un statut, l'émotion et le jugement des agents directement au contact des usagers de ces administrations à partir de représentations de ce qui serait bon ou mal pour la société. Ces entrepreneurs de morale[21] produisent de la norme par le bas en traçant les frontières de ce qui est légitime afin de bénéficier de ces prestations ou de ces statuts. Cet état de l'art succinct sur le thème de la catégorisation et la sociologie du guichet permet notamment de souligner la similarité de certaines fonctions présentes à la fois aux guichets de l'État social et celles de l'immigration. Dans les deux cas, on s'y occupe du gouvernement des personnes aux marges de la société en les catégorisant selon des critères moraux.

En étudiant les phénomènes de catégorisation des patients par les professionnels des PASS, nous souhaiterions poser la question de la spécificité des professionnels du soin dans la catégorisation et le gouvernement des groupes aux marges de la société. Notre hypothèse est que, en comparaison avec les administrations de l'État social et celles de l'immigration, le domaine de la santé se confronte à d'autres problématiques de gouvernement (de santé publique, biomédicales, etc.) et attribue donc des statuts inédits qui révèlent des fonctions sociales spécifiques au champ de l'accès aux soins[22]. Ce sont les éléments qui constituent la construction morale de la légitimité des dominés dans le domaine de la santé que nous allons étudier au

---

[19] Spire, *op. cit.*, 2008.

[20] Fassin, Didier, *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, France, Gallimard: Seuil, 2010, 358 p.
Voir également les travaux de Miriam Ticktin, anthropologue américaine, élève de D. Fassin et qui a travaillé sur la raison humanitaire dans le domaine de la santé en France : Ticktin, Miriam, *Casualties of care: immigration and the politics of humanitarianism in France*, Berkeley, University of California Press, 2011, 295 p.
Enfin, voir les différents auteurs de l'ouvrage collectif dirigé par D. Fassin et Jean-Sébastien Eideliman : Fassin, Didier et Jean-Sébastien Eideliman (dir.), *Economies morales contemporaines*, La Découverte « Recherches », 2012, 405 p.

[21] C'est Howard Becker dans son ouvrage sur la sociologie de la déviance qui a le premier parlé d'entrepreneurs de morale pour désigner ceux qui ont la possibilité de pouvoir catégoriser socialement ce qui est juste et ce qui ne l'est pas. Ces entrepreneurs de morale ont été plusieurs fois identifiés par la sociologie française des agents du guichet. Becker, Howard, *Outsiders: Etudes de sociologie de la déviance*, Editions Métailié, 2012, 247 p. ; Spire, *op. cit.*, 2008 ; Dubois, *op. cit.*, 2010 (1999) ; Castel, *op. cit.*, 2007. Castel les appelle la « magistrature morale » (p. 763).

[22] L'assistance dans le domaine de la santé est spécifique dans le sens où ses critères d'inclusion prennent en compte des dimensions qui ne sont pas présentes dans les formes classiques de l'assistance ; celles-ci s'inscrivent dans « l'univers symbolique médical » identifié par Isabelle Parizot dans les PASS. Pour rappel, elle le définit comme suit : « système cohérent de représentations et de valeurs qui ordonne symboliquement les expériences vécues, les rapports sociaux et les identités liés à l'assistance médicale en fonction de la réalisation d'une prise en charge médicale. » Parizot, *op. cit.*, 2003, p. 14.

travers des interactions quotidiennes entre professionnels et patients. Nous nous intéressons ici aux situations qui posent problème ou qui aboutissent à un refus de soin, et non pas à la plupart des situations pour lesquelles la prise en charge ne pose pas de problème[23]. La morale sous-jacente de certains processus de catégorisation que nous observons questionne la logique d'une « biopolitique »[24] pragmatique. Les liens entre jugements moraux, critères de citoyenneté et logiques de gouvernement seront au cœur de notre analyse.

Dans les précédents chapitres, nous avons d'ores et déjà identifié certains de ces points de tension. La variation des critères d'inclusion et d'exclusion des patients reflète notamment différentes postures de l'institution et des équipes soignantes par rapport à la solvabilité du patient ou au degré de priorité donné à la dimension médicale[25]. Ces différentes postures révèlent une tension autour de la légitimité des patients sans couverture maladie à être pris en charge par le système des PASS, et plus généralement par le système de santé public, dans un contexte socioéconomique de rigueur. Le traitement de la question sociale à l'hôpital met en lumière la fragilité du système de santé dans son ensemble au regard de sa capacité à porter financièrement l'intégration dans le système de santé des patients les moins solvables. Ces premiers éléments d'analyse rappellent que la norme ici ne se construit pas uniquement par le bas, mais que le contexte institutionnel et professionnel, aux niveaux de l'hôpital et national, agit comme un cadre contraignant à l'intérieur duquel la norme se construit. La solvabilité est par ailleurs largement déterminée par le statut administratif des patients ; la hiérarchisation des légitimités utilisée par l'administration de l'assurance maladie se calquant ainsi sur la hiérarchisation fabriquée par les administrations de l'immigration. Face à une réalité complexe, on a vu que cette légitimité peut également varier d'un patient à l'autre, alors même qu'ils se trouvent dans une situation administrative similaire. Le coût élevé de la prise en charge, par exemple, peut réduire la légitimité d'un patient et rendre sa prise en charge incertaine en cas d'insolvabilité[26]. D'autre part, la nature de la maladie, sa dangerosité concernant la santé du patient ou la santé de la population sont d'autres éléments déterminants qui peuvent prendre

---

[23] Ce choix correspond à ce que nous nous sommes proposé d'étudier : les situations à la marge révélatrices des frontières du système assistanciel de la PASS.

[24] Nous reprenons, dans un premier temps, la définition classique de la biopolitique construite par Michel Foucault comme un contrôle de la société sur les individus, non pas seulement au travers de leur conscience ou de leur idéologie, mais aussi dans les corps et avec les corps. Elle décrit la modernisation du gouvernement des populations comme celui du « laisser vivre » (en opposition au « faire mourir »). La biopolitique est l'entretien et le gouvernement de la vie des citoyens par l'État, c'est une pratique gouvernementale qui s'exerce au travers des phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en population. Pour cela, le pouvoir s'appuie de plus en plus sur les technologies modernes, notamment de la médecine. La santé publique est son outil de gouvernement favori. Le « biopouvoir » désigne la structure historico-politique d'un pouvoir souverain qui applique une gouvernance biopolitique. Voir notamment le chapitre V « Droit de mort et pouvoir sur la vie » *in* Foucault, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1976a, 585 p. ou Foucault, Michel, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, EHESS, Gallimard, Seuil, 2004, 355 p.

[25] On a vu notamment que la focalisation budgétaire à l'hôpital public a conduit à la catégorisation des patients entre « patients sans droits potentiels » et « patients avec droits potentiels », catégories qui sont construites indirectement à partir de leur statut légal de résidence.

[26] Voir chapitre VI.

l'ascendant sur la question de la solvabilité, s'adossant alors à des enjeux de santé publique, des valeurs éthiques et une certaine conception des droits humains[27].

La PASS est un lieu idéal pour observer ces tensions dans le système de santé car, située à la frontière du système de santé, le gouvernement biopolitique des populations dominées est son cœur de métier. Ce chapitre propose d'avancer un peu plus dans la compréhension du traitement de la question sociale à l'hôpital public en se penchant sur la catégorisation des patients en lien avec leur inclusion ou exclusion d'un dispositif d'assistance, saisie à partir des interactions qui ont lieu dans les PASS et aux représentations des professionnels. Quelles catégories se dégagent lors des interactions avec les professionnels ? Que nous révèlent-elles des enjeux du gouvernement de groupes aux marges de la société dans le champ de la santé ? Comment ces catégories se construisent-elles et quels en sont les différents usages (du côté des professionnels et des patients) ? Ce sont ces questions qui guideront l'analyse dans ce chapitre.

Les deux premières parties de ce chapitre se pencheront sur les processus de catégorisation et d'identification des patients migrants et précaires par les professionnels. La première partie s'intéressera à la catégorie du « patient sous visa » et analysera de manière critique le critère de proximité, tandis que la deuxième partie se penchera sur la catégorie du « fainéant » et sur la fonction d'insertion. L'objectif est de mettre en lumière les différentes figures du patient migrant et précaire. Nous nous efforcerons d'identifier à chaque fois certains des éléments du contexte structurel menant à la situation observée. Dans une troisième partie, nous verrons la place centrale attribuée à la mise en récit des patients, de leur parcours de vie et de maladie, et aux dispositions morales[28] des professionnels, notamment dans leur perception de la compassion et du mérite. En axant principalement l'étude sur les situations qui dévoilent les tensions autour des critères de l'obtention de l'aide, il s'agira en dernière analyse de cerner l'ordre social que ces processus mettent en place dans le domaine de la santé.

---

[27] Ces deux éléments — protection de la vie du patient et protection de la population des maladies infectieuses et transmissibles — constituent deux limites à l'exclusion. Nous les expliquons dans le chapitre suivant. Par ailleurs, la possibilité d'une prise en charge ne signifie pas pour autant que celle-ci est automatiquement gratuite. Dans un hôpital qui n'accepte pas les patients sans droits potentiels par exemple, il est possible qu'un de ceux-ci soit pris en charge pour une tuberculose (maladie infectieuse hautement contagieuse) ou une maladie mettant en jeu son pronostic vital, mais que cette prise en charge lui soit facturée. Le danger pour le patient dans ce cas est de se retrouver avec une facture de plusieurs milliers, voire dizaines de milliers d'euros, qu'il ne pourra probablement jamais rembourser.

[28] Les dispositions sont l'ensemble des tendances à agir ou à percevoir intériorisées à la suite d'ensemble d'actions d'inculcation dans les situations sociales vécues par l'agent et qui fonctionne comme principe inconscient d'action et de perception. La dimension morale des dispositions bourdieusiennes s'inspire du concept de la rationalité de valeurs chez Weber constitutif de la subjectivation de l'action. Pour plus de précisions sur le concept de dispositions morales, voir Merchiers, Jacques, « Y a-t-il des dispositions morales? », *L'Année sociologique*, vol. 54, n° 2, 1 Août 2007, p. 455-481.

# 1 LES PATIENTS SOUS VISA ET LA MÉTAMORPHOSE DU CRITÈRE DE PROXIMITÉ

Lorsqu'on s'intéresse aux limites de la PASS, une catégorie de patients s'impose immédiatement, ce sont les « patients sous visa ». Elle correspond en fait aux personnes qui disposent d'un visa de tourisme et qui ne sont donc officiellement que de passage en France. En tant que touristes, ces patients sont censés être couverts par une assurance voyage (ce qui n'est jamais le cas des patients qui se rendent à la PASS). Cette catégorie administrative rentre dans une autre catégorie, comptable celle-ci, des patients « sans droits potentiels » donc peu légitimes. Cette catégorie de patients est marginale à la PASS[29], mais elle cristallise les tensions. Lorsqu'on demande aux professionnels pourquoi les patients sous visa ne sont pas pris en charge, ils expliquent presque immanquablement que « c'est la règle », que « la PASS n'est pas faite pour eux ». Ils évoquent régulièrement cette assurance théorique qui est obligatoire lorsqu'on voyage. Cette limitation n'est pourtant écrite dans aucun texte officiel sur la PASS. Comme nous l'avons vu, aucun document émanant du ministère ne définit précisément les critères d'inclusion au dispositif PASS et les patients sous visa n'en sont pas explicitement ou implicitement exclus. Ce formalisme est d'autant plus étonnant que de nombreux patients sont des personnes en situation irrégulière, ce qui rend l'activité de la PASS d'emblée profondément ambigüe par rapport au droit ou à la règle (un dispositif légal qui prend en charge des personnes en situation irrégulière). L'argument légal expliquant l'exclusion des patients sous visa du dispositif ne va donc pas de soi et ne résiste pas à l'examen des pratiques de terrain. Pour comprendre les ressorts de cette mise au ban des patients sous visa, il est nécessaire de s'intéresser aux représentations sociales que ces patients suscitent chez les professionnels. Les deux situations rapportées d'observations à la PASS René Barthe aident à mieux comprendre ce phénomène :

> **Situation n° 1**[30] : Une femme arrive dans le bureau de l'assistante sociale de la PASS René Barthe de l'hôpital A. Elle demande des informations pour sa sœur qui est arrivée d'Algérie il y a quelques jours. Elle veut savoir comment sa sœur pourrait obtenir une prise en charge médicale alors qu'elle n'a pas de Sécurité sociale. L'assistante sociale répond assez abruptement et sur un ton autoritaire que ce n'est pas possible, qu'elle a besoin d'une preuve de présence de trois mois sur le territoire français (condition pour amorcer les démarches de l'AME). Elle ajoute que, même à ce moment-là, ce ne sera pas sûr car l'AME risque d'être supprimée bientôt[31].[32]

[29] Il est impossible de dire précisément la proportion car ces patients sont le plus souvent exclus de la PASS et n'apparaissent donc pas dans les statistiques. Patrice Blanchet, médecin responsable de la PASS de l'hôpital G, CHU d'une ville moyenne de région, nous dit pendant l'entretien mené avec lui que 1 % des consultations à la PASS. D'autres PASS, comme celle de l'hôpital C, en rencontre davantage comme nous le verrons dans le prochain chapitre.

[30] Dans un souci de clarté, les situations tirées des observations de terrain sont numérotées.

[31] Il y avait, à cette époque, des débats sur l'AME et une partie de la majorité UMP souhaitait supprimer cette couverture maladie, mais la menace n'a jamais été vraiment concrétisée.

[32] Extrait de carnet de terrain, PASS René Barthe, l'hôpital A, octobre 2010.

**Situation n° 2 :** Une femme entre dans le box de consultation du médecin généraliste de la PASS. Originaire du Mali, elle est arrivée en France il y a quelques semaines. Elle vient pour faire contrôler son diabète. Pendant l'entretien elle n'a jamais évoqué le fait qu'elle était en vacances en France. Cependant, au fil de la consultation elle explique qu'elle a un visa qui est valable pendant encore un mois. Elle a ramené avec elle un carnet de suivi pour son diabète qu'elle remet au médecin. Le médecin, après avoir consulté ce carnet attentivement, lui fait une ordonnance pour un bilan sanguin, mais n'explique pas à la patiente la démarche à suivre pour bénéficier du système de la PASS. Cette patiente est donc exclue du dispositif et devra payer le tarif plein pour ses examens médicaux. Lorsqu'elle a quitté le box de consultation, le médecin m'explique que cette dame est visiblement en vacances en France et qu'elle est probablement venue à la PASS pour contrôler si son diabète est bien pris en charge au Mali. La bonne tenue du carnet de suivi de la patiente est pour le médecin l'indice révélateur. Il m'explique que ce dernier est très bien tenu, ce qui est assez rare au Mali. C'est, pour lui, un signe de richesse évident qui montre de surcroît qu'elle possède une bonne prise en charge médicale au Mali. Il me dit donc qu'elle n'a rien à faire ici et qu'elle n'a pas à bénéficier de soins gratuits.[33]

Dans la situation n° 1, l'assistante sociale n'explique pas à la personne le système de la PASS et la possibilité d'y obtenir des soins gratuitement, ce qui équivaut à exclure la sœur du dispositif. Cela peut paraître étonnant car son profil correspond bien, de prime abord, à celui d'une patiente PASS : elle n'a pas de couverture maladie et n'a pas d'accès au système de santé. Lorsque la femme s'en va, l'assistante sociale m'explique sur un ton agacé que c'est un cas typique de « tourisme médical », que la sœur n'est venue en France qu'afin de profiter gratuitement du système de santé. Cette situation est dénoncée de la même manière dans la situation n° 2, mais cette fois c'est le médecin qui exclut la patiente du dispositif. Dans la seconde situation, le médecin soupçonne en plus la patiente d'être riche en raison d'attributs qu'il identifie comme étant ceux d'une personne aisée au Mali (la bonne tenue du carnet de diabète). La catégorie du « touriste médical » correspond à une personne qui viendrait en vacances en France (le plus souvent pour rendre visite à de la famille) et qui en profiterait pour faire un bilan de santé gratuit ou pour se faire soigner gratuitement. La figure du touriste médical sous-entend que la personne ne vit pas de manière habituelle en France ou qu'elle n'a pas pour projet de s'y installer, qu'elle n'est donc que de passage.

## 1 - 1 L'assistance : entre « bons » et « mauvais » pauvres

Une catégorie de « mauvais patients » se forme, comprenant ceux à qui la PASS ne se destine pas et qu'il faut exclure de la structure d'aide. Elle fait écho à la distinction morale de l'assistance entre le « bon » et le « mauvais » pauvre étudiée par Robert Castel. Dans sa généalogie de l'histoire du social-assistanciel, R. Castel distingue deux catégories d'individus qui en bénéficient traditionnellement et qui dessinent les contours de l'assistance. La menace de

[33] Extrait de carnet de terrain, PASS René Barthe, l'hôpital A, décembre 2010.

désaffiliation peut exister parce qu'un individu ne participe pas aux activités de la société, notamment en raison de son incapacité physique à le faire. Cet état concerne classiquement les personnes handicapées, les vieillards ou encore les enfants orphelins, ils constituent la catégorie de « l'handicapologie »[34]. Cette catégorie est traditionnellement prise en charge, d'abord par les cercles de sociabilité rapprochés (famille, communauté), puis, à défaut, par le système social-assistanciel qui prend en charge ces individus au travers d'institutions spécialisées (hôpital, orphelinat, distribution organisée de l'aumône, etc.)[35].

Les autres, ceux qui sont dans la catégorie des indigents valides, également menacés par la désaffiliation, peuvent aussi rentrer dans le cadre du social-assistanciel, mais ils y sont moins légitimes, notamment lorsqu'ils ne sont pas intégrés à une communauté. L'appartenance communautaire est le second critère identifié par R. Castel. Les structures protectrices dispensant l'aide s'occupent des indigents de leur communauté faisant de l'assistance une forme de protection rapprochée.

Le système assistanciel se trouve à l'intersection de ces deux critères. Ainsi, « se trouver au foyer d'une prise en charge possible, c'est être situé au point où ces deux vecteurs se croisent avec leur charge maximale. C'est associer une incapacité complète de travailler avec une insertion communautaire maximale. »[36] Selon R. Castel, ces deux critères se retrouvent dans les conditions d'accès des structures assistancielles à la fin du siècle dernier : ils continuent d'être l'efficacité opérationnelle du champ assistanciel et constituent ainsi, en quelque sorte, ce que nous appelons le capital légitime du pauvre. En négatif, se dessine donc la figure morale du « mauvais pauvre », celui qui n'est pas invalide et qui ne fait pas partie de la communauté. La sélection de ceux qui méritent le secours est à la base du fonctionnement assistanciel. Il en découle l'élaboration d'un savoir et d'une expertise sur les populations ciblées et sur les manières de les prendre en charge (ou au contraire de les exclure)[37]

Le « touriste », identifié à la PASS, ne répond pas à la condition de proximité qui est exigée par l'assistance : il n'est pas intégré dans la communauté et n'a pas pour projet de le faire. Il doit donc être exclu des systèmes de solidarité qui protègent « leurs pauvres » de l'intérieur, mais n'ont pas pour vocation d'en accueillir de l'extérieur. Il peut être, en cela, comparé au vagabond d'autre fois, lui aussi rejeté de l'assistance en raison de son manque d'ancrage dans la société. Les échelles sont évidemment différentes : au Moyen-Âge, la communauté s'arrêtait aux portes du village, alors qu'aujourd'hui elle adopte les frontières de l'État-nation.

---

[34] Castel, *op. cit.*, 1995.

[35] Dans les sociétés de type mécanique l'assistance se fait directement et sans médiation par la communauté rapprochée ou la famille. Dans les sociétés complexes, le social-assistanciel (R. Castel date son apparition au Moyen-Âge) prend le relai d'un défaut de sociabilité dans le cercle rapproché.

[36] Castel, *op. cit.*, 1995, p. 99.

[37] Castel, *Ibid.,* p. 62.

Le critère de proximité est implicite à la PASS : il n'est jamais évoqué clairement par les professionnels mais est pourtant très présent. Une autre de ses manifestations se laisse observer lors des situations de face-à-face, concernant la question du projet de vie des patients, celle de la volonté de s'établir en France qui est souvent centrale dans les entretiens sociaux, surtout chez les patients suspectés de n'être que de passage en France.

> **Situation n° 3 :** Une femme entre dans le bureau de l'assistante sociale. C'est la troisième des dix personnes qui passeront sans interruption dans le bureau ce vendredi après-midi. Cette femme est arrivée du Mali il y a un peu plus d'un mois avec un visa de tourisme d'un mois (désormais expiré). Elle a été orientée par la PASS de l'hôpital voisin en raison de sa pathologie. Elle a un classeur avec des intercalaires qui est bien rempli. Elle est âgée d'une cinquantaine d'années et se fait traiter par chimiothérapie pour un cancer depuis un mois à l'hôpital C. Elle se plaint de douleurs.
> Lors de l'entrevue, l'assistante sociale, Véronique Lacourt, pose de nombreuses questions à cette patiente. Les échanges se font dans une ambiance lourde, la patiente est méfiante et elle réfléchit avant de donner des réponses qui sont courtes et, de toute évidence, construites en fonction de ce qu'elle pense être les attentes de l'assistante sociale.
> L'entretien est rapidement orienté vers la situation familiale. La patiente nous raconte que son époux et ses enfants sont au Mali. Son mari est retraité, il était ingénieur agriculteur. Elle a eu un précédent mari qui est mort et dont elle a eu un enfant. Son actuel mari avait déjà une première femme et des enfants au moment du remariage.
> Véronique Lacourt insiste à ce moment sur le projet de vie de la patiente. Elle lui demande quels sont ses projets. La patiente répond qu'elle souhaite rester en France, même après sa guérison. L'assistante sociale lui demande pourquoi. Elle répond que c'est ce qu'elle avait envisagé. Véronique Lacourt, non satisfaite de la réponse, insiste et lui demande pourquoi elle souhaite rester en France lorsqu'elle sera guérie alors que sa famille est en Afrique. La patiente, manifestement, se sent questionnée et cherche la « bonne réponse ». Elle dit alors « Je veux rester en France, la vie est mieux ici ».
> Pendant la suite de l'entretien, on apprend qu'elle vit chez sa sœur qui est « dame pipi » dans une gare. Véronique Lacourt lui renouvelle son bon PASS. Elle lui demande qui finance (pour la vie de tous les jours). La patiente répond que c'est sa sœur qui paye pour tout.
> L'assistante sociale trouve dans le dossier une copie d'un certificat médical écrit par un médecin de l'hôpital voisin disant que la patiente ne peut pas quitter le territoire en raison de ses conditions de santé. Comme la patiente ne dispose pas de l'original, Véronique Lacourt l'accompagne voir le médecin de la PASS pour en faire un nouveau que la patiente devra garder avec elle, au cas où elle rencontre des problèmes avec les autorités.[38]

Dans cet extrait de carnet de terrain qui concerne une patiente dont la prise en charge a un coût élevé (chimiothérapie et médicaments anticancéreux), on voit bien l'importance du thème du « projet de vie » dans la décision de l'obtention de l'aide (qui est accordée). Il devient même plus important que le thème des ressources qui n'est abordé qu'à la fin de l'entretien (même s'il est assez évident qu'une personne non couverte n'a pas les moyens de payer les frais qu'occasionne la prise en charge d'un cancer). Ces questions sur le projet d'installation apparaissent hors de propos dans le cadre d'une prestation de soin classique — les questions sur le projet de vie n'ont rien à voir avec le traitement de la maladie —, mais prennent tout leur sens dans le contexte assistanciel de la prise en charge à la PASS qui

[38] Extrait de carnet de terrain, bureau de l'assistante sociale, Véronique Lacourt, PASS Apollinaire, hôpital C, février 2012.

présuppose une condition de proximité[39]. À une échelle fine, les questions autour du projet de vie permettent aux professionnels des PASS de vérifier le critère de proximité au-delà du statut de séjour, lorsque celui-ci n'est pas clair. :

> **J.G.** : « Est-ce que ça vous arrive de voir des gens qui sont avec visa mais qui pensent rester en France par exemple, mais qui sont pour l'instant encore sous visa ? Et est-ce que ça vous arrive par exemple de devoir leur dire "bah va falloir revenir quand votre visa aura expiré, là on pourra commencer à faire quelque chose" ? »
> **A.S. des urgences** : « On ne leur dit pas comme ça. On leur demande quel est leur projet, en général ils nous disent "écoutez, moi je suis venu clairement pour rester". Donc on leur dit "écoutez, sachez que vos droits seront telle et telle chose une fois que votre visa sera expiré". Mais on ne leur dit pas "revenez vous faire soigner dès que votre visa sera périmé". Non on leur dit qu'ils ont des droits, qu'ils auront des droits en tout cas quand le visa aura pris fin, mais c'est pas dit tout à fait comme ça. (Rires) Mais effectivement de toute façon on est là pour expliquer aux gens quels sont leurs droits, donc on leur dit. »
> **J.G.** : « Mais donc, du coup, dans les gens qui viennent avec visa, il va y avoir deux cas de figure, il va y avoir ceux qui sont là pour des vacances et qui repartent, et après, ceux qui restent, qui sont venus avec un visa et qui ont dans la tête de rester ? »
> **A.S. des urgences** : « Voilà s'ils ont dans la tête de rester, ces gens-là, bah effectivement on est amené à les revoir. »[40]

La question du projet de vie posée aux patients dont le statut administratif ne permet pas une intégration automatique au dispositif, mise en avant dans cet extrait d'entretien, confirme l'hypothèse du critère de proximité et montre à quel point sa frontière est poreuse et ne se laisse pas facilement réduire à des critères administratifs objectifs. La définition des limites de la solidarité dans son critère de proximité, qui est en jeu ici, exige un examen des situations individuelles quant à la raison de la présence en France. Si le visa de tourisme a une définition officielle claire de la raison de la présence du patient en France et de la durée du séjour, l'usage qui en est fait sur le terrain est souvent autre. De nombreux immigrants détournent les règles restrictives de l'immigration grâce au visa de tourisme qui leur sert de laisser passer pour entrer dans le pays légalement afin d'y rester illégalement[41], ce sont les « *overstayers* »[42]. Les professionnels des PASS connaissent cette réalité et adaptent parfois les règles officieuses de la PASS aux situations dévoilant une contradiction entre le statut administratif et le critère de proximité de l'assistance. L'examen individuel des situations permet ici de rendre le système d'assistance davantage flexible, plutôt que d'appliquer des règles (informelles) de manière

[39] On retrouve cette même condition implicite dans l'accès à l'AME, l'autre prestation d'assistance pour les étrangers en situation irrégulière. Une des conditions présupposée est celle de la résidence, c'est-à-dire de vivre de manière stable et continue en France, elle est concrétisée dans la condition de la preuve de présence de plus de trois mois sur le territoire français. La condition de résidence est, de manière générale, à la base du fonctionnement de l'aide sociale. Code de l'action sociale et des familles - Article L111-1 et article L111-2.

[40] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistante sociale des urgences dans une PASS transversale d'un CHU d'une ville de la banlieue parisienne défavorisée. Janvier 2011, hôpital K.

[41] Vickstrom, Erik, « Pathways into Irregular Status Among Senegalese Migrants in Europe », *International Migration Review*, vol. 48, n° 4, Winter 2014, p. 1062-1099.

[42] Sciortino, G., « Between phantoms and necessary evils: Some critical ponts in the study of irregular migrations to Western Europe », Netherlands, Europe, *IMIS*, 2004 p. 17-44.

aveugle et systématique. Cela révèle un certain *pragmatisme* dans les pratiques de gouvernement par le bas des migrants dans le domaine de l'accès aux soins.

## 1 - 2 L'exception de l'assistance : la raison humanitaire

> d'Afghanistan et d'Iran arrivent régulièrement aux portes de la PASS Apollinaire. Ce sont tous des hommes qui viennent par groupes de deux, trois ou quatre presque quotidiennement au bureau de l'assistante sociale. Ce sont des jeunes, parfois même mineurs. Leur état de santé est assez dégradé après des voyages qui ont duré parfois depuis plus de deux ans et leurs maladies portent les stigmates de la pauvreté et de l'errance (gale, puce, malnutrition, etc.). Ils sont en général arrivés à Paris depuis quelques jours tout au plus, n'ont pas de logement et dorment dans un parc à côté de l'hôpital. Le bouche à oreille communautaire et les associations les conduisent cependant assez rapidement vers la PASS où ils racontent leur périple à Véronique Lacourt, l'une des deux assistantes sociales, par l'intermédiaire d'un service de traduction par téléphone. L'assistante sociale m'explique qu'elle est souvent émue et admirative quand ils racontent leur histoire et leur parcours. Au niveau de la situation administrative, je remarque qu'elles sont diverses : certains d'entre eux ont un visa, souvent obtenu en Italie, d'autres par contre n'ont aucun papier d'identité. Ils n'ont pas non plus tous les mêmes projets, certains souhaitent rester en France, la plupart souhaitent continuer leur voyage jusqu'au Royaume-Uni. Tous ces patients sont acceptés dans le dispositif, peu importe leur statut administratif ou la présence d'un visa.[43]

Dans cette situation, la décision a été prise d'intégrer les patients au dispositif. Ce qui justifiait le refus de la prise en charge dans les trois premières situations (l'absence de volonté de rester s'établir en France) n'a plus d'importance dans la situation n° 4 (l'intégration au dispositif se fait sans tenir compte de cet élément). Cela amène à confirmer d'une part que les critères de décision ne répondent pas à des critères objectifs et annoncés, mais reposent plutôt sur une certaine interprétation subjective de la situation par les professionnels. D'autre part, le modèle de R. Castel qui sépare les critères de l'assistance entre deux axes — celui de la « capacité à travailler » et celui de la « proximité » — trouve ici ses limites. Il semble que d'autres critères s'y ajoutent et, voire même, les dépassent. Les patients de la quatrième situation sont à la fois capables de travailler et n'ont pas forcément pour projet de s'installer en France (en tout cas, ce n'est pas une condition d'entrée). Pourtant, il est entendu que ce ne sont pas des tricheurs, mais bien des migrants dont la situation précaire ne permet pas d'accéder aux soins par ailleurs et qui ne sont pas venus en France pour les soins. Dans la sélection qui est opérée entre les « bons patients » et les « mauvais patients », d'autres éléments entrent en jeu : ceux de la souffrance, de la compassion et de l'empathie. Dans cette situation, le bon patient est celui que les professionnels identifient comme un migrant souffrant, il construit l'image du « réfugié »[44]. Cette identification empathique renvoie à ce que certains chercheurs travaillant sur des structures publiques en

[43] Extraits de carnet de terrain, février-mars 2012.

[44] La catégorie du « réfugié » ne correspond pas au statut administratif, mais à la représentation sociale que les professionnels des PASS ont du « réfugié » comme une personne fuyant des conflits et faisant l'expérience d'une certaine souffrance physique ou psychique. C'est une catégorie souple aux frontières floues qui correspond à la représentation subjective des professionnels.

relation avec des immigrants ont identifié comme des logiques humanitaires[45]. R. Castel discerne également ces mécanismes moraux lorsqu'il se penche sur l'influence chrétienne de l'assistance :

> « Dans l'Occident chrétien, l'instrumentalisation de la charité a permis – et ce n'est pas peu – de construire la forme culturellement dominante de cette exigence princeps de limitation du champ de l'assistance en reformulant d'une manière spécifique ses critères d'accès. Mais, en dépit des déclarations de principe sur l'amour généralisé du prochain, l'exaltation chrétienne d'un type de pauvre qui doit être accablé de maux pour être secouru et sa condamnation de l'oisiveté "mère de tous les vices" ont gardé à ces critères un sens très restrictif. Dans toute société, et une société chrétienne ne fait pas exception, le pauvre doit manifester beaucoup d'humilité et exhiber des preuves convaincantes de sa condition malheureuse pour ne pas être soupçonné d'être un "mauvais pauvre". »[46]

L'étymologie du mot compassion lui attribue également une origine chrétienne qui appuie sa dimension morale. La compassion est « une émotion ressentie au nom d'une personne qui souffre » (*an emotion felt « on behalf of another who suffers »*) qui implique une inégalité dans la relation entre celui qui souffre (en bas) et celui qui reconnaît cette souffrance (en haut)[47]. Elle implique une volonté et le pouvoir de réduire la souffrance de la part de la personne qui la ressent. Didier Fassin a décrit la généralisation des « politiques compassionnelles » se substituant aux logiques du droit et introduisant une part d'arbitraire dans la distribution de l'aide et des aides sociales (qui est dépendante de la reconnaissance de la souffrance par le professionnel)[48]. Dans le cas de la PASS, il ne serait pas exact de parler d'une généralisation de la politique compassionnelle ou basée sur l'innocence, ou même d'un arbitraire généralisé ; au contraire, la compassion et l'innocence sont mobilisées à la marge du système assistanciel pour outrepasser les règles qui en limitent l'accès et s'inscrivent dans une économie politique. Cette réduction à la souffrance n'est pas seulement motivée par la justice ou le droit, mais aussi par l'émotion[49].

La compassion et la reconnaissance du corps souffrant et du mérite sont ici centrales et donnent la forme de l'économie morale[50] qui prend la relève de l'économie politique[51] aux limites

---

[45] À ce propos voir : Fassin, Didier, « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 4, 2001, p. 5-34 ; Ticktin, Miriam, « Where ethics and politics meet. The violence of humanitarianism in France », *American ethnologist*, 2006, p. 33-49 ; Darley, *op. cit.*, 2010.

[46] Castel, *op. cit.*, 1995, p. 96.

[47] Graber, Marjorie, *Compassion*, *in* Berlant Lauren Gail (ed.), *Compassion. The culture and politics of an emotion*, New York, Routledge, coll. « Essays from the English Institut », 2004, p. 15-28.

[48] Cette généralisation de l'arbitraire se concrétise dans le fait que la décision est dépendante du jugement moral que les agents de l'État exercent sur les patients. Ce phénomène a été observé par de nombreux auteurs vus au début de ce chapitre (notamment V. Dubois dans les CAF et A. Spire dans les préfectures).

[49] Fassin, *op. cit.*, 2010. Voir aussi Fassin, Didier, « Compassion and repression. The moral economy of immigration policies in France », *Cultural anthropology*, vol. 20, n° 3, 2005, p. 362-387.

[50] Il s'agit ici de dépasser le cadre des simples dispositions morales pour entrer dans l'analyse de *l'économie morale* que la structure assistancielle développe dans la société. Nous entendons par économie morale « la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social. » Didier Fassin, Jean-Sébastien Eideliman, « Introduction. Défense et illustrations des économies morales », *in* Didier Fassin *et al.*, *Economies morales contemporaines*, La Découverte « Recherches », 2012, p. 12.

[51] On utilise l'expression « économie politique », non pas dans son sens classique tiré de la science économique, mais en opposition à l'économie morale, en tant que les ressorts des interactions ne seraient pas guider par la morale ou la rationalité de valeurs individuelles, mais par la reconnaissance de droits politiques.

de la solidarité dans le système de santé. Mais la souffrance n'est pas reconnue chez tous les patients. La question du choix est ici un élément central :

> **Corinne Deschamps** : « Après c'est vrai que bon, les gens qui viennent accoucher en France, il y a un moment donné où on ne peut pas les empêcher d'accoucher, après ils reçoivent la facture, ça ne me gêne pas non plus. Après, c'est quand même un peu compliqué. Tu ne peux pas non plus venir exprès pour accoucher, repartir "au revoir je n'ai pas de Sécu". Ça arrive, mais ce n'est pas si fréquent que ça, sur la maternité on en a beaucoup moins. À un moment donné on en avait pas mal, après on n'en a plus eu du tout. Parce que pour la plupart, soit on les voit dans le cadre de la PASS périnat[ale] en PMI à six mois et donc là on leur dit 'vous savez madame avec un visa vous allez recevoir la facture', et bah c'est bizarre, les gens on ne les voit plus beaucoup. Quand ils savent qu'effectivement *a priori* on n'a pas de solution, qu'on ne va pas pouvoir leur faire de grossesse en soins urgents, on ne va pas pouvoir, qu'on leur explique vraiment ce qu'on peut faire, et que ça risque d'être facturé, et que c'est quand même embêtant, et que bah s'ils veulent rester, ils vont avoir une facture au niveau du trésor public. Et après ils font leur décision, après ils peuvent payer à tempérament à raison de 50 € pendant les dix prochaines années, ça ne me dérange pas. » [52]

Dans cet extrait d'entretien, on voit que ces patientes ne remplissant pas le critère de proximité (de passage en France) ne suscitent pas non plus la compassion de la cadre socioéducative. Qu'est-ce qui fait qu'on reconnaît la souffrance des patients de la situation n° 4, alors que celle de ces femmes enceintes n'est pas reconnue, voire même condamnée ? La réponse est à chercher dans la valorisation de l'innocence pour la reconnaissance de la souffrance. Miriam Ticktin a formalisé l'innocence comme un concept politique[53] (et non seulement moral) qui permet de hiérarchiser différentes sortes d'humanité en valorisant l'ignorance, la vulnérabilité, la pureté ou la naïveté. Ce concept est devenu central dans certaines politiques car il permet de définir la souffrance légitime, celle qui mérite d'être sauvée, à l'intérieur d'un espace apolitique et de moralité pure qui masque la réalité des causes et des responsabilités politiques, tout comme les raisons de la capacité d'agir de ceux qui octroient l'aide[54]. C'est le cas de la catégorie des « réfugiés », construite par les professionnels[55] et qui est intégrée à la PASS grâce à une « raison humanitaire »[56] mettant la compassion et l'innocence au centre de la possibilité de prise en charge. On reconnaît chez le patient les qualités d'une victime passive qui lui permet de gagner le droit d'être aidé. De l'autre côté,

---

[52] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Janvier 2011, hôpital B.

[53] Nous reprenons ici la définition arendtienne du politique : « La politique organise d'emblée des êtres absolument différents en considérant leur égalité *relative* et en faisant abstraction de leur diversité *relative* » (p. 53), elle « traite de la communauté et de la réciprocité d'êtres *différents* » (p. 47). La politique est l'expression de la tension entre la pluralité des êtres humains et la recherche de l'égalité. Elle se concrétise dans la conception de la citoyenneté et de son exercice. Arendt, Hannah, *Qu'est-ce que la politique?*, Paris, France, Éditions du Seuil, 1995, 216 p.

[54] Miriam Ticktin, anthropologue à la *New School* à New York City, n'a pour l'instant pas écrit d'article ou d'ouvrage sur ce travail en cours, mais deux documents peuvent être écoutés. Le premier est une conférence faite à l'Annual Elizabeth Colson Lecture à l'université d'Oxford le 11 juin 2015, intitulée « Innocence: understanding a political concept » (https://soundcloud.com/refugeestudiescentre/innocence-understanding-a-political-concept-annual-elizabeth-colson-lecture-2015, consulté le 13 août 2016) , le second est une interview intitulée « Humane violence: a critique of innocence » réalisée par le magazine *Archipelago* le 5 août 2015 (http://the-archipelago.net/2014/08/13/miriam-ticktin-humane-violence-a-critique-of-innocence/, consulté le 13 août 2016).

[55] Elle ne correspond pas forcément au statut légal du patient.

[56] Fassin, Didier, *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, France, Gallimard: Seuil, 2010, 358 p.

l'intention — voire même la préméditation — identifiée chez les femmes enceintes les rend d'emblée coupable.

Le cas des « réfugiés » bénéficiant de l'aide, alors même qu'ils ne remplissent pas les critères classiques de l'assistance, tend à confirmer l'analyse de Myriam Ticktin sur les demandes de titre de séjour pour soin. Elle voit dans l'utilisation croissante de la compassion une forme de dépolitisation et une réduction des personnes à leur vie nue (*bare life*), une vie dénuée de ses dimensions politiques et sociales, mais une vie sacrée dans sa dimension biologique.[57] Au contraire, c'est l'absence d'innocence et de souffrance reconnue chez ces femmes enceintes venant accoucher en France exprès qui provoque la réaction de rejet et le déni d'une égalité politique et d'un droit à l'accès aux soins. Comme l'analyse M. Ticktin, l'innocence et la compassion dépolitisent les situations des patients en l'interprétant grâce à une grammaire émotionnelle et morale. Ainsi, Corinne Deschamps, en condamnant moralement les femmes étrangères venant accoucher en France, masque la dimension politique de cette démarche (dont on suppose qu'elle vise, à terme, à donner la citoyenneté française aux nouveaux-nés). Ce phénomène se retrouve également dans la dénomination de « touriste médical » qui évoque le loisir et le plaisir et retire ainsi à la situation son contexte politiques et historique. Cela permet à Patrice Blanchet, le médecin référent de la PASS de l'hôpital G, de comparer des patients étrangers essayant d'accéder aux soins en France avec des patients français allant se faire soigner aux États-Unis, balayant d'une phrase toute les réalités géo-politiques pourtant si présentes dans les situations des patients qui se présentent aux PASS[58].

## 1 - 3 Les dispositions morales face à l'assistance dans un contexte migratoire post-colonial

Les deux extraits d'entretien qui suivent illustrent des cas où des patients venus chercher des soins en France dans un contexte post-colonial et migratoire sont l'objet de rejet et de représentations négatives, c'est ce qu'expriment les deux enquêtées dans les extraits d'entretien suivant :

> **J.G.** : « Et il y a des patients qui viennent avec des demandes qui t'énervent ? »
> **Fatima Belmoktar** : « Des gens qui viennent juste pour, par exemple, qui viennent chez nous juste pour se soigner gratos parce qu'ils ont entendu là-bas que ça existait. Alors ça je peux pas, il y en a, oui. Ah,

[57] Ticktin, *op. cit.*, 2006. Elle reprend le concept de *vie nue* d'Agamben. Voir, entre autres, Agamben, Giorgio, *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Éd. du Seuil, 1997, 213 p. La vie nue (*Zoé*) s'oppose à la vie politiquement qualifiée, le (*bios*).

[58] Patrice Blanchet : « Alors après le visa touristique, c'est un autre problème parce qu'il peut y avoir des gens — et il y en a, ça existe, on peut pas dire que ça existe pas — qui prennent des visas touristiques pour venir se faire soigner gratuitement et tenter leur chance. Et comme je pense qu'il y a des Français qui tentent ça aux États-Unis. » (Extrait d'entretien réalisé avec le médecin référent de la PASS de l'hôpital G, CHU d'une ville moyenne de province, mars 2012.)

ceux-là, je ne peux pas, ceux-là non ! Faites-le ailleurs, faites ailleurs si vous avez le droit ou voilà. Mais non ! »
**J.G.** : « Et il y en a beaucoup qui viennent comme ça ? »
**Fatima Belmoktar** : « Il y en a quand même, qui viennent, qui sont en vacances et qui profitent de ça pour voir s'ils peuvent faire soigner leur mère, leur père ou leur soeur. Il y en a oui. Ils essayent. Bon, encore une fois ils ont le droit de se soigner, ça c'est clair, mais qu'ils n'essayent pas d'avoir une couverture sociale. »
**J.G.** : « Et ils viennent te le dire comme ça, clairement ? »
**Fatima Belmoktar** : « Ils me disent qu'elle est là pour les vacances, mais qu'elle n'a plus de visa. Maintenant elle n'a plus de visa. Mais pourquoi elle est restée ? Comme l'autre fois, il y en a une qui m'a téléphoné, elle est venue, son visa vient d'être périmé. Elle est partie aux urgences, ils lui ont découvert un diabète, maintenant son visa il est périmé, je lui ai dit "il faut appeler l'assurance", je lui dis "vous partez ?" -"Non, non, je reste encore parce que j'ai ramené ma fille, elle est trisomique, je vais la soigner", je lui ai dit "ah, vous vous démerdez, voilà. Vous n'avez pas le droit à tel truc, voilà". Si, il y a plein de gens qui énervent ! »[59]

**Coline Charton** : « Là où on a eu quelques problèmes, mais maintenant on en a moins quand même, c'est au niveau des réseaux avec l'Algérie particulièrement où les gens viennent en vacances et viennent à Médecins du Monde pour se faire faire des bilans. Donc ceux-là on a dit "non, les visas touristes, on ne prend pas !", un visa touriste il a son assurance pour se faire soigner. Et les soins de fond, parce que c'est ça qu'ils nous demandent, un bilan complet et puis "j'ai un diabète, voilà". Bah les traitements de fond on les prend pas en charge, quoi. Ils sont soignés en Algérie, on les soigne pas ici. » [60]

Les patients sous visa, identifiés comme illégitimes par les professionnels de la PASS, correspondent en grande partie à des patients issus d'un contexte de migration post-coloniale. Ces patients ne répondent pas au critère de la proximité et lancent un autre défi au concept de solidarité de l'assistance auquel les professionnels des PASS se retrouvent confrontés. L'inégalité d'accès aux soins et aux médicaments entre le pays d'origine et la France amène certains immigrés, en particulier parmi ceux des anciennes colonies françaises, à chercher à faire prendre en charge des membres de leur famille en France, surtout quand ils sont atteints de maladies qu'ils ne peuvent soigner dans leur pays. Or, les possibilités de prise en charge par voies légales sont réduites, chères et compliquées et réservées aux élites. L'exclusion de la PASS ou des structures de soins gratuites au travers d'une condamnation morale de l'abus qui s'appuie sur l'absence d'innocence et de souffrance reconnues chez le patient masque en fait la réalité politique et historique du contexte de ces situations. Le mode décisionnel aux limites de la PASS basé sur la compassion tend à prendre une forme apolitique et anhistorique.

**J.G.** : « Mais quand on est sous visa, il y a aucune possibilité ? »
**A.S. 1** : « Même si la femme est enceinte, même s'il y a une trachéotomie en urgence machin et tout, ils ont à payer les frais, voir avec leur assurance voyage qui finalement les prend pas en charge… C'est catastrophique, on a un monsieur qui est venu l'autre jour, il avait 61 000 € à régler aux Hospices parce qu'il était sous visa touriste et on, dès que les soins urgents ont pu être faits, ils ont été faits

[59] Extrait d'entretien informel avec l'assistante sociale des urgences. Novembre 2010, hôpital A.
[60] Extrait d'entretien avec une bénévole d'une association qui milite pour l'accès aux soins des personnes exclues du système de santé dans une grande ville de province. Mars 2012.

hein, mais il y avait quand même 61 000 € à régler, alors il avait été passé en réanimation que… on lui a sauvé la vie, enfin l'hôpital lui a sauvé la vie, et voilà. »
**A.S. 2** : « Oui, un truc inévitable et l'assurance a rétorqué qu'il ne prendrait pas en charge parce qu'il n'avait pas eu d'accident de la route. C'était pas un accident, de toute façon, une crise cardiaque de toute façon, t'as pas le choix, pour le coup, il est pas venu dans l'intention de se faire soigner. Il était vraiment venu en vacances voir sa famille, n'empêche que l'assurance voyage n'a pas pris en charge. Mais les assurances voyages c'est très très cher et elles prennent rien en charge. »[61]

À l'autre bout du spectre des représentations sur le touriste médical, il y a le patient venu rendre visite à sa famille et à qui il arrive un événement malheureux non prévu. On voit dans cet extrait d'entretien que l'honnêteté du patient n'est pas remise en cause, il est une victime passive et innocente. Il représente une certaine vulnérabilité humaine universelle, détachée du politique et de l'histoire, de laquelle les professionnels se sentent proches.

**J.G.** : « Parce que les financements de la PASS, les (Missions d'intérêt général), peuvent pas servir à ça justement, à des examens de ce type là [pour les patients sous visa] ? »
**A.S. 1** : « Jusqu'à présent non, sachant qu'on a dégagé, enfin la direction a réussi à dégager un petit peu d'argent, si y a besoin pour des hôpitaux de jour. Alors attention c'est que 25 hôpitaux de jour sur une année, c'est rien du tout, et c'est vraiment pour des patients comme bah celle que l'on a eu et qui a pu justifier le fait qu'on puisse obtenir ça notamment. Une patiente qui était géorgienne, en cancer dermatologique très avancé, et les médecins qui disent "si, si, allez vous faire soigner en France, ils arriveront à vous soigner". Il a fallu attendre trois mois de présence en France, elle était au stade palliatif pour les médecins, urgence vitale pour un urgentiste, pas pour le médecin en question. Enfin bref, ça a été très douloureux à vivre pour cette patiente, pour les proches, pour le service de la PASS et pour les urgentistes, enfin voilà pour tous ceux qui étaient autour. Enfin voilà, ça a été tellement douloureux qu'on s'est dit plus jamais ça. Il y a besoin de financer un pet-scan, les proches de madame pouvaient pas financer un pet-scan, du coup on a, il y a eu cet argent de débloqué, si jamais il y a évaluation médicosociale, et puis bon que un patient a besoin d'un (insiste sur "d'un") soin en particulier pour évaluer si y a une urgence vitale ou non, et bah ça sera à faire, quoi, voilà. Mais bon pour le moment on n'a pas encore mis ça en place parce qu'on n'en pas eu besoin, mais en même temps… »[62]

Aux marges de la légitimité à la PASS, c'est donc à un régime basé sur l'émotion et une certaine conception de l'innocence (la patiente a été trompée par des médecins en Géorgie qui l'ont poussée à venir se faire soigner en France) que l'on a affaire et qui invite à ne déroger à la règle que dans des situations exceptionnelles, aux marges de la marge. Les patients illégitimes catégorisés comme « profiteurs » illustrent la manière dont des demandes de soins aux origines historico-politiques complexes et pour lesquelles aucun débat politique n'existe sont gouvernées par le bas et de façon pragmatique au moyen d'une économie morale.

[61] Extrait d'entretien réalisé avec les assistantes sociales de la PASS d'un CHU d'une grande ville de province. Mars 2012, hôpital L.
[62] *Id. ibid.*

## 1 - 4 Les limites de l'exception : les soins coûteux

> « Quels que puissent être les rapports à cette profession (qui n'est en outre pas homogène), les acteurs se réfèrent aux valeurs de la médecine pour orienter, interpréter et donner un sens à leurs interactions. L'action des centres de soins gratuits [PASS] relève certes tout à la fois de l'intervention thérapeutique, du travail social et de l'assistance aux personnes défavorisées ; mais dans *l'univers médical*, c'est en ce qu'elle permet la prise en charge médicale de personnes malades qu'intervenants et patients la définissent. »[63]

Alors qu'I. Parizot observe dans l'assistance médicale à l'hôpital une primauté donnée à la dimension médicale qui dépasse les autres considérations (comme par exemple sur le statut social, la présence d'une couverture maladie ou le statut juridique), notre analyse ne lui donne pas une place aussi centrale. La primauté du médical connaît des limites et est remise en question régulièrement par d'autres « univers symboliques » pour reprendre les termes d'I. Parizot, comme celui de l'assistance, qui s'est focalisé sur les statuts administratifs du séjour des patients (cas des patients sous visa). À cela s'ajoute que l'aide dispensée par l'assistance est limitée dans sa quantité. Elle ne dispose que d'un budget restreint (MIG PASS), qui, lorsqu'il est dépassé, grève les finances de l'hôpital. Les dérogations, permises par la politique compassionnelle et qui étendent la primauté du médical, sont aussi circonscrites par la question financière, comme l'évoquent Éloïse Fradet et Corinne Deschamps, toutes deux responsables d'une PASS :

> **J.G.** : « Oui, mais c'est que ce qui est un peu contradictoire, c'est qu'ils [les patients sous visa] vont être pris en charge pour les consultations de médecine générale dans le cadre de la PASS, pour les consultations sociales… »
> **Éloïse Fradet** : « Y a un financement MIGAC, il y a un mandat pour ça ! On est là pour ça ! »
> **J.G.** : « Mais du coup les financements MIGAC ne peuvent pas financer des consultations en ambulatoire pour les spécialités ? »
> **Éloïse Fradet** : « La différence de coûts… une consultation c'est 23 euros. Nos budgets médicaments, pour la plus grande partie d'entre eux, c'est des ordonnances, on avait fait… à huit euros pièces ! Je veux dire… ça, on peut faire. Tandis qu'un traitement de radiothérapie, chimiothérapie, ou des choses comme ça, c'est des sommes qui sont considérables, qui n'ont rien à voir. »[64]

> **Corinne Deschamps** : « En ce moment, on a plus de problèmes avec des gens qui arrivent avec une dialyse, et ça c'est beaucoup plus emmerdant, parce que c'est des choses qu'on ne peut vraiment vraiment pas arrêter. Et qu'effectivement des gens qui arrivent sous visa avec des pathologies préexistantes, ou des cancéreux en phase terminale, ou des choses comme ça. Et ça ça ne peut pas passer en soins urgents et vitaux, c'est une dette pour l'hôpital, c'est tout. Et ça, c'est un vrai problème. C'est un vrai problème pour l'hôpital, parce que de toute façon éthiquement parlant tu ne peux pas les foutre dehors, tu ne vas pas les laisser mourir dans la rue, il ne faut quand même pas exagérer, mais en même temps c'est irrécouvrable. Ils sont en situation régulière, donc ils ne sont pas éligibles aux soins urgents et vitaux, ce sont les assurances qui sont trop restrictives, les assurances privées que les gens prennent ont mis la clause… »[65]

---

[63] Parizot, *op. cit.*, 2003, p. 14.

[64] Extrait d'entretien réalisé avec la médecin attachée responsable de la PASS d'un CHU d'une grande ville de province. Mars 2012, hôpital L.

[65] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Janvier 2011, hôpital B.

La limite de l'exception pour les patients ne répondant pas au critère de proximité et ne représentant pas de danger pour la santé publique se trouve dans le coût des soins. Ceux qu'on appelle les « migrants thérapeutiques », venus en France pour soigner une maladie grave à la thérapeutique lourde et coûteuse et ne pouvant pas être réalisée dans leur pays, posent un problème éthique à la PASS. La présence d'un visa de tourisme empêche toute prise en charge des frais du côté de l'assurance maladie[66]. Ces situations posent problème car elles opposent le critère de proximité, le principe de la primauté du médical et les contraintes budgétaires hospitalières : aucune solution n'étant proposée au niveau institutionnel ou des directions d'hôpital, la décision de prendre en charge ces patients repose souvent entre les mains des hospitaliers et de leur positionnement individuel par rapport à ces trois pôles[67].

## 1 - 5 Conclusion partielle

Le « patient sous visa », comme patient à la limite des critères d'inclusion au dispositif, souligne l'actualité du critère de proximité dans les politiques d'assistance et la centralité de la question de la citoyenneté dans la délimitation de la solidarité dans le domaine de la santé. L'exclusion des patients ne rentrant pas dans le cadre de l'assistance passe par une condamnation d'un comportement jugé comme moralement nuisible au système d'assistance : l'étranger de passage qui vient profiter du système de santé. Cependant, ce critère de proximité change d'échelle ; alors que R. Castel et I. Astier[68] voient l'assistance comme une « protection rapprochée » qui s'exerce au niveau de la commune, le cas des PASS (mais aussi celui de l'AME) et des migrants sous visa montre que la solidarité assistancielle en santé s'exerce sur le territoire national et est essentiellement liée à la question de la citoyenneté, soulignant une configuration du gouvernement de ces populations à une échelle plus globale. L'usage des catégories de la citoyenneté par les professionnels fait preuve d'une certaine flexibilité. La légitimité des patients en situation irrégulière ou celle des patients sous visa qui souhaitent s'établir en France révèlent une gouvernementalité pragmatique qui s'accommode du cadre restreint offert par les politiques de la citoyenneté. La société française héberge de nombreux non-citoyens et citoyens « bridés »[69] (touristes, ressortissants européens pauvres, demandeurs

[66] À part l'AME à titre humanitaire, mais celle-ci n'est jamais accordée dans les cas rencontrées dans les PASS. Cf. la section 2 (« L'inefficace invocation de la « raison humanitaire » dans le chapitre 8 (« Les exclus de la couverture maladie et les périls de l'action associative ») de la thèse en cours de préparation de Caroline Izambert, *Les politiques publiques et la santé des étrangers en France de 1975 à nos jours*. Thèse d'histoire sous la direction de Nancy Green, Centre de Recherche Historique, EHESS, Paris, en cours de préparation.

[67] Nous reviendrons sur la question du migrant thérapeutique dans le chapitre suivant.

[68] Castel, *op. cit.*, 1995 ; Astier, Isabelle, « Le contrat d'insertion. Une façon de payer de sa personne? », *Politix*, vol. 9, n° 34, 1996, p. 99-113.

[69] Pour reprendre la terminologie utilisée par Sébastien Chauvin dans « En attendant les papiers. L'affiliation bridée des migrants irréguliers aux États-Unis ? », *Politix*, vol. 87, n° 3, 2009, p. 47-69.

d'asile, etc.) qu'elle compte bien gouverner sans pour autant leur reconnaître les droits politiques et sociaux associés à une citoyenneté pleine et entière.

La raison humanitaire et la compassion s'ancrent également parmi les critères traditionnels de l'assistance et les réagencent, supplantant ainsi de manière ponctuelle la condition de proximité chez les personnes méritant la compassion. Les critères moraux de la compassion se basent, eux-aussi, sur une vision duale du migrant : il y a les bons migrants et les mauvais migrants[70], ceux chez qui on reconnait la souffrance, l'innocence ou le mérite et ceux chez qui on ne les reconnaît pas. Cela est particulièrement visible chez les immigrants nouvellement arrivés en France et qui sont jugés sur les motivations de leur migration et en fonction du registre moral dans lequel les professionnels les classent. On ne reconnait pas la souffrance ou l'innocence chez tous les migrants de la même manière, celle des « réfugiés » fuyant des régimes politiques répressifs est digne d'empathie, alors qu'on accorde moins de valeurs à celle du migrant économique et aucune à celle du migrant thérapeutique (qu'il ait accès ou non aux soins dans son pays).

La notion du mérite (*deservingness*), étudiée dans les *migration studies*, est présente ici dans sa polysémie qui a été mise en lumière par Sébastien Chauvin et Blanca Garcés-Mascareña[71]. Analysant les différents processus conduisant les étrangers en situation irrégulière vers une illégalité moins grande (*becoming less illegal*), ils identifient deux grandes tendances. D'une part, le mérite est reconnu dans la plus-value que l'immigrant apporte ou pourrait apporter à la société : il faut qu'il montre ses capacités d'intégration dans la société, sa volonté de travailler pour mériter sa place (de manière active), dans une perspective d'immigration par/pour le travail. Cette conception du mérite est centrale à la PASS et se retrouve en partie dans le critère de proximité qui est basé, entre autres, sur la participation du demandeur de l'aide à la vie sociale de la communauté (incarnée dans le thème du projet de vie à la PASS). Elle est également implicitement reconnue chez les patients vivant de manière stable en France. Dans un autre cadre, le mérite peut être attribué exceptionnellement dans la reconnaissance de la souffrance, concrétisée dans la fuite d'un pays en guerre. Les « réfugiés » et les « exilés », immigrants malgré eux, méritent l'accès aux soins parce qu'ils ont souffert et qu'ils ne l'ont pas choisi.

La valorisation des pauvres méritants — et la condamnation des « profiteurs » et des « fainéants » — souligne cependant une incohérence dans le pragmatisme que nous avons identifié. La condamnation morale des patients ne remplissant pas le critère de proximité

[70] Mathilde Darley (*op. cit.*, 2010) a aussi mis en lumière une distinction opérée par les professionnels des centres de rétention administrative entre des « bons » et des « mauvais » migrants, entre la figure du « réfugié » et celle du « clandestin ».

[71] Chauvin, Sébastien et Blanca Garcés-Mascareñas, « Becoming Less Illegal: Deservingness Frames and Undocumented Migrant Incorporation: Becoming Less Illegal », *Sociology Compass*, vol. 8, n°4, Avril 2014, p. 422-432. Sur la notion de *deservingness*, voir aussi Chauvin, Sébastien, Blanca Garcés-Mascareñas et Albert Kraler, « Employment and Migrant Deservingness », *International Migration*, vol. 51, n° 6, Décembre 2013, p. 80-85.

correspond à une solution pour exclure les patients tout en ignorant la dimension historico-politique de leur demande. C'est ce que nous verrons dans la prochaine partie à propos des patients catégorisés comme « fainéants » en répondant à la question suivante : qu'est-ce qui explique la condamnation morale et l'exclusion de patients qui répondent au critère de proximité ?

## 2 LE PATIENT « FAINÉANT »

La catégorie du « réfugié » construite subjectivement par les professionnels de la PASS s'éloigne de l'analyse de la compassion que V. Dubois a proposée à partir des observations des relations au guichet des Caisses d'allocations familiales. Ce dernier voit dans la compassion une attitude caractéristique d'une nouvelle forme de gouvernement des pauvres dans laquelle l'agent du guichet applique la « bonne morale sociale ». Le « bon pauvre » doit montrer sa « bonne volonté » et son « allégeance à cette morale »[72]. Le « mauvais pauvre » est, au contraire, celui qui ne ferait rien pour s'en sortir.

> **Situation n° 5 :** Un homme entre dans le bureau de l'assistante sociale. Sur son dossier il est inscrit qu'il est venu la dernière fois en septembre 2011 [soit sept mois auparavant]. Il est originaire du Mali. Il avait fait un dossier d'AME qui a été refusé en septembre. Mais il ne s'est pas occupé de régler ce problème. L'assistante sociale lui dit qu'il aurait fallu revenir. Il lui répond qu'il peut ramener la lettre de refus et son dossier la prochaine fois. Elle lui dit que la consultation coûte 23 €, que ce n'est pas gratuit. Elle lui fait quand même un bon PASS pour aujourd'hui. Elle lui propose de revenir la semaine prochaine pour régler le dossier d'AME. Une fois le patient parti, elle m'explique que ça arrive souvent que des patients viennent pour avoir le tampon Apollinaire [qui permet d'être intégré à la PASS], mais ne s'occupent pas de faire les démarches administratives.[73]

Une situation souvent rencontrée — et qui mène à des refus de prise en charge à la PASS ou, plus régulièrement, à des menaces de refus de prise en charge — concerne les patients ayant déjà bénéficié une fois du dispositif PASS et qui y reviennent (soit plus tard, soit dans la continuité de leur prise en charge initiale). S'il s'avère que ces patients n'ont pas rempli la condition officieuse des démarches pour l'acquisition d'une couverture maladie, ils risquent de se confronter à un refus de la part de l'assistante sociale. Cette situation a été évoquée au chapitre V (1-3) pour illustrer les tensions entre la norme de la solvabilité du patient et celle du soin. Dans le contexte assistanciel, la démarche d'acquisition d'une couverture maladie — faite condition à l'accès au dispositif — éclaire une autre dimension de la distinction entre

[72] Dubois, *op. cit.*, 2010, p. 123.

[73] Extraits de carnet de terrain, bureau de l'assistante sociale, PASS Apollinaire, hôpital C, mars 2012.

« bons » et « mauvais » patients, entre patients légitimes et patients illégitimes[74]. Pour mériter l'aide, le patient doit montrer sa bonne volonté et son adhésion au système d'assistance. Une des conditions des politiques d'assistance modernes identifiée par R. Castel est la recherche de « l'insertion » :

> « La notion d'insertion désigne ce mode original d'intervention et se donne avec le contrat sa méthodologie : construire un projet qui engage la double responsabilité de l'allocataire et de la communauté, et doit déboucher sur la réinscription du bénéficiaire dans le régime commun. »[75]

Le principe d'action de la PASS, en tant que passerelle vers le droit commun, part de l'idée que l'insertion de l'individu dans le système de santé doit être garantie par l'État (agissant au travers de l'assistance), reconnaissant ainsi que son défaut est en partie de sa responsabilité (et non pas seulement celle de l'individu). Pour montrer son adhésion au système d'insertion par l'assistance, le patient doit se soumettre à l'activité d'acquisition d'une couverture maladie. Comme l'a expliqué I. Astier, les systèmes d'aide modernes ont été élaborés pour lutter contre « l'assistanat » qui est décrié, et pour mener à « l'autonomie » érigée comme norme sociale et supposant un usager actif qui a besoin d'être accompagné pour produire de « l'utilité sociale ». *In fine*, la démarche d'autonomie permet de placer la responsabilité sur l'individu, en cas de réussite comme en cas d'échec[76]. Les rouages de cette version moderne de l'assistance restent les mêmes que ceux des précédentes : ils permettent de distinguer les bons des mauvais des pauvres en condamnant une certaine forme de paresse qui serait l'origine de la mauvaise pauvreté. De la même manière que la reconnaissance de l'innocence ou l'activation de la compassion, la condamnation morale et individuelle des demandeurs de l'aide voile les causes structurelles de l'échec de l'insertion, mais permet de maintenir l'illusion d'une société capable d'intégrer les plus pauvres (qui le souhaitent).

Dans l'échange suivant, on voit comment la prestation de soin est attachée à la mission d'insertion :

> **J.G.** : « Mais en fait, du coup, parce que ce qu'on explique aux patients c'est qu'on va avoir un bon PASS de un mois ou trois mois, on va leur dire que les soins ne sont pas gratuits, qu'on va juste bloquer les factures en attendant de, de rentrer dans le droit commun pour éventuellement avoir un remboursement ? »
> **A.S. des urgences** : « Bah, on n'effraie pas les gens quand même. On leur dit qu'effectivement les factures sont bloquées et qu'on attend que les démarches soient faites. Qu'ils reviennent nous voir et éventuellement, si ce n'était pas fait, la facture sera à leur charge. Mais on laisse aussi,

[74] On retrouve aussi une distinction similaire entre « pauvre volontaire » et « pauvre involontaire » soulignée par I. Astier (*Revenu minimum et souci d'insertion*, Paris, France, Desclée de Brouwer, 1997, 276 p.). Cette distinction permet de justifier l'attribution du RMI ou non. Cette distinction renvoie à la distinction de R. Castel (*op. cit.*, 1995) entre le pauvre en incapacité de travailler (handicapologie), digne de l'aide, et celui capable, indigne de l'aide.

[75] Castel, *op. cit*, 1995, p. 696.

[76] Astier, Isabelle, « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations sociales*, n° 2, 2009, p. 52-58.

pour les gens les plus angoissés, entrevoir que s'il y avait une difficulté, on trouverait une solution. Mais on ne leur dit pas que la facture sera liquidée automatiquement, mais il y a quand même des moyens de ne pas affoler les gens… »

**A.S. de la maternité** : « C'est toute la différence d'un travail en continuité dans les soins, comme ça peut l'être en maternité, même en gynécologie, quand il y a des suivis par rapport à des cancers ou des trucs comme ça, en médecine interne, etc., etc. […] On sait qu'on va les voir sur deux, trois mois, ce n'est pas la même chose que quand ils viennent une fois aux urgences et qu'on sait qu'on ne les reverra jamais. Il y a le risque de ne jamais les revoir, et par rapport aussi à leur situation de vie. »

**J.G.** : « Donc là, ce que vous êtes en train de dire, c'est que les patients doivent revenir pour qu'on régularise leur situation, parce que sinon la facture ne sera pas bloquée. Donc la politique de l'hôpital, c'est de dire "on ne fait pas des soins gratuits, mais on bloque la facture jusqu'à ce qu'on se fasse rembourser." […] Mais là, quand on coche la case un mois ou trois mois [sur le bon PASS], aux traitements externes, ça veut dire que la facture, si elle n'a pas été réglée… »

**A.S. des urgences** : « Non, parce que, en fait, les traitements externes, si vous voulez, on a un tableau commun, on marque l'évolution des situations, si c'est régularisé ou pas, si c'est une PASS définitive ou pas [dans ce cas-là aucune facture ne peut être envoyée] et si on a envie que des factures soient débloquées, c'est nous qui le demandons. Sinon c'est bloqué. […] Et donc voilà. Et là, les factures ne sont débloquées — et ça, ça a été vu avec les différentes cadres — que si on le demande. Et si on demande le déblocage des factures c'est parce qu'effectivement les gens n'auront pas fait certaines choses, c'est qu'on estime que… Mais voilà une facture ne sera jamais débloquée si, nous, on ne l'a pas demandé. »

**J.G.** : « Et on va débloquer une facture quand les gens ne sont pas revenus pour faire une demande d'AME ou… ? »

**A.S. des urgences** : « Des gens a priori qui seraient tout à fait capables de faire les démarches, à qui on demande de venir, enfin, qu'on convoque sur rendez-vous, qui ne vont pas venir ou qui vont venir quand ils en ont envie, sans les bons papiers, alors que les droits auraient pu être ouverts. Et en parallèle, ces gens-là, ils vous demandent un accès aux soins illimité, voilà, enfin c'est un peu de la bobologie. Donc dans ces cas-là, on dit "non, bah écoutez…" […] Mais bon, c'est rare, mais ça peut arriver. On ne va pas passer un an à mettre des gens dans la PASS, sinon ce n'est pas possible. S'il y a une possibilité d'avoir des ouvertures de droits et que pendant six mois vous avez vu la personne dix fois et qu'elle ne vous a pas apporté les bons papiers ou qu'elle ne pouvait pas… Enfin, je veux dire au bout d'un moment, il ne faut pas se moquer du monde… Faut la faire réagir, cette personne ! Ça ne veut pas dire forcément que la facture, elle va la payer, mais en tout cas le fait de voir la facture, elle va réagir différemment, ça fait toujours son effet. »

**J.G.** : « C'est donc un espèce de moyen de pression ? » (sur le ton de l'humour)

**A.S. des urgences** : « Voilà, c'est un moyen de pression. Mais bon, après j'ai des collègues qui ne fonctionnent pas comme ça, je veux dire c'est mon moyen de pression (rires). »

**A.S. de la maternité** : (elle compare) « Mais nous, on n'est pas vraiment dans la même chose, quand j'étais aux urgences, je fonctionnais de la même manière que toi, parce que effectivement, voilà, on revoit la même personne arriver trois ans après, refaire son Aide médicale, qu'elle n'a pas renouvelée depuis six mois et qu'elle vient avec 40 factures, parce qu'elle est passée 12 fois aux urgences, à un moment donné, c'est aussi, c'est leur vie… »[77]

On lit dans ces propos la réprobation du comportement des patients qui ne s'exécutent pas. Ces patients sont identifiés par les professionnels comme de « mauvais élèves », des « fainéants ». Il y a un sentiment de tromperie (*« Enfin, je veux dire au bout d'un moment, il ne faut pas se moquer du monde… »*) ressenti par les assistantes sociales qui y voient un comportement de profiteur dans l'attitude des patients ne se pliant pas aux démarches administratives

[77] Extrait d'entretien réalisé avec les assistantes sociales des urgences et de la maternité d'un CHU d'une ville de la banlieue parisienne défavorisée. PASS transversale. Janvier 2011, hôpital K.

d'acquisition d'une couverture maladie celui de profiteurs. Ces patients rompent le contrat de l'aide qui marchande prestation de soin contre insertion dans le système de couverture maladie. Dans les représentations des professionnels, ces patients ont une attitude intéressée et égoïste qui entre en contradiction avec la conception qu'ils ont du système de santé public (hôpital, assurance et assistance), basée sur la solidarité et le respect d'un contrat. Pour éviter cette identification, le patient va devoir démontrer lors de l'entretien social que sa situation n'est pas le résultat de sa mauvaise volonté, mais, au contraire, d'événements indépendants de cette dernière (blocage administratif, situation sociale particulièrement compliquée, etc.). On reconnaît dans la figure du « fainéant » le « mauvais pauvre » d'antan qui ne remplissait pas la condition d'incapacité de travail. Hier « oisif », aujourd'hui « fainéant » ou « fraudeur », on retrouve ici la condamnation morale et séculaire de la paresse, trait de caractère associé à la (mauvaise) pauvreté[78].

Dans le cas du patient « fainéant », la condamnation morale est reliée à un mauvais usage de la structure assistancielle, dans le sens où il ne respecte pas la logique d'insertion. Elle permet de rejeter la faute sur l'individu et ignore les aspects structurels menant à ces comportements. L'analyse de notre terrain met en lumière d'autres éléments : la dimension de contrôle présente à la PASS en tant qu'organe de l'État travaillant auprès d'individus vivant pour une grande part d'entre eux dans la clandestinité, les conditions de vie et les dispositions des patients, tout comme les conséquences pour les patients de la focalisation budgétaire, et les différences de pratiques entre les PASS qui tendent également à rendre les patients méfiants.

## 2 - 1 Les conditions de vie des patients

> **J.G.** : « Parce que du coup, c'est à toi de remplir les dossier d'AME…? »
> **Nicolas Favry** : « Voilà, alors j'essaye de rendre un peu les gens responsables pour renouveler les dossiers, mais si les gens maîtrisent pas la langue, etc. ou maîtrisent pas l'écriture, c'est pas la Sécurité sociale qui va les aider à remplir. »[79]

Le contrat d'insertion, réalisé par l'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie, se confronte à des difficultés liées aux conditions de vie des patients. Pour une grande part, les patients de la PASS sont particulièrement démunis en termes de ressources et de connaissances pour s'en sortir dans le système de soin ou dans des démarches administratives. La précarité économique et la nécessité de faire face aux problèmes du quotidien entraînent des difficultés à se projeter dans l'avenir : pourvoir aux besoins de base est souvent prioritaire par rapport à

[78] Castel, *op. cit.*, 1995, p. 96 et suiv.
[79] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistant social d'une PASS d'un CHU d'une ville moyenne de province. Mars 2012, hôpital E.

la santé[80] et *a fortiori* par rapport à l'acquisition d'une couverture maladie. Cette hiérarchisation des priorités s'ajoute à des difficultés pratiques : rassembler les documents nécessaires, même s'ils sont peu nombreux, peut être réellement compliqué pour des personnes migrantes, vivant à la rue ou hébergées par des tiers, fuyant des persécutions, etc. ; se rendre à l'hôpital ou à la caisse d'assurance maladie peut aussi comporter des risques pour les personnes en situation irrégulière, être compromis par des difficultés financières empêchant de payer les transports, par l'obligation de garder des enfants, de travailler, etc. L'incapacité à se repérer dans le système de santé, la méconnaissance de ses droits, la mauvaise, voire l'absence, de maîtrise des compétences nécessaires pour effectuer des démarches administratives, l'incompréhension de la langue française, sont autant de barrières qui s'accumulent avec un effet multiplicateur : l'addition de plusieurs de ces barrières démultiplie de manière exponentielle les chances que ces démarches administratives échouent. Comme on l'a vu, une des particularités du sous-champ du soin de la précarité est d'adapter la prise en charge aux difficultés que rencontrent les patients, cela peut signifier d'adapter l'offre aux patients, en proposant des consultations médicales et sociales sans rendez-vous, de l'interprétariat par téléphone par exemple, ou d'aller chercher les populations précaires là où elles sont et de pratiquer « l'aller-vers ». C'est ce qui a été expérimenté dans la PASS de l'hôpital K avec la mise en place de « l'omnibus », une PASS mobile allant à la rencontre des populations démunies, notamment aux abords des foyers de travailleurs migrants. Cette adaptation de la prise en charge n'est pas nouvelle pour les travailleurs sociaux pour qui la prise en compte des différents aspects de la vie sociale qui gêneraient la prise en charge médicale (et tout particulièrement la sortie d'hospitalisation) est l'une des bases du travail social hospitalier.

> **Corinne Deschamps** : « C'est sûr que la meilleure manière de ne pas s'occuper de ses patients, c'est de ne pas se rendre disponible. Si tu leur dis "il faut prendre un rendez-vous ! Dans deux semaines, venez à mon bureau", c'est sûr, tu vas les décourager. Donc l'idée c'est quand même de se dire que le patient précaire est vulnérable à la complexité et que c'est à nous de nous adapter à ces patients, et non pas aux patients de s'adapter aux institutions. Donc moi ce que j'attends des assistantes sociales qui travaillent chez moi, c'est qu'elles s'adaptent au patient, et non pas que les patients s'adaptent à elles. [...] [Un peu plus tard à propos des populations rroms] Non, non, nous n'avons pas de problèmes avec les Roms, ils sont plutôt gentils, ils obtempèrent, ils nous ramènent même des fois trop de papiers. Non vraiment, on n'a pas de problèmes avec les Roms. Ce n'est pas eux qui nous font des simulations pas possibles ou qui arrivent, tu vois, avec des prises en charge, etc. On n'a pas de problèmes particuliers avec les Roms. Bon, à partir du moment où on les prend en charge correctement, qu'on sait que ce n'est pas la peine de leur donner un rendez-vous dans 15 jours parce qu'ils ne viendront pas, et qu'on fait la photo tout de suite, et qu'on fait signer le papier tout de suite, et qu'on leur demande les papiers tout de suite. Donc tu vois, on s'adapte. »[81]

[80] Ménoret-Calles, Brigitte, *L'accès aux soins des populations démunies. Situation et perspectives en 1996*, Paris, France, 1997, 175 p.

[81] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Janvier 2011, hôpital B.

Cette approche adaptée du contact avec le patient peut se révéler très efficace lorsqu'il s'agit de l'accès aux droits (et du travail d'insertion). Comme on l'a vu dans le chapitre IV, le service social de l'hôpital B a mis en place tout un dispositif qui vise à optimiser l'accès à une couverture maladie ou une prise en charge pour le patient : envoi des dossiers AME dès la première rencontre avec le travailleur social, prise de la photo d'identité sur place, étroite collaboration avec les services de la CPAM, etc. L'adaptation de la structure aux difficultés des patients semble être une pratique qui s'ajuste bien à l'activité d'accès aux droits. La catégorisation en tant que « fainéant » ou « tricheur » est d'ailleurs beaucoup plus rare dans les PASS proches de l'espace du soin de la précarité et où un travail de formation sur les problématiques croisant santé et précarité a été fait auprès des professionnels. Ces PASS se sont donc adaptées aux difficultés de leurs patients, mais des difficultés structurelles gênent tout de même l'adhésion de certains patients à la logique d'insertion. La contradiction entre les intérêts des patients et ceux des professionnels (et de l'institution) se poursuit donc et la condamnation morale fortement enracinée dans l'assistance prend le relai de la posture compréhensive. L'adaptation de la structure joue ici comme un filtre supplémentaire permettant de trier les patients : ceux qui ne veulent pas se plier à la logique d'insertion, alors même que l'organisation s'adapte à eux, sont donc forcément de vrais « mauvais pauvres » ou des pauvres ignorant ce qui est bon pour eux. Parfois, cette contradiction est simplement reconnue, comme à l'hôpital B, où la contrainte de l'insertion se transforme en une contrainte de solvabilisation qui sert avant tout à l'équilibre budgétaire de l'hôpital. Dans tous les cas, l'activité d'insertion grâce à l'acquisition d'une couverture maladie reste un passage obligé, montrant ainsi que l'intérêt supérieur du patient ne prévaut pas à l'équilibre budgétaire de l'hôpital.

## 2 - 2 Les limites de l'adaptation : la dimension de contrôle de la PASS

> **Corinne Deschamps** : « Si les A.S., elles te disent "rien à foutre, moi, je ne fais pas à la place des gens", "bah oui, ma chérie, tu ne fais pas à la place des gens, mais lui il ne te ramène pas les papiers, si tu ne le bouscules pas". Nous, il y a des gens, on les force presque à s'asseoir entre guillemets pour signer leur AME, ils en n'ont rien à foutre eux d'avoir une AME, eux, ils viennent se faire soigner, on leur dit "ah oui, oui d'accord, il n'y a pas de problème, vous y allez, mais vous allez la faire, la demande d'Aide médicale, si vous ne voulez pas faire la demande d'Aide médicale, c'est votre choix, je ne vous oblige pas à le faire, mais vous payez", à un moment donné, il faut savoir, tu ne peux pas non plus… si tu veux, il existe un dispositif qui leur permet d'être pris en charge, tu ne peux pas leur dire non plus "écoutez, ne faites pas, mais nous, on va payer". À un moment donné, il faut quand même qu'ils prennent aussi leurs responsabilités. Bon après, en général les gens ils ne comprennent pas trop, parce qu'ils ne savent même pas qu'ils ont des droits. Et en général quand ils disent "non", c'est qu'ils ont peur d'être fichés. Quand tu les convaincs que ce n'est pas un fichage, que c'est vraiment un accès pour eux… »[82]

[82] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Janvier 2011, hôpital B.

L'infirmière de la PASS de l'hôpital D évoque également la peur éprouvée par des patients et provoquée par les pratiques des professionnels des PASS :

> **J.G.** : « Et du coup, ils reviennent ici [quand ils ont reçu une facture] ? »
> **Marie Boucaux** : « Ah bah ils reviennent ici paniqués, parce que déjà, ils sont dans l'illégalité la plus totale, ils se sont servis de papiers de cousins, de frangins, de faux papiers, pour venir en France, ils ont cette épée de Damocles de se faire attraper par la police, donc ils viennent ici, déjà, quand ils connaissent pas, ils sont pas très en confiance, et après ils reçoivent des factures avec l'entête de la trésorerie principale de France, souvent ça leur fait peur. »[83]

Le premier extrait d'entretien illustre bien le décalage qui peut exister entre les attentes des professionnels de la PASS et celles des patients. Les normes de l'insertion et de l'acquisition d'une couverture maladie entrent en contradiction avec l'ouverture de l'hôpital, sa mission d'hospitalité et d'accès aux soins largement basée sur un principe de gratuité (principe rappelé dans tous les textes officiels sur la PASS). La possibilité de la gratuité et celle d'obtenir des soins en l'absence de papiers d'identité sont d'ailleurs rappelées et revendiquées par certains acteurs et reste une éventualité. Mais les contextes assistanciel et hospitalier de la PASS créent un cadre incitant à un mode d'interaction prescriptif largement basé sur deux éléments : la nécessité de rendre les patients solvables dans un contexte budgétaire contraint et une croyance en l'intérêt supérieur du patient en ce qui concerne son insertion sociale (qui s'appuie par ailleurs sur une littérature grise confirmant l'importance de la couverture maladie dans l'insertion sociale des précaires). Ce deuxième élément mérite qu'on s'y attarde un peu car il éclaire la PASS comme un « lieu d'enjeux micro-politiques », surtout lorsque la « préoccupation pour le "bien" d'une personne s'articule [à d'autres] intérêts »[84]. L'intérêt supérieur du patient réside-t-il toujours dans l'acquisition d'une couverture maladie ? En adoptant une posture compréhensive, on s'aperçoit que les patients n'ont pas toujours, sinon les mêmes priorités, au moins les mêmes perceptions, que les professionnels. S'ils se rendent à la PASS pour obtenir des soins, la volonté d'acquérir une couverture maladie n'est pas toujours présente (même si elle l'est la plupart du temps). Or, la pression que les professionnels des PASS exercent sur les patients pour qu'ils réalisent les démarches administratives n'éveillent pas leur confiance. La peur que ces patients, souvent en situation administrative irrégulière ou précaire, peuvent avoir à l'égard des institutions et en particulier du contrôle qu'elles tentent d'avoir sur eux explique en grande partie ce décalage.

---

[83] Extrait d'entretien réalisé avec l'infirmière référente de la PASS d'un CHU d'une banlieue parisienne plutôt favorisée. Mars 2012, hôpital D.

[84] Béliard, Aude, Aurélie Damamme, Jean-Sébastien Eideliman et Delphine Moreau, « "C'est pour son bien". La décision pour autrui comme enjeu micro-politique », *Sciences Sociales et Santé*, n° 3, Septembre 2015, p. 6 et 8. Cette question est, à notre sens, d'autant plus importante que les étrangers en situation administrative précaire sont des groupes sociaux particulièrement dominés et dont la relation avec les représentants des administrations est très peu problématisée, aussi bien par les professionnels eux-mêmes que dans le monde académique. Leur absence / peu / méconnaissance des droits, de référents culturels, de la langue, de l'administration, etc. les rend souvent passifs et soumis dans leurs relations à l'administration et les frontières entre la décision éclairée et la décision pour autrui sont très difficiles à discerner, que ce soit au niveau médical ou au niveau du travail social. Nous reviendrons sur le décalage entre l'intérêt du patient et les décisions de soin dans le chapitre suivant.

Il existe un paradoxe de taille entre le statut illégal de ces patients — qui sont menacés d'être expulsés, ce que Nicholas De Genova appelle la *deportability*[85], ce que l'infirmière Marie Boucaux évoque à travers l'image de l'épée de Damocles — et le caractère légal de l'Aide médicale d'État et les administrations de santé qui proposent à ces illégaux une couverture maladie légale. Ce grand écart entre des des institutions de l'État nécessite une « ignorance fonctionnelle » (« *functional ignorance* ») qui permet une séparation entre le statut d'immigration et certains droits sociaux[86].

### 2 - 2 - 1 Des problèmes structurels liés à la précarité du statut de séjour

On a vu que les patients des PASS de villes sont dans leur grande majorité des immigrés, vivant dans des situations très précaires (absence de logement stable, de revenus, de travail, etc.) et dans des situations administratives précaires (dont l'irrégularité pour un bon nombre d'entre eux). Ceux qui ne sont pas en situation de *deportability* immédiate (menace d'enfermement et d'expulsion)[87], le sont le plus souvent sur le moyen terme (qu'ils soient sous visa ou en attente d'une décision pour le statut de réfugié). Une grande partie d'entre eux est arrivée en France depuis peu de temps (moins d'un an), ne maîtrise ni les codes culturels, ni la langue, pas plus qu'elle ne possède les savoirs nécessaires pour s'orienter dans le système de santé. En ce sens, ces patients s'écartent des immigrés en situation irrégulière décrit dans les études récentes qui ont dénoncé de nombreuses idées fausses à leur sujet et ont montré leur intégration sur le marché du travail[88] et dans la société (école, église, communauté, etc.) laissant entrevoir une « citoyenneté informelle »[89]. Ces travailleurs immigrés, dans le bâtiment et les services, subissent des conditions de travail précaires, sans droits, caractéristiques des effets de la mondialisation dans les « villes globales »[90]. Les études les plus récentes se sont penchées sur les espaces de contestation et d'expression politique qui sont issus de ces groupes, comme les luttes de sans-

---

[85] De Genova, Nicholas P., « Migrant « Illegality » and Deportability in Everyday Life », *Annual Review of Anthropology*, vol. 31, n° 1, Octobre 2002, p. 419-447. Il est peut-être important que le terme américain de *deportation* n'a pas les mêmes connotations que son homonyme français. Le terme anglais est celui usuel pour parler de l'expulsion des étrangers en situation irrégulière.

[86] L'« ignorance fonctionnelle » désigne la séparation d'institutions publiques qui ont des demandes antithétiques, rendant possible l'existence de « *paradox-free space* » qui assure à des étrangers en situations irrégulières un accès aux soins sans risquer l'expulsion. M. Chimienti et J. Solomos montrent que cette « ignorance fonctionnelle » n'est possible que lorsqu'il existe un certain niveau d'indépendance entre les politiques migratoires et de santé. Voir Karl-Trummer, Ursula, Sonja Novak-Zezula et Birgit Metzler, « Managing a Paradox: Health Care for Undocumented Migrants in the EU », *Finnish Journal of Ethnicity and Migration*, vol. 4, n° 2, 2009, p. 53-60 et Chimienti, Milena et Solomos John, « How do international human rights influence national healthcare provisions for irregular migrants? A case study in France and the United Kingdom », *Journal of Human Rights*, vol. 15, n° 2, Avril 2016, pp. 208-228.

[87] De Genova, *op. cit.*, 2002.

[88] Jounin, Nicolas, *Chantier interdit au public: enquête parmi les travailleurs du bâtiment*, Paris, France, La Découverte, 2008, 274 p.

[89] Sassen, Saskia, « The repositioning of citizenship. Emergent subjects and spaces for politics », *Berkeley journal of sociology*, 2002, p. 4-26.

[90] Sassen, Saskia, *La ville globale. New York, Londres, Tokyo*, traduit par Denis-Armand Canal, Paris, France, Descartes & Cie, 1996, 530 p. ; pour une version plus courte et actualisée, voir Sassen Saskia, « Introduire le concept de ville globale », *Raisons politiques*, n° 3, 2004, p. 9-23.

papiers en France par exemple[91]. Elles ont aussi remis en cause l'idée d'invisibilité des immigrés en situation irrégulière et préfèrent l'utilisation des notions de « *undocumented closet* » (qu'on pourrait traduire par « placard de l'irrégularité ») et de camouflage[92]. Ces catégories de migrants sont ceux qu'on retrouve en grand nombre parmi les bénéficiaires de l'AME. Présents également à la PASS, ces immigrés sans-papiers sont plus enclins à faire les démarches pour l'acquisition d'une couverture maladie dont ils comprennent l'utilité et dans laquelle ils voient un accès à une certaine forme de citoyenneté.

Les autres patients qui se rendent à la PASS sont souvent au début de leur carrière d'immigré et n'ont pas encore les ressources et les savoir-faire pratiques nécessaires à leur vie de clandestin. Ils sont à un moment particulièrement exposé de leur carrière et ont donc peur de ce manque de camouflage qui leur permettrait de dissimuler leur irrégularité. Les réticences face à l'injonction à l'accès à la couverture maladie et à la logique d'insertion de la part de certains patients des PASS révèlent leur vulnérabilité causée par leur statut administratif précaire face aux administrations de police. Elles correspondent à une situation particulière qui entre en contradiction avec les stratégies qu'ils développent tous les jours dans les autres domaines de leur vie sociale afin de rester en situation de camouflage. À la PASS, on les force parfois à sortir du placard à un moment où ils sont particulièrement vulnérables (malades et souvent nouvellement arrivés).

### 2 - 2 - 2 La fragile « ignorance fonctionnelle »[93] entre institutions de santé et institutions policières

À la PASS, les démarches administratives pour acquérir une couverture maladie sont vues comme le moyen pour les patients de s'insérer dans le système de santé (et par extension dans la société) et, dans une posture professionnelle organisationnelle, comme un moyen de participer à l'équilibre budgétaire de l'hôpital. Il y a donc une incompréhension de la réticence des patients qui est presque toujours vue comme infondée ou en tout cas non justifiée. On comprend que la condamnation morale de la fainéantise ou de la malhonnêteté de la part des professionnels

[91] Jounin, Nicolas, « Aux origines des "travailleurs sans papiers". Les spécificités d'un groupe au service d'une identification généraliste », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 30, n° 1, 3 Octobre 2014, p. 131-152 ; Barron, Pierre, Anne Bory, Sébastien Chauvin, Nicolas Jounin et Lucie Tourette, « L'intérim en grève: la mobilisation des travailleurs sans papiers intérimaires », *Savoir/Agir* , n° 12, p. 19-26.

[92] Voir notamment S. Chauvin et B. Garcés-Mascarenas, *op. cit.*, 2014. Le *camouflage* permet de décrire la situation d'invisibilité à l'intérieur de la visibilité (les immigrés en situation irrégulières sont visibles et présents dans la vie sociale de tous les jours, mais ne sont pas identifiés comme tels). Le *closet*, analogie empruntée au langage commun pour parler des personnes homosexuelles n'ayant pas fait leur *coming out*, souligne le caractère dissimulable du stigmate (Goffman, Erving, *Stigmate. les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éd. de Minuit, 1975, 175 p.). Il souligne la possibilité d'une dissimulation partielle selon les espaces sociaux (privés, publics, travail, école, etc.) et son caractère secret. Il montre également la tension entre le véritable statut et le statut perçu. « Être dans le placard », loin de se résumer à un état d'impuissance passive, permet de passer aux yeux du monde pour un étranger en situation régulière et donc d'avoir des expériences réservées aux personnes en situation régulière.

[93] Karl-Trummer, Novak-Zezula et Metzler, *op. cit.*, 2009.

soit une réaction plus aisée à formuler qu'une critique de l'institution dans laquelle ils travaillent qui entrerait en contradiction avec les valeurs qu'ils voient en elle et à l'égard de laquelle ils éprouvent souvent de la loyauté.

La séparation stricte entre, d'une part, les administrations de santé, de couverture maladie et d'assistance et, d'autre part, les administrations de police est le postula fondamental sur lequel repose l'action des professionnels de la PASS dans le domaine de l'insertion. Mais cette séparation est toute relative. Tout d'abord parce que l'utilisation par les administrations de santé (dont la PASS comme on vient de le voir) des catégories des administrations s'occupant des questions relatives aux étrangers est présente. L'irrégularité du séjour comme condition de l'accès à la couverture maladie n'en est que l'exemple le plus flagrant[94]. Cette schizophrénie entre les différentes administrations publiques peut ne pas aller de soi pour les patients qui n'en sont pas familiers (et même pour ceux qui le sont). C'est ce qu'évoquent les deux enquêtées dans les extraits d'entretien cités au début de cette sous-partie. Corinne Deschamps, la responsable du service social de l'hôpital B, dit ainsi qu'il est souvent nécessaire d'expliquer au patient que la PASS ne fait pas de « fichage ». Nicolas Favry, l'assistant social de la PASS de l'hôpital E, évoque quant à lui la continuité qui existe entre les informations recensées à la PASS et celles exigées par l'assurance maladie :

> **J.G.** : « Et il y a pas eu de nouvelles directives ? »
> **Nicolas Favry** : « Si, c'est plus compliqué qu'avant. Mais bon on est super efficaces (ironique). Non, mais je veux dire des dossiers, j'en fais tous les jours, donc on sait, on se plie… C'est pour ça, je sais pas comment t'as vécu l'entretien (nous revenons d'un premier entretien avec un patient), ça peut être parfois un peu directif, et parfois ça peut être un peu réquisitoire ou… voilà. Mais ce que je dis quand je sens que les gens sont un peu réticents, lui il était pas trop réticent, mais il aurait pu l'être un petit peu. C'est que je leur dis "moi voilà, si je vous pose ces questions, c'est pour devancer les questions que vous poserait la Sécurité sociale". »[95]

Chez les professionnels, il est couramment admis que la PASS n'est pas une institution de contrôle et qu'elle ne constitue aucun danger pour les patients. Au contraire, elle est vue comme une structure d'aide. Si cela est vrai, certains éléments invitent à nuancer cette affirmation et à considérer cette structure comme multidimensionnelle. L'hôpital est un outil de gouvernement bien connu ; s'il a perdu en grande partie ses fonctions historiques répressives d'enfermement et de maintien de l'ordre comme forme de gouvernement des indigents[96], il demeure l'un des seuls lieux institutionnels où les plus pauvres et les migrants en situation irrégulière sont répertoriés et recensés (même si la raison première n'en est pas le contrôle).

---

[94] Voir chapitre II à ce propos et l'exemple des ressortissants européens de Roumanie et de Bulgarie.

[95] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistant social d'une PASS d'un CHU d'une ville moyenne de province. Mars 2012, hôpital E.

[96] À ce propos voir Castel, *op. cit.*, 1995 ; Foucault, *Op. cit*, 1976, 585 p. ; Foucault, Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, « Collection TEL », 2008, 360 p.

L'autre organe de l'État rassemblant des informations sur les étrangers en situation irrégulière est bien sûr l'Assurance maladie au travers de l'AME. Or l'activité importante d'accès aux droits transforme à certains égards la PASS en une antenne de l'assurance maladie de qui elle hérite certaines pratiques administratives (en termes d'accumulation de documents des patients) venant s'ajouter aux pratiques administratives de l'hôpital (notamment en termes d'identitovigilance). Certaines évolutions de l'AME qui l'ont fait sortir des logiques traditionnelles de l'assistance témoignent d'une volonté de contrôle accrue de ces populations de la part de l'État à laquelle les PASS participent indirectement. Estelle Carde a ainsi montré que la réforme de l'AME votée par la loi de 2003[97] supprime la possibilité de recourir à des déclarations sur l'honneur en cas d'absence des justificatifs demandés (pièce d'identité, domiciliation, preuve de séjour, etc.). Cette couverture maladie contrevient ainsi aux principes généraux de l'Aide sociale, d'où elle vient pourtant, qui autorise les déclarations sur l'honneur. L'AME contrevient également à ces principes en ce qu'elle est gérée à un niveau central de l'État, alors que l'Aide sociale est traditionnellement du ressort du département[98]. Ces deux éléments vont dans le sens d'un contrôle accru exercé par l'État sur la population en situation irrégulière au moyen de l'AME. La PASS, en ce qu'elle est devenue un lieu centré sur l'accès aux droits, a intégré dans ses pratiques la récolte d'informations nécessaires aux différentes couvertures maladies possibles. Comme les papiers nécessaires pour acquérir ces dernières deviennent de plus en plus nombreux et officiels, les professionnels des PASS sont eux aussi contraints de les demander afin de remplir cette injonction à l'acquisition d'une couverture maladie.

> **Situation n° 6 :** Alors que j'attends pour rencontrer le docteur Claire Bartineau, responsable de la PASS, j'assiste à une scène entre un patient, l'agent d'accueil et l'assistante sociale de la PASS. L'ambiance est tendue à l'accueil : l'agent demande à un patient des papiers, des justificatifs de domicile, d'hébergement, le passeport, alors que le patient veut juste des médicaments. Ce dernier ne comprend pas pourquoi les professionnels de la PASS ont besoin de ces papiers. L'assistante sociale lui répond alors « Ça coûte très cher les médicaments. D'abord on fait la Sécurité sociale et après on fait les analyses. Il faut revenir avec tous les papiers et ceux de votre femme. Est-ce qu'elle a un titre de séjour ? ».[99]

Le premier contact à la PASS se fait par « l'accueil » où sont rassemblées les informations traditionnelles : noms, prénoms, adresse et date de naissance. Ces informations sont volontiers extraites, si possible, d'un document officiel (carte d'identité, passeport ou livret de famille) qui est automatiquement photocopié et inséré dans le dossier du patient. Une copie du document original devient obligatoire lorsqu'une demande de couverture maladie s'engage. À cela s'ajoute

[97] Loi de finances rectificative pour 2003, 30 décembre 2003.

[98] Carde, Estelle, « Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers: de l'Aide sociale aux politiques d'immigration », *Mouvements*, vol. 59, n° 3, 2009, p. 143-156.

[99] Extraits de carnet de terrain. Salle d'attente de la PASS de l'hôpital I. Février 2014.

une série d'autres documents selon la couverture maladie demandée : certificat d'hébergement[100], déclaration de ressources, etc., qui peuvent aller jusqu'aux documents d'identité du conjoint. Lorsque la demande aboutit, la personne en situation irrégulière est répertoriée dans les fichiers de l'assurance maladie. À la PASS, le décalage est grand entre la demande de soins parfois mineure du patient et l'obligation de fournir une quantité très importante de papiers apparemment non-pertinents pour réaliser le soin. Par ailleurs, l'instrumentalisation politique de l'AME comme outil de gouvernement n'est pas exagérée. La multiplication, depuis sa création en 1998, des documents et preuves exigés (photo d'identité, photocopie complète du passeport, etc.) attestent de cette dérive[101]. Les deux propositions de réforme de l'AME en 2003 et 2007[102], proposées par les députés UMP Claude Goasguen et Thierry Marriani, qui prévoyaient d'instaurer un fichier informatisé qui recenserait tous les bénéficiaires, tout comme l'utilisation politique faite du nombre de bénéficiaires de cette couverture maladie comme indicateur du nombre d'étrangers en situation irrégulière en France[103], sont autant d'indices des usages politiques dont l'AME peut faire l'objet.

Si le contexte politique actuel assure aujourd'hui une séparation effective entre l'assurance maladie et les PASS d'un côté, et les institutions policières répressives, de l'autre, l'histoire a souvent montré que cette barrière n'est pas infranchissable. Dès l'introduction du numéro national d'identification en 1941, plus communément appelé numéro de Sécurité sociale, par exemple, une instruction du 30 mai 1941 tente d'en détourner l'usage dans une logique d'identification xénophobe et antisémite[104]. Sur un autre sujet, on peut également mentionner la gestion administrative commune des services sociaux et de police concernant la main d'œuvre algérienne en France dans la première moitié du XXe siècle. Craignant particulièrement la montée du nationalisme chez une petite minorité de sujets coloniaux d'Algérie, les pouvoirs publics des années 1930 décidèrent de combiner la mise en place d'une brigade de trente officiers de polices dédiée à cette question et la construction d'un hôpital réservé aux sujets vivant dans le département de la Seine. Ainsi, l'hôpital franco-musulman de Bobigny (aujourd'hui connu sous le nom d'hôpital Avicenne), inauguré en 1935, était rattaché au Service de surveillance

[100] Le certificat d'hébergement pose un problème supplémentaire. La plupart des patients en situation irrégulière sont hébergées par des compatriotes. Il est difficile à obtenir car la personne hébergeant un étranger en situation irrégulière s'expose à des poursuites (délit d'aide à l'entrée et au séjour irrégulier), alors que ces personnes sont bien souvent elles-mêmes étrangères et en situation de précarité.

[101] Carde, *op. cit.*, 2009.

[102] Le 21 juillet 2004 (n° 1767) et le 5 décembre 2007 (n° 454). Voir article de Carde, *op. cit.*, 2009.

[103] Voir par exemple les propos de l'ancien Ministre de l'immigration Brice Hortefeux dans l'entretien qu'il a donné dans le journal du *Figaro* le 13 janvier 2009 où il se sert du nombre de bénéficiaires de l'AME comme mesure des flux migratoires clandestins. Ces deux exemples sont cités par E. Carde (2009).

[104] Le projet visait à changer la première partie du code (qui indique le sexe) et de porter l'identification comme suit : 1 ou 2 pour les citoyens français ; 3 ou 4 pour les indigènes des colonies, à l'exception des juifs ; 5 ou 6 pour les juifs indigènes ; 7 ou 8 pour les étrangers ; 9 ou 0 pour les statuts mal définis.

de protection des indigènes nord-africains[105]. Cet hôpital, qui était placé sous l'autorité de la préfecture de Paris et qui disposait à son entrée d'un poste de police rebaptisé « bureau des entrées », illustre peut-être à lui seul cette séparation toute relative entre le domaine de la santé et celui du contrôle policier des populations étrangères ou des minorités ethniques ou religieuses. Mais il ne montre pas seulement la porosité de ces deux fonctions, il incarne aussi la multidimensionnalité de la question du soin et de la question coloniale. L'hôpital franco-musulman, en plus de sa fonction policière, apportait une réponse de santé publique adaptée à une situation particulière. La nouvelle population maghrébine de Paris, constituée de jeunes hommes travaillant dans les industries et dont les principaux problèmes de santé étaient liés à leurs conditions de vie précaires et à leurs dures conditions de travail, avaient besoin de soins et les hôpitaux parisiens de l'époque étaient d'ores et déjà surchargés. La ségrégation de ces populations avait aussi pour objectif de faire des économies notamment grâce à un ciblage sur le traitement des pathologies les plus répandues parmi elles, tout comme elle était une réponse qui satisfaisait le racisme de l'époque.[106]

On retrouve ces collaborations entre police et administrations médico-sociales dans l'histoire du Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et de leurs familles. Cet établissement public, créé en 1958, finançait à l'époque des opérations en faveur de l'intégration des immigrés en France métropolitaine et en Algérie (ses politiques concernaient également les sujets algériens qui ne possédaient pas de citoyenneté pleine et entière et étaient donc exclus des prestations sociales classiques). Dans le contexte de la Guerre d'Algérie, cette administration a de plus en plus été sous l'emprise du ministère de l'Intérieur qui s'en servit comme d'un outil de police auprès des Français Musulmans d'Algérie[107].

Plus récemment, la circulaire du 21 février 2006 sur « les conditions d'interpellation d'un étranger en situation irrégulière, garde à vue de l'étranger en situation irrégulière, réponses pénales »[108] donne la possibilité de recourir à des arrestations et des contrôles d'identité par les forces de police à l'intérieur des structures de soins.

> **Estelle Bourguignon** : « Donc, heu, il y a quand même le code de déontologie des médecins qui protège cet espace-là [le cabinet du médecin], mais la salle d'attente, non ! Donc s'ils débarquaient, ils pouvaient

---

[105] Voir Noiriel, Gérard, *Immigration, antisémitisme et racisme en France, XIXe-XXe siècle: discours publics, humiliations privées*, Paris, France, Fayard, 2007, p. 427. Lire plus attentivement l'article de Rosenberg, Clifford D., « The colonial politics of health care provision in interwar Paris », *French Historical Studies*, vol. 27, n° 3, 2004, p. 637-668 qui analyse avec finesse cette ambivalence entre activité de contrôle et d'assistance. Il montre que ces catégories, si elles sont utiles pour l'analyse, n'étaient pas aussi séparées dans la réalité. Le contrôle et l'assistance sanitaire et sociale étaient pensés comme allant ensemble : « While Algerians, Moroccans, and Tunisians received exceptional levels of assistance, that assistance was provided in order to watch over and ultimately control them. » (*ibid.* p. 640).

[106] Rosenberg, *ibid.*, 2004.

[107] Math, Antoine, « Les allocations familiales et l'Algérie coloniale A l'origine du FAS et de son financement par les régimes de prestations familiales », *Recherches et prévisions*, vol. 53, n° 1, 1998, p. 35-44.

[108] Circulaire CRIM 2006 05 E1/21-02-2006 du 21 février 2006 relative aux conditions de l'interpellation d'un étranger en situation irrégulière, garde à vue de l'étranger en situation irrégulière, réponses pénales.

> faire un contrôle d'identité, c'était dans ces termes-là, d'identité et d'embarquer tous ceux qu'ils souhaitaient. Voilà, c'est un texte qui existe, qui n'a jamais vraiment été mis en place au sein de l'AP (Assistance publique - Hôpitaux de Paris), des établissements de santé publique. Il y a eu un scandale comme ça, pas à l'AP, mais dans un établissement de santé et il y en a eu un autre dans l'Aide sociale à l'enfance du côté de Lyon, où effectivement, on avait découvert que quelqu'un avait usurpé une identité ou un truc comme ça, et la gestionnaire au titre de je ne sais quel principe, avait dénoncé ! [...] Et elle s'appuyait sur cette circulaire-là ! »[109]

L'immixtion des forces de police dans des structures de soin pour y débusquer des sans-papiers est une forme extrême des politiques répressives contre l'immigration irrégulière. Comme lorsqu'elles se passent à l'école ou à ses abords, ces opérations sont très rapidement et largement relayées dans l'espace public par les associations de défense des étrangers et donnent généralement lieu à une large indignation au sein d'une partie de la société civile. L'école et l'hôpital sont les lieux d'asile de la République laïque où l'on peut venir se réfugier. La santé et l'éducation sont des domaines qui, en France, relèvent de la droits fondamentaux et qui dépassent le cadre traditionnel de la citoyenneté pour imposer une notion plus large d'universalité, à tel point qu'il est interdit de remettre en cause leur accès par des opérations de police à l'intérieur de ces lieux. Les forces de police n'ont d'ailleurs pas le droit d'entrer sans avoir l'accord des directeurs d'établissements. Au-delà d'une lecture en termes de droits humains, la protection de l'accès à la santé et à l'éducation est aussi le résultat d'une gouvernementalité pragmatique qui outrepasse les limites posées par les règles de la citoyenneté. En effet, la société capitaliste française a besoin d'une main d'œuvre bon marché et flexible ; les étrangers en situation irrégulière remplissent cette fonction à merveille (employés au noir, ils coûtent beaucoup moins chers que des travailleurs déclarés). Mais elle a également besoin de travailleurs éduqués et en bonne santé, d'où un accommodement qui contredit l'absence d'existence légale de ces non-citoyens.

Par ailleurs, comme le montre la circulaire de 2006, cet usage n'est pas non plus une règle fixe et immuable et il peut également être sujet à contestations et négociations selon les contextes politiques. Si cette circulaire a très peu été appliquée, elle a tout de même fait de l'hôpital un lieu moins sûr pour les personnes en situation irrégulière et rend relative l'affirmation de l'absence de danger que les professionnels des PASS assurent aux patients. Une situation nous a été directement rapportée lors d'un entretien informel avec une ancienne infirmière de la PASS de l'hôpital A qui nous a confessé avoir déjà divulgué des informations sur des patients à des « policiers en civil » lorsqu'elle travaillait à la PASS. Elle nous a dit qu'elle s'était renseignée sur la légalité de leur démarche et qu'on lui aurait certifié qu'elle était obligée d'obtempérer si les policiers lui montraient leur plaque d'identification. Même si ces événements rapportés

[109] Extrait d'entretien avec une cadre travaillant au siège de l'AP-HP, février 2013.

ne sont pas la règle et que la PASS reste un lieu relativement sûr pour les patients, le danger est bien réel pour les usagers de la PASS en situation irrégulière et les groupes victimes de politiques discriminatoires et régulièrement criminalisés comme les Roms.

## 2 - 3 Focalisation budgétaire et différences de pratiques au sein des PASS

Plusieurs situations rencontrées dans les PASS ont conduit des patients à recevoir des factures hospitalières importantes qu'ils n'ont pas les moyens de payer. On a vu précédemment le cas du patient algérien en vacances dont la famille a hérité des dettes d'une valeur de 61 000 €. Ce problème n'est pas isolé, comme l'évoque cette responsable associative :

> **Sandra Valet** : « Et il y a un deuxième axe de plaidoyer que je voudrais qu'on développe, c'est que les personnes qui ne sont pas solvables ne reçoivent pas de factures. Parce que j'ai appris récemment, je l'avais en filigrane, mais c'était pas fixé dans ma tête, c'est que ces factures vont rester dans la mémoire de la personne, enfin, il va avoir son dossier de factures… ça s'appelle une "dette de santé". Et le jour où il va demander à être régularisé, on va lui ressortir sa dette de santé. Et quand t'as une facture d'hospitalisation de 50 000 € à sortir… »[110]

Ces situations ne sont pas des exceptions, l'émission systématique de factures est même la règle dans certains hôpitaux, notamment parmi ceux qui ne disposent pas de PASS ou seulement d'une PASS fantôme. C'est le cas de la PASS fantôme de l'hôpital N (voir l'encadré n° 6 dans le chapitre III)[111]. Au moment de l'enquête de terrain à l'hôpital A, plusieurs patients sont venus à la PASS orientés par l'assistante sociale de la PASS de l'hôpital N parce qu'elle ne disposait pas des outils nécessaires pour les prendre en charge (notamment le blocage des factures ou la gratuité).

> **Situation n° 7 :** Premier patient : il a été hospitalisé à l'hôpital N d'où il ressort avec une facture de 6 650 € qu'il a amené avec lui. Il n'a pas été enregistré "PASS" là-bas. Le docteur Vandenbulck veut récupérer son dossier médical pour avoir les résultats des analyses faites pendant son hospitalisation. Il essaye de le récupérer, téléphone, les démarches prennent du temps, sans succès… Il écrit une lettre assez remontée au directeur de l'hôpital N pour dire que ce n'est pas normal et qu'il veut récupérer le dossier. Ce n'est pas normal que le patient ne soit pas passé sur le budget de la PASS, alors qu'il était sans couverture sociale et ce n'est pas normal qu'on envoie tous ces patients à l'hôpital A, alors qu'ils devraient les gérer à N. Il conclut sa lettre par "Cela pose un grave problème concernant la PASS de votre établissement". Le patient est resté assis tout le temps, on ne s'occupe pas de lui. Le docteur Vandenbulck est souvent dérangé, il écrit sa lettre. Le patient n'a pas l'air de saisir ce qu'il se passe. Il est passif dans ce processus. Il a du mal à s'exprimer. Après une demi-heure, le patient explique

[110] Extrait d'entretien réalisé avec une responsable d'une association qui milite pour l'accès aux soins des personnes exclues du système de santé. Octobre 2013, siège de l'association.

[111] Les problèmes de factures émises à des patients sans couverture sociale existent aussi dans des hôpitaux où la PASS fonctionne, voir chapitre V.

qu'il a toujours mal au ventre. Le médecin l'écoute cinq minutes et le renvoie avec des médicaments. Il lui dit de revenir le vendredi ou le mardi suivant.[112]

La présence isolée d'un travailleur social, dans le cas de l'hôpital N, n'est pas suffisante pour négocier la mise en place d'un dispositif fonctionnel de blocage des factures. Elle réussira à régler les situations rapportées par les acteurs de la PASS de l'hôpital A qui sont entrés en contact avec elle.

## 2 - 4 Conclusion partielle

Ainsi, que ce soit en raison de ses conditions de vie (notamment lorsqu'il est dans une PASS n'ayant pas une conception du soin élargie), de la peur du contrôle et du fichage (en raison de l'illégalité de son statut administratif) ou de la peur de recevoir des factures qu'il ne pourra pas honorer, il n'est pas rare que le patient de la PASS ne coopère pas à l'activité d'insertion (en particulier celle d'acquisition d'une couverture maladie). Ce manque de coopération peut également s'expliquer par un manque d'adaptation des pratiques de la PASS et de ses professionnels aux problèmes de leurs patients. Le modèle assistanciel incite les professionnels à attribuer la responsabilité du manque de coopération au seul patient — évitant ainsi de questionner le système assistanciel lui-même ou les autres causes structurelles — qu'on a tendance à identifier comme mauvais patient et à exclure de ce dernier filet de solidarité publique.

**J.G.** : « Et donc le but est pas de faire des systèmes parallèles qui vont… »
**Patrice Blanchet** : « Faire des passerelles qui aident à aller vers le droit commun. Mais on se retrouve de plus en plus avec des systèmes qui sont captifs pour les gens. Alors, la PASS, on peut toujours dire "on vous voit deux fois et on vous renvoie vers un médecin traitant etc. dès que vous avez des droits", quand vous ne parlez pas un mot de français et que tout déplacement est dangereux parce que vous êtes en situation irrégulière, que vous ne comprenez absolument pas comment ça fonctionne, euh… C'est pas possible. Il y a des gens qu'on garde longtemps dans la PASS, ce n'est pas la majorité, on est bien d'accord. Mais on crée effectivement une filière spécifique. »[113]

Le risque de reconnaître les critères structurels, comme l'évoque le Dr Blanchet, est de reconnaître par la même occasion l'échec de la politique d'insertion et la condamnation de certains patients à rester dans le système d'assistance. Comme pour la condamnation morale du « patient sous visa », la condamnation du « fainéant » montre un recours à l'argumentation morale lorsque le système assistanciel échoue dans sa mission (de soin ou d'intégration).

Dans ces processus de catégorisation morale, les professionnels ne sont pas les seuls à agir. Si ces derniers sont indéniablement en position de force, les patients ne sont pas pour autant

[112] Extraits de carnet de terrain. Box de consultation de médecine générale de l'hôpital A, Octobre 2010.
[113] Extrait d'entretien réalisé avec médecin référent de la PASS de l'hôpital G, CHU d'une ville moyenne de province, mars 2012.

passifs. Lors des interactions, les patients menacés d'être exclus de la PASS développent des stratégies pour éviter les (mauvaises) catégorisations et, de leur côté, les professionnels de la PASS en développent d'autres pour contraindre les patients à suivre les règles de ce système assistanciel. Nous allons maintenant nous attacher à saisir les interactions entre la production des normes et les catégories d'identification. Ainsi nous verrons que patients et professionnels vont les accepter, les rejeter ou encore les adapter selon les situations.

## 3 CATÉGORISATION ET INTERACTIONS À LA PASS

La PASS est une structure assistancielle archétypique. Elle fournit une aide ponctuelle qui ne peut être obtenue que sous certaines conditions (de pauvreté et de maladie) et après un examen individuel de la situation médicale et sociale. Elle est donc distribuée au cas par cas, instaurant une dimension de contrôle et permettant un travail fin de traduction des catégories administratives et d'assignation d'identités[114]. La PASS fonctionne avec un système de bons organisé localement qui marque les limites de lieu et de temps : l'aide n'est disponible que dans l'hôpital où le bon est délivré (limitant la liberté du patient et son pouvoir de négociation) et que sur un temps limité (soit à un acte, soit une période de temps, en général un mois). D'autre part, l'aide ne peut excéder le temps de la maladie ; on ne peut en effet théoriquement obtenir les services de la PASS si on est en bonne santé[115]. Le système de bons souligne également le caractère exceptionnel et limité de l'aide (elle ne peut être distribuée à tous). Son fonctionnement implique qu'un choix s'opère entre les bénéficiaires : certains seront intégrés au dispositif (et recevront une prise en charge médico-sociale et des médicaments) et d'autres en seront exclus. Cette dernière caractéristique introduit une fonction de tri dans l'accès au dispositif entre des patients légitimes et d'autres illégitimes[116]. L'assistance, dans une lecture biopolitique, est une institution décentralisée du pouvoir qui tend à uniformiser et à normaliser les comportements pour les rendre socialement acceptables et à inculquer les normes dominantes. Dans cette partie, nous nous intéressons aux interactions entre patients et professionnels à la PASS comme elles sont construites par cette dimension assistancielle.

---

[114] Dubois, *op. cit.*, 2010.

[115] Nous avons vu cependant plusieurs fois des patients n'utiliser que les services sociaux de la PASS afin de réaliser les démarches pour une couverture maladie. Il semblerait ici que l'injonction à l'acquisition d'une couverture maladie dépasse les règles de l'assistance.

[116] Caroline Izambert a montré que le tri des patients précaires à l'hôpital n'est pas seulement le fait des PASS, mais se déploie aussi dans les services. Izambert, Caroline, « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public: vers une nouvelle morale hospitalière? », *Agone*, n° 58, 29 Juin 2016, p. 89-104.

## 3 - 1 La mise en récit des patients

C'est dans les situations de face-à-face que se donne à voir un moment crucial dans la distribution de l'aide : la mise en récit du patient. Elle correspond au moment où le patient raconte son histoire et son parcours biographique et décrit sa maladie et sa situation sociale. Elle est cruciale car c'est notamment à partir des éléments fournis à ce moment-là que le professionnel (agent d'accueil, infirmière, assistante sociale ou médecin) décide l'obtention de l'aide ou non. Cette mise en récit correspond à ce qu'Isabelle Astier a appelé une « vaste entreprise d'exploration de l'intimité des personnes »[117] à laquelle se livrent ces administrations de l'assistance. L'observation de la mise en récit des patients est essentielle pour comprendre les différences qui sont établies entre les patients et qui ne relèvent pas de règles écrites.

> « Lorsqu'il n'y a pas à proprement parler de droits sociaux mais des subsides et aides en nature versés au cas par cas, la confrontation aux institutions revêt une forme plus complexe et constitue un réel enjeu. L'agent du *welfare* évalue la situation du demandeur et apprécie les caractéristiques qu'il juge devoir prendre en compte pour statuer sur chaque "cas". Le "client" doit exposer sa situation et sa personne de manière à accréditer le fondement de sa demande. Des enjeux cruciaux structurent alors l'échange : établir la véracité du récit pour décider de l'opportunité de l'aide, de sa forme et de son montant. Loin de constituer une simple formalité plus ou moins désagréable, la relation administrative forme dans cette logique une situation tendue, complexe et décisive car c'est à cette occasion que se décide l'obtention d'une aide. »[118]

V. Dubois décrit dans ce passage le fonctionnement du modèle de la charité publique à l'intérieur duquel nous avons situé la PASS et que nous avons qualifié de modèle assistanciel archétypique. L'analyse de V. Dubois peut cependant être nuancée dans notre cas, en effet la plupart des patients se présentant à la PASS obtiennent l'aide (le bon PASS) sans grande difficulté. Si l'octroi de l'aide n'est jamais complètement garanti, il est presque automatique dans la plupart des situations. Ainsi, lorsque le patient dispose d'un ou plusieurs attributs correspondant aux critères de l'assistance (un statut administratif soit qui rentre dans le critère de proximité, soit qui lui donne des droits potentiels et/ou une demande médicale peu chère ou qui a une dimension de santé publique, etc.), la relation avec le professionnel qui décidera l'octroi de l'aide ou non — le *gate-keeper* — a de grandes chances d'être une simple formalité administrative. Dans ce cas, l'interaction avec l'assistante sociale est simple et se caractérise par une certaine pudeur bureaucratique (où le professionnel s'efface presque derrière un rôle institutionnel ou professionnel). Bien souvent, seules les informations nécessaires aux démarches administratives engagées sont demandées. Il en va de même avec la consultation médicale : lorsque le patient rentre dans les critères de l'assistance et que son inclusion ne pose pas de

[117] Astier, *op. cit.*, 1996, p.99.
[118] Dubois, *op. cit.*, 2010, p. XVII (avant-propos).

problème, alors la consultation médicale à toutes les chances de se dérouler selon les standards de la profession médicale (le médecin endossera son rôle de médecin). La structure assistancielle sur le modèle de la charité publique n'examine pas chaque demandeur avec la même intensité et n'exige pas de lui le même dévoilement. Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, c'est lorsque le cas ne remplit pas toutes les conditions ou que la personne est moins légitime qu'un examen approfondi se met en place.

Lors des interactions, on peut observer chez les professionnels des tensions et des variations entre un rôle professionnel ou bureaucratique d'un côté et un rôle davantage personnalisé de l'autre ; entre un détachement et un anonymat d'une part et une approche individuelle et personnelle d'autre part ; ou encore entre une posture de représentant de l'État et des dispositions morales personnelles. C'est ce que V. Dubois appelle les « deux corps du guichetier » ou encore la « duplicité des rôles »[119].[120]

> « [...] cette double face constitue aussi une ressource importante qui permet au guichetiers de conserver le contrôle de la situation et d'obtenir "en douceur" l'assentiment de leurs visiteurs. La "personnalisation" du rôle bureaucratique permet en effet à l'agent d'accueil de jouer sur deux tableaux : le langage neutre de la bureaucratie ou le langage personnel et familier de l'existence ordinaire ; le repli sur la norme administrative ou l'engagement personnel dans une relation interindividuelle »[121].

Dans le cadre de notre mémoire de Master 2, nous avions présenté les différentes formes de personnalisation identifiées à la PASS auxquelles sont rattachés divers degrés d'investissement dans le travail[122]. Elles correspondent à une interprétation morale des situations entre « bons » et « mauvais » patients et sont réparties entre la compassion, l'identification prescriptive et la rigueur administrative. Une analyse fine montre que le cours des interactions est fortement dépendant des dispositions morales des professionnels, de leurs différentes identités (genre, passé migratoire, classe sociale, etc.) et des représentations qu'ils ont des patients. Au-delà de la décision de l'octroi de l'aide, c'est le contenu et la forme de la prise en charge du patient qui varient selon les situations en fonction de ces éléments. Dans les relations de soins quotidiennes, les catégories de patients négatives et positives jouent donc un rôle et influent sur le déroulement des interactions. En cas de catégorisation négative, on observe des phénomènes

---

[119] Dubois, *op. cit.*, 2010.

[120] Les guichetiers ou les professionnels du secteur assistanciel ne sont pas les seuls à avoir « deux corps ». L'analyse des professionnels de la sphère médicale réalisée par N. Belorgey dans sa relation avec les patient montre aussi un spectre de position allant d'une forte personnalisation à un repli sur leur rôle professionnel. Il analyse cela comme une manière à la fois de se protéger (« se faire une carapace ») contre la souffrance et la mort, mais également comme manière détournée d'éviter une demande (sociale ou dépassant les compétences médicales) à laquelle on ne peut pas répondre. Ce mode de fonctionnement est sans doute commun à tous les professionnels travaillant dans des institutions publiques directement en contact avec les patients (cela se retrouve par exemple aussi à l'école, au tribunal ou au commissariat). Belorgey, *op. cit.*, 2010, voir p. 207.

[121] Dubois, *ibid*, 2010, p. 81.

[122] Voir la première partie du chapitre III de Geeraert, Jérémy, « Le social à l'hôpital. L'accès aux soins des populations en situation de grande précarité économique et sociale », Mémoire de Master Recherche, Santé, Populations et Politiques sociales, EHESS, Paris 13, 2011.

de micro-rationnement du soin[123], de décalage des soins, de dissimulation d'informations, de prises en charge différenciées (dans la durée, dans le degré d'explication fournies, etc.). Au contraire, en cas de catégorisation positive, les professionnels tendent à davantage s'impliquer dans la prise en charge, prendre plus de temps, etc.

## 3 - 2 La négociation avec les patients

À l'hôpital, comme dans d'autres services qui traitent directement avec les individus, le personnel tend à modifier le processus par lequel les « clients » accèdent à ce service[124]. Ils agissent comme des gardiens qui sélectionnent ce qu'ils considèrent comme des demandes appropriées pour le service. À la PASS, les demandes sont toujours évaluées lors du premier entretien avec l'assistante sociale ou de la première consultation avec le médecin. Dans les cas incertains ou limites, la décision finale revient donc à un des professionnels qui établira un jugement personnel selon ses propres valeurs et celles construites par le groupe. Néanmoins, ce pouvoir discrétionnaire donné aux membres de l'équipe médico-sociale ne doit pas être considéré comme stable et structurel ; les catégories et leurs critères de définition ne sont pas rigides et le patient joue également un rôle dans leur construction. Il peut, en outre, participer à la décision qui se construit dans la situation d'interaction[125]. Les patients développent des techniques, des tactiques ou adoptent des comportements qui correspondent aux attentes des médecins ou de l'assistante sociale.

### 3 - 2 - 1 Les techniques de contournement et de dissimulation

> **Situation n° 8 :** [...] 6ème patient : homme, né en 1970, vit à Aubervilliers, Malien, il est en France depuis décembre 2009. C'est la 3ème consultation à la PASS depuis mars (on est en juin). Il a reçu une facture de l'hôpital N. Il va voir l'assistante sociale pour régler ce problème. Il revient dans le box de consultation et le docteur Jean-Paul Vandenbulck l'aide à remplir les papiers pour la demande d'AME. À ce moment-là, nous nous rendons compte que le nom sur la photocopie de la pièce d'identité et le nom qu'il a donné à l'hôpital ne correspondent pas. [...][126]

Pour contourner le problème du visa par exemple, certains patients vont mettre en œuvre des tactiques de dissimulation d'informations. La simulation de la perte du passeport

---

[123] Vassy, Carine, « Categorisation and micro-rationing: access to care in a French emergency department », *Sociology of Health & Illness*, vol. 23, n° 5, 2001, p. 615-632.

[124] Hughes, Everett C., *The sociological eye: selected papers*., New Brunswick, NJ, Transaction Publ, coll. « Social science classics series », 2009, 584 p.

[125] Goffman, Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, France, Éd. de Minuit, 1984, 447 p.

[126] Extraits de carnet de terrain. Box de consultation de médecine générale de l'hôpital A, juin 2010.

est une stratégie à laquelle recourent certains patients. Elle permet pour les patients sous visa touristique de dissimuler ce statut et d'éviter d'être catégorisés comme « touristes » ou « tricheurs » par les professionnels et de se voir refuser l'accès à la PASS. Ils affirment l'avoir perdu, qu'il est périmé (ils évitent à ce moment-là de le présenter) ou qu'ils sont venus en France illégalement (sans visa). Le patient sous visa qui connait les conséquences de son statut (absence de possibilité d'accéder à aucune couverture maladie) aura tout intérêt à dissimuler cette information. Cela lui donnera la possibilité d'accéder à l'AME plus rapidement (il devra tout de même attendre les trois mois obligatoires de présence sur le territoire français et en donner la preuve[127]) et lui donnera également accès au fonds des soins urgents et vitaux s'il a besoin de soins ou de médicaments pendant les trois mois de carence.
C'est pour eux aussi une manière de se protéger de factures indésirées ou de protéger leurs informations personnelles d'un éventuel fichage.

> **Situation n° 9 :** [...] Un patient revient à la PASS pour la seconde fois, il a son passeport cette fois-ci. Il y a un problème avec sa date de naissance, elle ne correspond pas avec celle qu'il avait donné la première fois qu'il est venu. Anne, l'infirmière qui fait l'accueil, lui demande de manière un peu musclée pourquoi il nous avait donné une fausse date de naissance. Le patient ne répond pas, évite de croiser nos regards.
> Normalement, on ne peut pas changer les informations des patients sur l'ordinateur, il faut passer par les services administratifs, mais à la PASS, ils enregistrent toujours les données en provisoire parce que les informations changent souvent, les noms sont dits à l'oral, les adresses changent.... Anne photocopie le passeport. [...][128]

La dissimulation d'informations, lorsqu'elle est découverte, n'est en général pas bien vue par les professionnels et peut mener à une condamnation morale du comportement des patients de ce qui est ressenti comme de la « tricherie » ou de la « malhonnêteté ». L'ancienne infirmière de la PASS de l'hôpital A nous disait à ce propos qu'elle regrettait tous les abus et tricheries commis par les patients de la PASS et dont elle a été témoin. Elle a, entre autres, évoqué des personnes qui se faisaient soigner sous plusieurs identités ou le cas d'une dame qui a corrigé sa date de naissance sur son passeport devant elle avec du tipex.

Lors de l'enquête de terrain à l'hôpital A, il a été observé à plusieurs reprises que des patients qui ont déjà fait l'expérience de la PASS initient de nouveaux patients en leur expliquant le fonctionnement du système, en donnant des conseils. La connaissance de la structure et de son fonctionnement peut permettre de le contourner en cas de refus.

> **Situation n° 10 :** Une jeune femme espagnole d'origine marocaine arrive à la consultation accompagnée d'un patient habitué de la PASS. Ce dernier aide à traduire les propos de la jeune femme qui ne parlait

[127] S'il ne dissimule pas son visa, il devra attendre l'expiration de celui-ci, date à partir de laquelle il pourra officiellement commencer sa carrière dans l'irrégularité, rassembler des preuves de présences pour les trois premiers mois et lancer les démarches pour l'AME.
[128] Extraits de carnet de terrain. Salle d'attente, bureau d'accueil avec l'infirmière Anne, hôpital C, février 2012.

pas français. Elle a de gros problèmes de santé (un cancer qui lui a valu l'amputation d'une jambe). Elle a notamment besoin à ce moment d'une prothèse. Sa nationalité espagnole rend l'affaire assez compliquée, les professionnels ne veulent pas l'intégrer dans le cadre de la PASS car elle est censée être assurée dans son pays d'origine (l'Espagne). Elle repart donc sans que l'on ait répondu à sa requête. La semaine d'après, l'assistante sociale des urgences me raconte que les deux mêmes personnes ont tenté de contourner le refus de la PASS en se rendant aux urgences. Cela a fonctionné, le cas a beaucoup ému le personnel des urgences qui a appelé un oncologue et s'est occupé immédiatement de son cas. Jusqu'à ce que l'assistante sociale en question les reconnaisse et explique à l'équipe médicale le problème. Cette dernière a fini par se ranger du côté de la PASS et n'a pas poursuivi la prise en charge. L'assistante sociale a expliqué plus tard à ces deux patients que ce qu'ils avaient fait n'était pas correct et que l'équipe de la PASS l'aurait su de toute manière.[129]

Les techniques de dissimulation et de détournement[130] sont multiples. Pour contourner un refus, les patients peuvent essayer de passer par un autre service de l'hôpital (cela peut fonctionner lorsque la PASS n'est pas bien identifiée à l'intérieur de l'hôpital) ou simplement de tenter leur chance dans un autre établissement en adaptant leur stratégie. En effet, étant donné que le fonctionnement de la PASS est local et qu'il change d'un établissement à l'autre, il est tout à fait possible d'être refusé dans un établissement puis d'être accepté dans un autre. C'est ce qu'évoque la coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP qui connaît bien les différentes pratiques des 28 PASS de son institution :

**Amandine Cornet** : « Aujourd'hui, un patient peut être reconnu, être inscrit dans un dispositif PASS dans un site, ne pas l'être dans l'autre et être facturé dans l'autre. »[131]

Ces stratégies de contournement et de dissimilation établissent une limite à l'action des catégories construites par l'équipe médico-sociale et rééquilibrent un peu la relation de pouvoir entre le patient et le médecin ou l'assistante sociale. Elles modifient l'ordre de la PASS et poussent ses agents à adapter les règles et les catégories qu'ils construisent. Elles montrent également que, si la relation entre l'agent de l'institution et le patient n'est pas propice à « l'oubli de la domination »[132], l'intériorisation des normes de cette institution n'en reste que partielle. Cela peut également être interprété comme une volonté de protéger sa vie privée : « ne pas rentrer dans la logique administrative peut aussi servir à ne pas s'y laisser enfermer »[133]. Mais plus que d'une intrusion dans leur intimité, les patients de la PASS au statut administratif précaire dissimulant leur identité cherchent à se protéger d'une exclusion de la PASS, d'un éventuel usage

[129] Extraits de carnet de terrain. Bureau de l'assistante sociale des urgences. Hôpital A, juin 2010.

[130] Ces techniques ont été analysées en détail par S. Paugam à propos des assistés et des stratégies pour s'installer dans l'assistanat. Paugam, *op. cit.*, 2011.

[131] Extrait d'entretien avec la coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP, février 2013, siège de l'AP-HP.

[132] Grignon, Claude et Jean-Claude Passeron, *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Paris, Points, 2015, 358 p. cité par Dubois, *op. cit.*, 2011.

[133] Dubois, *op. cit.*, 2011, p. 164.

policier de leurs informations personnelles ou à échapper à des factures qu'ils ne pourront pas payer.

### 3 - 2 - 2 Le conformisme institutionnel, la supplique et l'honnêteté

À l'opposé de ces techniques de détournement, on peut observer des attitudes très conformes aux attentes des agents de l'institution. Les attitudes soumises, implorantes, révérencieuses, humbles ou timides, qu'on observe souvent chez les patients des PASS, soulignent la forte intériorisation d'une infériorité sociale, mais aussi une détresse psychologique et sociale (les patients dorment souvent dans la rue, ont peu de contacts sociaux, ne connaissent ni la langue, ni la culture française, ont parfois connu des guerres, des tortures, des sévices et des violences, etc.). Ces caractéristiques sont aussi fortement intériorisées par les professionnels qui les perçoivent comme normales. Le peu d'exigences des patients par rapport aux professionnels, leur mutisme, voire leur passivité, installent un mode relationnel profondément inégal où le professionnel a une très grande maîtrise de l'interaction.

Face à des demandes multiformes (demande de titre de séjour, de travail, de logement ou de nourriture), les médecins et travailleurs sociaux apprennent rapidement à adopter une distance professionnelle et à recadrer l'interaction au niveau des compétences restreintes qu'ils possèdent (accès à la couverture maladie et aux soins). La dureté des situations auxquelles les professionnels de la PASS se confrontent, génère une certaine souffrance au travail, surtout lorsqu'ils sont isolés au sein de l'hôpital. La présence d'une équipe PASS stable et une certaine intégration dans le champ du soin de la précarité peuvent, au contraire, diminuer cette souffrance. La professionnalisation des acteurs à l'intérieur de l'espace du soin de la précarité permet de rationaliser les effets de la pauvreté, des systèmes et procédures administratifs ou de la migration et d'y apporter des solutions davantage systématisées qui protègent d'une exposition trop forte à des situations individuelles.

Le « conformisme institutionnel » observé chez certains patients peut également être interprété comme de la « gestion des apparences »[134]. L'adhésion aux règles se réduit alors à une mise en scène à toutes fins utiles ; c'est une tactique d'anticipation des attentes des agents de la PASS.

> **Situation n° 11 : U**n homme originaire du Congo-Brazaville est venu avec la fille de l'ami qui l'héberge dans un logement social d'une ville défavorisée de banlieue parisienne. Cette fille parle au nom de cet homme pendant presque toute la consultation. Le médecin commence par lui demander de quelle ethnie il vient, lui parle de villages qu'il connaît et montre ainsi qu'il connaît un peu le Congo.

[134] *Id. ibid.*

> L'interaction se passe rapidement sur un ton détendu. La fille nous explique que l'homme qu'elle accompagne est en France depuis bientôt trois mois et que son visa va bientôt expirer, mais qu'il compte rester de toute manière. Il a découvert en France qu'il était malade et veut rester pour se faire soigner. Elle nous explique alors qu'au Congo « les malades servent de cobayes [...], (que) tout de suite ils te disent que c'est le palu. Ils ne demandent pas si c'est autre chose [...]. Et quand on parle de la prostate, ça veut dire qu'on va bientôt mourir, parce qu'ils ne soignent pas ça là-bas ».[135]

Ce patient rentre typiquement dans la catégorie de ceux qui, étant sous visa, ne devraient pas être pris en charge par le dispositif de la PASS. Cependant, on a vu que certains vont tout de même entrer dans la catégorie du patient légitime élaborée par le médecin. Le rôle qu'a joué le récit de cette femme dans cette catégorisation est ici primordial. Dans le cadre de ce que D. Fassin a appelé la « confession laïque », qui consiste pour le pauvre à exposer les raisons et le bien fondé de son besoin dans la relation d'assistance, on reconnaît un discours qui s'apparente à une « supplique »[136]. L'honnêteté et l'humilité lors de la présentation de la situation rendent le patient vulnérable et placent son sort tout entier entre les mains du médecin. Ce discours qu'on peut qualifier de pathétique tend à prouver la bonne foi et à attirer la compassion du médecin. La décision de délivrer un bon PASS dépend, dans ce cas, de l'émotion suscitée par la mise en récit d'expériences vécues et amène les professionnels à faire des « choix pathétiques [...] visant à allouer des ressources rares, [...] dont l'attribution se décide dans un contexte de mise en spectacle ou en discours de la souffrance »[137].

À l'opposé du conformisme institutionnel, certaines attitudes ou comportements de patients sont vécues par les professionnels comme déplacés ou incompatibles avec la structure d'aide et vont amener dans certains cas à une exclusion du dispositif ou, plus souvent, à une attention moindre et à des rationnements (des soins et des informations) lors de la prise en charge. L'arrogance, la défiance, les personnes impolies, violentes ou revendicatrices peuvent parfois mener à une catégorisation en tant que « patient illégitime ». Cette lecture du comportement des patients est souvent associée à des formes de racisme (les patients « revendicateurs » ou « malpolis » se retrouvent parmi certaines nationalités, alors que les patients « malhonnêtes » ou « profiteurs » parmi d'autres) et de classisme (certains comportements sont lus à travers le filtre de la mauvaise pauvreté). Ces réactions des professionnels, bien qu'observées à de multiples reprises dans les PASS, sont relativement limitées en comparaison avec d'autres structures en contact avec ces patients. La spécialisation dans le soin de la précarité, la

---

[135] Extraits de carnet de terrain. Box de consultation médicale de la PASS René Barthe. Hôpital A, novembre 2010.

[136] Fassin, Didier, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 55, n° 5, 2000a, p. 955-981.

[137] Fassin, Didier, « Le corps exposé. Essai d'économie morale de l'illégitimité », in Didier Fassin et Dominique Memmi (ed.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, coll. « Cas de figure », 2015 (2004), p. 253.

formation des assistantes sociales et les éventuelles formations internes à la PASS limitent passablement ces interprétations.

## 3 - 3 Contrôle et répression

Au sein d'autres espaces de soins rencontrant des difficultés dans la prise en charge de leurs patients en raison du stigmate de la maladie (principalement dans le domaine des maladies sexuellement transmissibles et, en particulier, du VIH) ou de l'acte de soin (avortement, centre de planification familiale, addictologie), des solutions ont été trouvées pour l'anonymisation et l'effectivité de la gratuité de la prise en charge. Ce choix n'a pas été fait à la PASS qui aurait pourtant été une bonne candidate, étant donnée la population à laquelle elle se destine. Une raison réside sans doute dans ses autres fonctions, notamment de contrôle, de régulation ou de répressions des populations qu'elle participe à gouverner. La PASS en tant que structure assistancielle comprend une activité de contrôle, des identités et des catégories pour s'assurer qu'elle s'adresse aux bons patients. Elle a également une activité de répression et de régulation des conduites qui est le pendant de sa mission d'inculcation des normes sociales menant à l'autonomie. En contrevenant à la norme le patient s'expose à des sanctions (comme par exemple l'envoi de factures aux patients n'ayant pas réalisé les démarches nécessaires à l'acquisition d'une couverture maladie).

On peut lire dans les propos ci-dessous que l'activité d'investigation apparaît comme profondément ambivalente : nécessaire à la réalisation du travail social et médical, elle est associée à une relation de confiance avec le patient, mais, elle participe aussi d'une activité de contrôle social et de régulation des populations les plus pauvres.

> **Christiane Allée** : « Alors ce qui est intéressant, c'est tout l'aspect investigation et compréhension de la situation de quelqu'un dans un temps assez court. Parce que à la PASS c'est un peu ça. Je sais pas si tu as assisté à des entretiens mais souvent les patients ils arrivent, ils ont tous le même discours. Ils ont perdu leurs papiers, ils sont là depuis très peu de temps. Et puis quand tu commences à instaurer un dialogue de confiance avec le patient, tu t'aperçois que bah non, ils sont là depuis longtemps, et puis leurs papiers, petit à petit ils te montrent un truc, mais ils ont tellement peur d'être refoulés, d'être… Donc forcément, ils arrivent avec un discours très formaté, mais bon une fois qu'on arrive à passer ce cap-là on peut travailler sur autre chose. Et c'est en cela que c'est intéressant aussi. Et arriver à instaurer une relation de confiance relativement rapidement, et d'arriver à décrypter la situation de la personne pour pouvoir l'aider au mieux en fonction de ce qu'il apporte quoi. »[138]

La lutte contre la fraude et les abus ou contre les comportements contraires aux normes sociales défendues (par exemple l'autonomie) s'inscrit dans une longue tradition à l'intérieur

[138] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Juin 2012, hôpital C.

des politiques d'assistance et d'assurance[139] et entretient le mythe d'une mauvaise pauvreté fainéante et malhonnête. Voir les patients comme des tricheurs potentiels est le présupposé nécessaire pour pouvoir placer la responsabilité de la situation sur l'individu plutôt que sur les causes sociales structurelles. Cette activité est centrale car elle permet de réguler l'ordre social de la PASS en écartant ou en réprimant ceux que la structure ne veut ou ne peut pas intégrer.

> **Situation n° 12 :** Un patient originaire du Maghreb entre dans le box. Il ne parle pas français et est accompagné d'un ami qui traduit. Il vient pour son diabète. [...]
> L'interne de la PASS Apollinaire demande au patient où en sont les papiers. Il lui montre le papier qui lui notifie son acceptation pour l'AME. Le Dr Chambon le félicite (« Mazel Tov ! »). Ce nouveau statut n'est pas noté dans son dossier alors qu'il sort du bureau de l'assistante sociale.
> Amélie (Chambon) me dit que parfois les patients lui disent des choses qu'ils ne disent pas à l'A.S. Elle me raconte qu'il lui a avoué dans une consultation précédente qu'il travaille pour manger (elle me le montre dans ses observations précédentes).
> Maintenant qu'il a l'AME, il peut aller dans une pharmacie normale. L'infirmière vient dans le box, puis l'A.S. Véronique. Amélie leur montre l'AME du patient. Les deux font semblant de s'énerver : pourquoi ne l'a-t-il pas dit ? Véronique le félicite (« champagne ! »). L'ambiance est à la rigolade. Le patient, par l'intermédiaire de son ami, dit qu'il a oublié de le dire.[140]

À travers cet extrait, on voit que les activités de contrôle et d'éducation sont diffuses, elle ont lieu en arrière-plan de toutes les interactions avec les professionnels de la PASS. Elle instaure une suspicion qui gêne l'installation d'une relation de confiance, pourtant nécessaire à la prise en charge médico-sociale. La présence de l'infirmière, du médecin et de l'assistante sociale dans le box de consultation illustre l'omnipotence de cette entreprise d'exploration de l'intimité face à laquelle le patient a peu de marge de manœuvre pour se protéger. Tous les professionnels, agissant chacun sur un aspect différent de la vie du patient à un moment particulier de la prise en charge, participent à cette activité. L'ancrage profond et diffus de la suspicion dans les interactions pousse les patients à adapter leurs récits et comportements à ce qu'ils pensent être les attentes des professionnels, comme on l'a vu dans la première partie de ce chapitre. L'activité de contrôle est la plupart du temps considérée comme normale et faisant partie des activités habituelles de la PASS : les professionnels de la PASS sont aussi les gardiens de la structure assistancielle et ils font donc un travail de vérification.

Elle n'est cependant pas toujours de la même intensité dans toutes les interactions. Moins un patient dispose des attributs du capital légitime du pauvre, plus cette activité devient présente et structure les échanges entre patients et professionnels. Lorsque les patients ne sont pas légitimes, la dimension de contrôle devient de plus en plus présente. C'est le cas des « migrants thérapeutiques » ou des « touristes médicaux » qui font l'objet d'une suspiscion

---

[139] Frédéric Pierru note l'accentuation de cette activité de contrôle au sein de la Sécurité sociale que souligne la naissance du « comité contre la fraude » financé à hauteur de 100 millions d'euros en 2005 par le gouvernement Sarkozy. Pierru, Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, coll. « Collection Savoir-agir de l'Association raisons d'agir », 2007, voir en particulier p. 9 et suiv.

[140] Extrait du carnet de terrain, consultation médicale avec l'interne de la PASS Apollinaire, février 2012, hôpital C.

(comme l'illustre très bien le carnet de suivi du diabète de la patiente de la situation n° 2) et de contrôles renforcés de la part des professionnels (voir chapitre suivant sur le contrôle des « migrants thérapeutiques »).

> **Véronique Lacourt** : « Et moi je, avec ma collègue, on se dit, les gens, [...] il y en a qui sont plus malins que d'autres, qui ont perdu leur passeport mais qui ne le retrouvent pas, contrairement à d'autres. Voilà, il y en a qui sont très informés de la législation française, et puis bah ils jouent le jeu. Mais qui on est pour les juger, ces gens-là. »[141]

L'assistante sociale de la PASS explique bien la dimension performative des relations à la PASS. Les professionnels savent que les patients connaissent les règles et essayent d'en tirer profit. Tant que les patients jouent le jeu du conformisme institutionnel, certains professionnels ne veulent pas « creuser plus loin ». Cette gestion des apparences permet de conserver l'ordre social de la PASS et est le signe de l'intériorisation des règles institutionnelles par les patients. L'essentiel est maintenu : la structure assistancielle n'est pas remise en cause.

## 3 - 4 Conclusion partielle

La mise en récit et le déroulement de l'interaction deviennent décisifs dans l'obtention ou le refus du bon PASS lorsque la légitimité du patient ou sa volonté d'insertion sont mises en cause. C'est dans ces situations que le professionnel fait le choix d'une identification entre les différentes figures morales. Les dimensions narratives[142] et performatives (dans la tradition goffmanienne des rôles sociaux « joués »[143]) réalisées par les patients lors des interactions sont donc centrales : l'histoire racontée doit être suffisamment pathétique, mais pas trop (auquel cas il risquerait d'être soupçonné de jouer la comédie) ; le patient doit être reconnaissant de l'aide qu'on lui apporte pour montrer son adhésion au système ; il ne doit pas se montrer revendicatif, etc. Ainsi, on voit se dessiner, dans l'espace de la médecine et du soin, l'arbitraire que d'autres ont décrit dans les interactions au sein des administrations publiques. La prééminence des logiques de la morale dans les activités de contrôle et de répression crée une rupture avec un principe d'égalité de traitement administratif[144] ou, dans notre cas, un principe d'égalité dans l'accès aux soins : ce fonctionnement de l'attribution de l'aide induit une inégalité en fonction des « compétences expressives et argumentatives »[145] des patients, d'une part, et en fonction des dispositions morales et éthiques des professionnels, d'autre part. Celui qui maîtrise les codes de

---

[141] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistante sociale de la PASS. Mai 2012, hôpital P.
[142] Astier, *op. cit.*, 1996.
[143] Goffman, Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1, La présentation de soi*, Paris, Éd. de Minuit, 1973, 251 p.
[144] Astier, *op. cit.*, 1996.
[145] Fassin *et. al.*, *op. cit.*, 2001.

l'assistance, qui sait se « mettre en scène », a davantage de chances d'être intégré dans le dispositif que celui qui souhaite protéger sa vie privée ou celui qui veut revendiquer un supposé droit à une prise en charge médicale. De même, le patient aura plus de chances d'être pris en charge par un médecin qui considère que l'accès aux soins est un droit universel que s'il rencontre un médecin ayant une vision restrictive de l'assistance aux pauvres en santé ou combattant les abus de ceux qui « profitent du système ». Le maintien de l'équilibre fragile entre, d'un côté, les fonctions d'aide et d'accès aux droits et aux soins et, de l'autre côté, de contrôle et de répression, constitue un enjeu essentiel des interactions à la PASS.

Dans la dernière sous-partie de ce chapitre, nous nous intéressons aux dispositions morales des professionnels et s'interroge sur leurs déterminants.

# 4 DISPOSITIONS MORALES DES PROFESSIONNELS

Les professionnels de la PASS, en tant que défenseurs du système de santé public et gardiens des limites de la solidarité en santé, revêtent les habits d'entrepreneurs de morales et énoncent ce qui est « bon » ou « mal » pour le système de santé. Les catégories du jugement dans les PASS s'ancrent dans les dispositions morales des professionnels qu'ils ont héritées individuellement de leur habitus de classe, de leur trajectoire sociale et propre à leur pratique inculquée au cours de leur formation. À la PASS, elles sont multiples et représentent différentes positions, notamment en raison de la diversité des professions (assistantes sociales, médecins, infirmières, etc.) qui ne sont pas positionnées de la même manière dans une structure sociale hiérarchisée et de la variété des espaces sociaux dans lesquels ils sont socialisés secondairement (engagé et professionnel notamment). Il n'est pas possible de rendre compte de manière exhaustive de toutes les dispositions morales rencontrées à la PASS, cependant il est possible de dégager des grandes tendances que nous allons présenter ici.

## 4 - 1 Un spectre de dispositions morales larges à l'intérieur duquel s'exerce la solidarité

Les dispositions morales qu'on observe le plus dans les PASS sont celles héritées de l'espace du soin de la précarité et de l'hôpital public. Originaires d'un mouvement humanitaire dans le domaine de la santé aux racines post-soixante-huitardes qui a construit une conception

du soin universaliste et antipolitique[146], l'espace du soin de la précarité, dont sont issus certains professionnels de PASS, en défend une conception assez proche. Le courant, porteur de valeurs humanistes à l'hôpital public, tout comme les politiques d'assistance luttant contre l'exclusion (protégeant une certaine « dignité humaine »), défendent également, à leur manière, une posture universelle et une certaine « raison humanitaire » dans le domaine de la santé. Tous dessinent une économie morale similaire ; ils tendent à s'influencer les uns les autres et à s'aligner sur les limites de la solidarité que nous avons décrites dans ce chapitre. Ces dispositions morales sont largement répandues à la PASS, partagées par des médecins et des assistantes sociales (qui montrent souvent un attachement à la problématique sociale et dont l'origine du métier défend les pratiques et normes similaires à celles de l'espace du soin de la précarité). Une « sensibilité à la précarité » a souvent été décrite par les enquêtés comme un trait de personnalité, une qualité innée de certains soignants (et souvent d'eux-mêmes). À travers cela, on essaye de décrire cette conception du soin large et holistique qui fait le lien entre dimension médicale et dimensions sociale, politique, culturelle ou environnementale. Elle est souvent décrite en opposition à une vision biomédicale et hyperspécialisée de la médecine et comprend une certaine connaissance des inégalités sociales en santé. Ces différentes dispositions constituent l'habitus de l'espace du soin de la précarité et impliquent une vision large de la solidarité en santé.

D'autres positions existent à la PASS. Alors que les médecins ont souvent choisi d'y travailler justement en raison d'une adhésion aux valeurs éthiques et morales que cette structure représente, d'autres professionnels ne montrent pas toujours le même engagement ni la même conviction. Ainsi, sur notre premier terrain à la PASS René Barthe de l'hôpital A, nous avons été étonné d'entendre des discours discriminants les étrangers et en particulier les étrangers en situation irrégulière. De nombreux stéréotypes circulent : l'AME permettrait aux clandestins de se soigner gratuitement, tandis que les Français ne pourraient plus se soigner à cause de l'augmentation des forfaits hospitaliers ; les étrangers viendraient en France pour se faire soigner en masse ; ou encore l'idée que « la France ne peut accueillir toute la misère du monde », etc. Gisèle, l'ancienne infirmière de la PASS, regrette que ce dispositif soit réservé aux étrangers, elle aurait aimé pouvoir aussi soigner des « Français ». Elle regrette notamment « que la "précarité" (sous-entendu le soin de la précarité) soit réservée aux étrangers, [car] il y a aussi des Français qui sont précaires ». Gisèle a terminé l'entretien[147] en expliquant que « la France est un grand hôpital » où les étrangers viennent se soigner et qu'une « charité bien ordonnée [devrait] commence[r] par soi même », sous-entendant que les nationaux devraient être soignés en priorité.

---

[146] À ce propos lire le second chapitre « Genealogies of Care: The New Humanitarianism » de Ticktin, Miriam, *Casualties of care: immigration and the politics of humanitarianism in France*, Berkeley, University of California Press, 2011, p. 60-86.

[147] Entretien réalisé à la policlinique de l'hôpital A, le 7 décembre 2010.

Nous avons pu observer le même type de discours de la part de l'assistante sociale des urgences :

> **Fatima Belmoktar** : « En même temps, je ne sais pas quoi dire, l'AME, c'est quelque chose d'incroyable. Incroyable mais vrai. Je ne sais pas… Il y a des gens qui ont très peu de sous, et ils (les législateurs) ont fait ça pour eux (l'AME), et tu vois quand même, dans ces marchés, il y a des gens qui viennent d'arriver qui cassent ce truc-là. Il y avait plein de Roumains avec leurs trucs, il y avait des Pakistanais, pourquoi ? Pourquoi, ce sont les Français qui n'ont plus accès aux droits ? Pourquoi tu casses le truc ? C'est pour des vieux, ou des gens qui sont là depuis des années qui n'ont même pas 500 €, qu'est-ce que tu fais ? [Elle raconte la situation des personnes âgées isolées françaises qui ont des problèmes d'accès aux soins]. Et moi je trouve ça atroce ! Je te dis la vérité, je préfère, c'est… mais je préfère qu'on ne donne pas l'aide médicale à tout le monde, qu'on donne l'aide médicale aux personnes quand ils ont vraiment besoin d'être hospitalisés, oui ! Mais qu'on aide un peu plus les Français et les résidents qui ont travaillé ici, qui ont cotisé, qui souffrent, qui habitent, qui payent des impôts, je préfère qu'on aide ceux-là, qu'on aide aussi les autres, mais pas à tort et à raison comme ça, pas à tort et à travers. […] Et puis ces étrangers, ces étrangers… remarque je suis étrangère ! C'est maintenant que je constate ! Non mais quand tu vis dans le système, tu vis la réalité c'est pas possible ! On peut pas faire l'Aide médicale pour tout le monde, c'est pas, ça crée des malentendus, ça crée du racisme ! Et il y a plein de gens, je te promets, qui viennent, entre autres des Algériens, parce que les autres je connais pas, je peux pas dire, qu'ils ont une Aide médicale et qu'ils font le va-et-vient. Ils sont riches là-bas, ils ont des voitures dernier cri etc. Ils ont l'Aide médicale, juste parce qu'ils sont en France depuis trois mois ? Tu vois ce que je veux dire ! Juste parce qu'il vient te voir, tu vas lui faire une domiciliation, c'est pas normal ! C'est pas normal. […] Et il y en a plein des gens comme ça. Et ça, les Algériens, c'est les plus petits. Parce qu'on a l'impression, les Arabes etc., c'est les plus mafieux, va voir les Yougo, et leurs trucs. Les Arabes, c'est facile de dire, mais nous, on est une petite minorité. On vole pas des trucs, c'est quand même voler, voler le RMI. C'est pas sérieux la France. Il y a trop d'abus, il y a trop d'aides, il y a trop d'aides, serrez leur les vannes un peu ! Arrêtez les aides, et on verra après. Non, moi je n'aime pas ce système. Il y a trop d'assistés, et ils assistent pas les gens qui en ont vraiment besoin. La France d'aujourd'hui, c'est ça, c'est pas la France d'il y a 20 ou 30 ans ! C'est plus les mêmes, maintenant c'est la misère ici. C'est la misère, mais c'est, il y a des miséreux en France, il y a beaucoup de gens qui ne peuvent pas manger, qui ne peuvent pas se soigner, qui n'ont pas de logement décent, qui… C'est eux qu'il faut soigner, avant de soigner ceux qui ont des millions dans leur pays ! »[148]

Cet extrait d'entretien montre une position un peu extrême qu'on ne retrouve pas souvent avec cette radicalité. Cependant, comme on vient de le voir dans ce chapitre, l'idée de fraude et d'abus associé à une mauvaise pauvreté est intrinsèque au système d'assistance et largement répandue dans toute la société, et on la retrouve à des degrés divers de manière diffuse dans tout l'hôpital[149]. La PASS fait souvent figure de lieu protégé des formes les plus communes de discours criminalisant les étrangers et les plus pauvres, mais n'en est pas exempte.

À l'autre extrême de ce spectre moral à l'intérieur duquel s'exerce la solidarité en santé, il y a les médecins souhaitant soigner tous les patients qui se présentent à eux et invoquant le serment d'Hippocrate. Les histoires circulent concernant des médecins usant de stratagèmes pour ne pas enregistrer les patients non couverts. Mais elles sont souvent racontées pour rappeler l'irresponsabilité en termes économiques d'une telle position. Chez d'autres médecins, la

[148] Extrait d'entretien avec l'assistante sociale des urgences. Novembre 2010, hôpital A.

[149] Nous pourrions multiplier les exemples et citer des comptes rendus de comité de pilotage où la cadre sociale évoque des réseaux de ressortissants européens.

solidarité s'étend à une reconnaissance d'une certaine dette coloniale ou migratoire comme on peut le lire dans les lignes suivantes qui rapportent une situation dans le box d'un médecin de la PASS René Barthe et dans l'extrait d'entretien avec l'assistante sociale de la PASS Apollinaire :

> **Situation n° 13 :** Le médecin reçoit une personne âgée algérienne venue rendre visite à sa fille. Elle possède un visa en règle et ne cache pas au médecin qu'elle est ici temporairement. Le médecin l'avait déjà vu quelques temps auparavant et connaît sa fille qu'il suit depuis de nombreuses années. Elle vient pour des migraines qu'elle n'arrive pas à soigner en Algérie, car les médicaments y sont trop chers. Cette dame bénéficiera d'un bon PASS et de médicaments gratuits.[150]

> **Véronique Lacourt** : « [...] il y en a d'autres que je croise (des médecins) et qui, à qui je dis "bah ce patient-là n'a pas de couverture sociale, donc..". Et le médecin me dit "mais moi c'est pas mon problème, je m'en fous, serment d'Hippocrate", d'autres médecins qui te disent "oh bah moi les Chinois, moi je les prends pas en Apollinaire, parce que la Chine n'a qu'à mettre en place une Sécurité sociale. C'est pas comme tel ou tel pays qu'on a colonisé", donc il a une culpabilité personnelle vis-à-vis de ces pays-là et il va être plus aidant avec ces patients-là, enfin, c'est... elle est où l'éthique ? »[151]

Au milieu des dispositions morales des professionnels concernant la solidarité interfèrent les considérations financières. Les limites de la solidarité en santé semblent de plus en plus se concevoir chez les professionnels de la PASS au travers d'un filtre financier exigeant une certaine auto-limitation en raison du caractère rare de certaines ressources. Cependant, le filtre financier ne semble s'appliquer qu'aux marges de la solidarité, seulement pour les patients les moins légitimes (et les moins solvables). L'adhésion à une forme de professionnalité organisationnelle exacerbe la dimension financière qui tend à devenir prépondérante, dans un souci de préserver la santé budgétaire de l'hôpital dans lequel on travaille. La solidarité se circonscrit dans ce cas-là aux possibilités, réelles ou imaginées, interne à l'hôpital.

## 4 - 2 Les dispositions morales de l'équipe : la synergie du groupe et le rôle de la formation des professionnels

La disparité des dispositions morales des professionnels au sein d'une équipe PASS tend à s'unifier de manière synergique. Les personnes occupant les positions hiérarchiques les plus élevées (médecin référent ou cadre sociale) donnent le ton. Mais cela ne fonctionne pas toujours, comme à la PASS René Barthe où le profil engagé des deux médecins de la PASS n'arrive pas à contrebalancer les courants contraires fortement présents dans l'environnement des autres professionnels. Dans les PASS des hôpitaux B et C, cela n'est pas le cas. Le fait que, dans ces hôpitaux, les cadres de service social sont fortement engagées dans la PASS et portent les valeurs du « service social hospitalier » joue un rôle fondamental. Les formations régulières

[150] Extraits de carnet de terrain. Box de consultation médicale de la PASS René Barthe. Hôpital A, novembre 2010.

[151] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistante sociale (1) de la PASS Apollinaire. Février 2012, hôpital C.

réalisées par des membre de l'espace du soin de la précarité, notamment le Comede et Médecins du Monde, mais aussi les fréquentes discussions entre les professionnels de la PASS, participent à la réalisation d'un habitus spécifique.[152]

## CONCLUSION

Comme l'a très bien montré V. Dubois, l'analyse des institutions qui gouvernent les plus pauvres ne peut faire l'économie de l'étude du maintien de l'ordre social et de l'assignation d'identité ; incidences plus diffuses et moins visibles certes, mais qui n'en sont pas moins une réalité structurant les démocraties modernes à travers leurs différentes administrations[153]. Cela renvoie à une thématique plus large, celle de la production et de la transmission des normes sociales par les institutions de l'État au moyen de ses agents. Ces normes sociales sont intériorisées par les employés des institutions et diffusées au moyen de jugements qui sont porteurs de sanctions, positives et négatives (dans une perspective durkheimienne). L'hypothèse générale qui a été défendue ici est que les catégories construites par les professionnels des PASS participent à l'élaboration et au maintien d'un ordre social hiérarchisé et normé dans le champ de la santé (et par extension dans la société). Les PASS sont des dispositifs particulièrement intéressants pour étudier ces phénomènes car, derniers filets de sécurité du système public, elles font face aux désaffiliés décrits par Robert Castel, ceux qui sont menacés d'exclusion dans le système de santé[154]. Les catégories utilisées par les professionnels, parce qu'elles sanctionnent les patients d'une inclusion ou d'une exclusion de la PASS, révèlent les règles morales[155] d'intégration du système de santé public dans son ensemble. C'est cette « relation cachée du centre à la périphérie »[156] qui se dévoile ici. La question de la légitimité des patients renvoie à celle de la construction des normes de l'intégration sociale et de la solidarité dans le

---

[152] Pour une analyse plus approfondie des mécanismes de socialisation dans les milieux militants, nous renvoyons au chapitre d'Olivier Filleule et Bernard Pudal, « 8. Sociologie du militantisme. », *in* Agrikoliansky, Éric, *et al.*, *Penser les mouvements sociaux*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 2010, p. 163-184.

[153] Dubois, *op. cit.*, 2010.

[154] Castel, *op. cit.*, 1995.

[155] Au sens durkheimien, suivant l'analyse de M. Piras : « Durkheim part de la distinction (kantienne) entre règles techniques et règles morales. La règle est entendue comme un principe qui impose de suivre une certaine conduite ; à l'intérieur de cette classe générale des « règles de conduite », les « faits moraux » constituent un sous-ensemble, parce que toutes les règles de conduite ne sont pas morales. Pour les définir par rapport aux autres, il faut considérer quelles sont les conséquences de leur violation : lorsque je ne respecte pas une règle technique (par exemple, un principe économique, médical, de production, etc.) mon action risque simplement de ne pas réussir, d'échouer. Lorsqu'au contraire je ne respecte pas une règle morale, je provoque une réaction de réprobation et de blâme de la part de la société, qui s'oppose à cet acte [...] ». Piras, Mauro, « Les fondements sociaux de l'agir normatif chez Durkheim et Weber. Le rôle du sacré », *Archives de sciences sociales des religions*, vol. 127, 2004, coll. « Max Weber, la religion et la construction du social », p. 141.

[156] Castel, *op. cit.*, p. 170.

domaine de la santé. En dessinant les frontières du légitime et de l'illégitime dans le système de santé, les PASS, au travers de leurs pratiques, déterminent les contours de ce que la société se donne comme relevant de sa responsabilité. Lorsqu'on observe l'application de ces différentes règles sur le terrain lors des interactions quotidiennes, ces catégories de patients et leur légitimité sont éclairées d'un tout autre jour. Le système assistanciel est la réponse sociétale au risque de pauvreté. En distinguant une pauvreté légitime d'une pauvreté illégitime, se mêlant à des catégories de bons migrants et de mauvais migrants, les professionnels de la PASS établissent les frontières entre la responsabilité individuelle et la responsabilité collective.

La prise en charge à la PASS est donc questionnée par les règles du champ assistanciel en général. La légitimité des patients à s'inscrire dans le dispositif PASS dépend de leur degré de proximité à la société française qui est tout d'abord mesuré par le titre de séjour (ou son absence) et les droits sociaux qui y sont attachés, liant ainsi très intimement les contours de la solidarité à la définition de la citoyenneté devenue l'étalon d'une forme de droit à l'intégration en santé porté par l'État, ses hôpitaux et son système d'assurance maladie. Paradoxalement, ce n'est pas l'absence de statut légal qui empêche l'accès à ce droit — au contraire, il en ouvre plutôt l'accès —, mais plutôt certaines formes de citoyenneté instables qui témoignent d'une précarité administrative importante. Ainsi, l'étude de la dimension assistancielle de la PASS dévoile que le traitement de la question sociale a aussi pour objet une certaine régulation du flux d'étrangers liée aux questions de santé et souligne donc une dimension biopolitique essentielle. La PASS est l'outil d'une gouvernementalité pragmatique qui permet à la fois le contrôle et le maintien en bonne santé de certaines catégories de la population situées à la marge et en dehors de la citoyenneté et de la société (mais présentes sur le territoire). Elle contient ainsi les tensions sociales potentielles qu'engendreraient une exclusion complète du système de santé et crée par la même occasion une certaine subordination de ces patients envers la société française.

L'absence de critères clairement établis concernant les limites de l'assistance invite à recourir à un examen individuel de la situation du patient, de son intimité, notamment de ses projets de vie. C'est ce dernier qui permet l'inscription exceptionnelle dans le circuit d'assistance[157]. La raison humanitaire, introduisant une politique compassionnelle valorisant l'innocence et la souffrance, prend le relai du critère de proximité installant un régime

[157] Nous partageons ici l'analyse de Roland Gori et Marie-José Del Volgo dans leur interprétation arendtienne de la biopolitique moderne qui s'applique tout à fait ici : « Pour Hannah Arendt, le domaine "privé" relève dans le monde grec du "familial" et de ses conditions "économiques" et "sociales", le domaine public renvoie au contraire à l'action politique au sein de la cité. Dans le monde moderne les deux domaines se recouvrent constamment et au cours des siècles l'avènement de la "société de masse" implique un renoncement et une destruction de la famille au profit du "social". Cette "socialisation" de la vie quotidienne aboutit à une uniformisation égalitaire des comportements. Ce déficit politique de la condition de l'homme moderne se révèle dans toute son ampleur dans le champ de la santé et de l'administration du vivant. La gestion "comptable" de la santé n'est que la partie émergée de cet iceberg, qui substitue au débat public et aux choix politiques le traitement "social" de la sécurité sanitaire des populations. » Gori, Roland et Marie-José Del Volgo, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Flammarion, 2009 (2005), p. 48-49. Référence à Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Pocket, 1988, 406 p.

d'exception aux extrémités de la solidarité assistancielle. Ce régime d'exception guidé par l'émotion et la morale produit de la différence entre les migrants s'opposant ainsi à la politique au sens arendtien du terme[158]. Une économie morale prend donc le relai d'une économie politique lorsque cette dernière fait défaut afin de justifier l'exclusion de certains patients par la condamnation morale et d'en masquer les aspects politiques et historiques.

D'autre part, la capacité des patients à répondre à l'exigence d'insertion dans le système de couverture maladie dépend là aussi de leur statut administratif (du moins en partie). Aux marges du critère d'insertion, l'exception se base sur les capacités expressives et argumentatives des patients et de leur connaissance des codes de la relation administrative assistancielle afin de montrer qu'ils sont des pauvres méritants. Dans le cas de la PASS, le rôle du patient dépasse ainsi celui du simple malade puisqu'il doit aussi remplir le rôle moral des catégories de l'assistance et développer les compétences sociales de ces deux champs. Ces difficultés supplémentaires pour s'insérer dans le champ médicosocial sont en partie compensées par la spécialisation de la PASS ; les professionnels y sont sensibilisés à la précarité, augmentant ainsi les chances de succès de la prise en charge des patients précaires.

Le degré d'ouverture des critères d'inclusion et d'exclusion aux marges de l'assistance[159] dépend des dispositions morales des professionnels. Celles-ci se construisent individuellement en fonction de l'habitus et des trajectoires sociales. Elles peuvent également être influencées par des dynamiques collectives internes à la PASS et des formations sur les thèmes portés par l'espace du soin de la précarité. De manière assez proche avec ce qu'a analysé A. Spire dans les préfectures[160], les professionnels des PASS voient dans leur travail une fonction de maintien de l'ordre à l'intérieur du système de protection sociale : protéger ce dernier contre les fraudes, les abus et reconnaître les patients méritants l'aide.

Si les conditions d'insertion et de proximité réduisent le stigmate du « mauvais pauvre » en reconnaissant la responsabilité de la société dans la condition de l'individu, elles stigmatisent d'autant plus ceux qui, parmi les exclus du système de santé, ne parviennent pas ou ne souhaitent pas accéder à cette exigence. Or, ce refus ou cette incapacité trouve ses racines dans les conditions sociales d'existence structurelles de ces patients.

Par ailleurs, tout au long de ce chapitre, on a pu voir la forme du développement d'un régime biopolitique diffus à l'intérieur duquel le pouvoir s'exerce sur et par les corps et les

---

[158] Cela va dans le sens de la thèse d'Agnes Heller et Ferenc Fehér sur la *biopolitque* comme étant une « politique de l'identité et de la différence, [...] par opposition à une politique de la justice sociale. Elle est considérée comme négation de la politique ou régression à des formes prépolitiques [...] ». Définition retranscrite par Keck, Frédéric, « Les usages du biopolitique », *L'Homme*, , n° 187-188, p. 295-314. Nous développerons ce thème dans le chapitre suivant.

[159] Dans la partie précédente, nous avons vu que le degré d'ouverture des critères est également très lié à la place de la PASS dans l'hôpital : ses capacités à défendre les pratiques et conceptions de l'espace du soin de la précarité sont fonction de son positionnement par rapport aux ensembles normatifs dominants à l'hôpital (modèle professionnel traditionnel, professionnel organisationnel ou engagé).

[160] Spire, *op. cit.*, 2008, notamment le chapitre II.

comportements des patients étrangers et pauvres. Les activités de gouvernement et de contrôle des patients les plus pauvres dans les lieux de soins se sont transformées. Elles étaient autrefois davantage répressives et directement exercées par les forces de l'ordre (comme c'était le cas à l'hôpital Avicenne au début du siècle dernier) ou se matérialisaient dans les lieux d'enfermement. Aujourd'hui, ces activités se servent de la médecine moderne et sont davantage orientées vers la correction des comportements et des corps[161]. Dans la plupart des cas, le bio-pouvoir sur les patients des PASS prend la forme d'une politique du « laisser vivre » et s'exerce de manière douce et indolore. Il consiste, tout à la fois, à obtenir l'exécution, l'assentiment ou l'intériorisation des comportements et des actes prescrits par les logiques de santé publique et de maintien en bonne santé et à maintenir l'ordre social.

[161] Notre analyse de la médecine comme un outil fort de contrôle social rejoint d'une certaine manière celle de certains sociologues de la santé américains. Talcott Parsons a été le premier a définir la maladie comme une déviance et la médecine comme une institution de contrôle (notamment autour de la notion de « rôle de malade »). Irving K. Zola voyait déjà dans les nouvelles formes de contrôle social développées par la médecine moderne comme remplaçant d'autres formes de contrôle plus traditionnelles. Peter Conrad a souligné quant à lui le rôle de contrôle de la médecine et identifie une médicalisation de la déviance (et de ses comportements) dans le processus de médicalisation de la société (extension du magistère médical à de nouveaux domaines de la vie). Tout ces travaux font échos à ceux sur l'essor de la biopolitique étudié par M. Foucault. Nous reviendrons sur ce sujet au chapitre suivant. Voir l'article de Conrad, Peter, (« Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, 1992, p. 209-232) qui résume bien ces différents thèmes de recherche, notamment sur la médicalisation de la déviance. Zola, Irving K., *Socio-Medical Inquiries*, Philadelphia: Temple Univ. Press, 1983, p. 349. Parsons, Talcott, *The social System*, New York, Free Press, 1951, 575 p.

# CHAPITRE VIII — AU-DELÀ DE L'ÉTHIQUE, LA DIMENSION BIOPOLITIQUE DE LA PASS

> « Ce qu'on pourrait appeler le "seuil de modernité biologique" d'une société se situe au moment où l'espèce [humaine] entre comme enjeu dans ses propres stratégies politiques. L'homme, pendant des millénaires, est resté ce qu'il était pour Aristote : un animal vivant et de plus capable d'une existence politique ; l'homme moderne est un animal dans la politique duquel sa vie d'être vivant est en question. »[1]

## INTRODUCTION

Dans ce chapitre, nous poursuivons la réflexion entamée précédemment concernant le traitement de la question sociale et la fonction de la PASS dans le système de santé dans une perspective de biopolitique et tentons de monter en généralité dans l'interprétation des dimensions politiques identifiées.

Nous avons vu au chapitre précédent que la PASS, en tant que structure d'assistance, est une passerelle vers le système de droit commun. Cette assertion sépare d'emblée la PASS du droit commun, c'est-à-dire du système de santé ordinaire. Elle est pensée comme une porte d'entrée qui pallie temporairement et de manière exceptionnelle une absence d'accès aux soins de santé. L'insertion des patients dans le système de santé régulier est donc la condition *sine qua non* de l'activité de la PASS. Pourtant, on l'a entrevu tout au long de cette thèse, les causes de l'exclusion du système de santé normal sont structurelles et diverses et la fonction d'insertion de la PASS ne fonctionne pas toujours.

Que se passe-t-il lorsque la PASS échoue dans sa fonction d'insertion sociale ? Et, dans ce cas-là, qu'est-ce que cela nous apprend sur le fonctionnement du système de santé ? Est-ce que la différenciation des prises en charge à la PASS est la marque d'un système de santé stratifié ? Si oui, que peut-on dire de la forme que prend ce système de santé stratifié et quelles en sont les fonctions ? L'hypothèse qui servira de fil directeur est celle de la stratification aux marges du système de santé. Nous utiliserons dans ce chapitre la notion de

[1] Michel Foucault, *La volonté de* savoir, Paris, 1976b, p. 188.

stratification (plutôt que celles d'inégalités ou de hiérarchie) afin de souligner l'organisation sociétale en un système de différenciation et de hiérarchisation des positions sociales reposant sur des relations de domination et de pouvoir. La structure sociale repose ainsi sur des groupes sociaux qui se définissent par leur inégal accès aux ressources (notamment de santé, pour ce qui nous intéresse).

La question de ce chapitre est celle de la biopolitique, celle qui part de l'idée que « l'homme moderne est un animal dans la politique duquel sa vie d'être vivant est en question »[2] et qui se concrétise dans « l'intervention de la société et l'emprise de l'État sur les corps »[3]. Le chapitre précédent a étudié cette question en prenant comme angle d'approche celui des politiques sociales au travers de l'analyse de la dimension assistancielle de la PASS et s'est principalement penché sur la question du gouvernement des conduites et le contrôle des corps. Ce chapitre analyse la biopolitique dans son impact sur l'accès aux soins et dans la définition qu'elle construit du vivant. Cette thématique est pour nous l'occasion de croiser et confronter deux courants théoriques des sciences sociales contemporaines très présents en sociologie de la santé. Le premier est celui qui prend ses racines dans les écrits de Michel Foucault et qui croise les théories de la biopolitique et celles de la gouvernementalité et que nous avons commencé à entrevoir dans le chapitre précédent. Il s'agira de voir ce que le champ de l'accès aux soins et des PASS, en ce qu'il correspond aux strates les plus basses du système de santé, apporte à l'analyse des nouvelles formes de biopolitique en termes de reproduction de la structure sociale. Cela nous permettra d'approfondir la réflexion sur la tension entre citoyenneté, accès aux soins (biologie) et gouvernement des populations aux marges de la société. Le second courant théorique prend sa source dans la sociologie américaine des années 1970 initiée par l'essayiste Ivan Illich et par le chercheur Peter Conrad et qui s'est intéressée à la médicalisation de la société. En lien avec les théories de M. Foucault sur la biopolitique, il a permis le développement de réflexions dans la sociologie française sur la thématique de la décision en médecine lorsque celle-ci concerne des champs qui se situent au-delà de leurs domaines de compétence[4]. Ces deux courants de la sociologie, malgré leurs fondements théoriques communs et la proximité de leurs objets d'étude, se sont constitués de manière autonome et ont peu communiqué[5]. Le croisement de ces deux

---

[2] Foucault, Michel, *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976b, p. 188.

[3] Fassin, Didier et Dominique Memmi (ed.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 2004, 269 p. (p.2)

[4] Voir notamment l'ouvrage collectif dirigé par Isabelle Baszanger, Martine Bungener et Anne Paillet (eds.), *Quelle médecine voulons-nous?*, Paris, la Dispute, 2002, 249 p. Ou encore les travaux de Thomas Bujon et Christine Dourlens sur les demandes de réassignation sexuelle et l'ouvrage qu'ils ont dirigé sur la question des frontières de la médecine (Bujon, Thomas et Christine Dourlens, « Les médecins aux bords de leurs savoirs. Les concertations pluridisciplinaires face aux demandes de réassignation sexuelle », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 10,1, n° 1, 2016, p. 95-120 et Bujon, Thomas, Christine Dourlens et Gwenola Le Naour (eds.), *Aux frontières de la médecine*, Paris, France, Éditions des archives contemporaines, 2014, 255 p.).

[5] D. Fassin a contribué à rapprocher ces deux domaines de recherche, notamment à l'occasion de sa collaboration avec D. Memmi (*op. cit.,* 2004).

courants permettra d'aborder sous un angle nouveau la dimension politique de la question de l'accès aux soins dans les politiques publiques.

Le thème de la décision aux frontières de la médecine est habituellement abordé par des chercheurs travaillant sur des terrains traversés par des questions dites de bioéthique et par l'extension de la prise en charge médicale à des domaines qui ne relèvent pas directement de la maladie. La bioéthique est née dans les années 1970 dans le cadre de débats sur des expérimentations médicales menées sur des patients sans leur consentement. Elle désigne aujourd'hui « un espace public de débat, spécifiquement éthique[6], qui porte sur l'orientation de la recherche biomédicale et des pratiques thérapeutiques qui lui sont associées »[7]. En fait, les débats sur la bioéthique concernent un petit nombre de pratiques médicales qui posent problème car elles sont en conflit avec certaines conceptions morales. Les premières sont celles relatives à la séparation de plus en plus grande entre une pratique de la médecine pour faire avancer la science et une pratique de la médecine pour soigner un malade (c'est la différence entre l'acte de recherche et l'acte de soin). Un second groupe faisant l'objet de débats bioéthiques rassemble des pratiques qui touchent à des valeurs liées à la famille, à la naissance ou à la personne et qui n'ont pas de visée de soins directe (techniques médicales de fécondation et d'avortement, greffe d'organe et de tissus, diagnostics prénataux, euthanasie, etc.). Les débats sur l'éthique questionnent dans ce cas la légitimité de la médecine et de ses praticiens à intervenir et à décider dans certains domaines qui ne font pas directement partie de leur domaine de compétence technique (la maladie) ou qui se positionnent en amont ou en aval de celui-ci. Un des aboutissements de ces débats éthiques, notamment concernant le premier groupe de pratiques, a été de donner une place plus importante au patient dans le processus de décision. Cela a notamment été l'objet de la loi de 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé »[8] qui a entériné le concept de consentement éclairé (devoir d'information envers le patient) et a, ainsi, transformé les rapports de soins. Simone Bateman-Novaes souligne que des questions spécifiques à la bioéthique émergent de situations particulières :

> « situations qui relevaient jusqu'ici d'une limitation incontournable [et qui] deviennent, du fait d'une possibilité d'intervention technique, l'objet d'une décision. Qui va naître et dans quelles conditions ? Sur quels traits identitaires pourrait-on intervenir ? Qui va mourir et comment ? Le souci de la qualité d'une vie — critère de jugement dont la définition, voire même la pertinence, est âprement discutée — s'impose comme nouvelle valeur, au nom de laquelle les personnes actuellement en vie ont à

[6] Nous reprenons pour l'instant la définition usuelle du dictionnaire désignant l'éthique comme la science de la morale. Robert, Paul et Josette Rey-Debove, *Le nouveau petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Nouv. éd., Paris, Dictionnaires Le Robert, 1999, 2551 p.

[7] Bateman-Novaes, Simone, « Bioéthique », *in* Lecourt, Dominique, François Delaporte, Patrice Pinell et Christiane Sinding, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 158-164.

[8] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

assumer des responsabilités et à prendre des décisions à l'égard de leurs ascendants et de leurs descendants, qui les engagent bien au-delà des limites de leur propre vie. »[9]

Certaines décisions prises dans le cadre de la PASS invitent à se poser des questions similaires. Le chapitre précédent a montré que la PASS en tant que système assistanciel a une fonction de tri et d'exclusion des patients jugés comme non légitimes pour être pris en charge. Or, la décision d'inclure ou d'exclure, parce qu'elle statue plus généralement sur la légitimité d'un patient à être pris en charge par l'hôpital et le système de santé publics, fait entrer cette structure dans un espace aux frontières de la médecine et du soin. En effet, quelle est la légitimité de l'espace du soin à prendre des décisions concernant les catégories de patients pris en charge par le système de santé public ? Cette question devient encore plus pertinente dès lors qu'on étudie les mécanismes de construction de ces catégories largement basés sur les catégories de citoyenneté (voir chapitre précédent). Est-il du ressort des équipes des PASS de décider quelles catégories de migrants ont le droit de bénéficier de la solidarité du système de santé français ?

Pour comprendre les fonctions et les ressorts de la biopolitique qui se dessine à la PASS, nous étudierons dans ce chapitre deux cas de figure. Le premier est celui où la PASS échoue dans son rôle d'insertion, c'est-à-dire où elle n'est plus une passerelle, mais la seule structure publique d'accès aux soins (première sous-partie). Le second est celui de l'échec du rôle d'inclusion au sens fort du terme, c'est-à-dire lorsque la PASS — dernier filet de sécurité public — exclue définitivement le patient. Ce cas de figure sera appréhendé au travers du dispositif des Réunions de concertation pluridisciplinaire - médico-sociales et éthiques (RCP-MSE, deuxième sous-partie). Ces deux cas de figure correspondent à deux niveaux de stratification, le premier est celui d'une intégration limitée ou « bridée »[10] et le second, plus radical, correspond à l'exclusion ou au bannissement. Nous verrons que le deuxième cas de figure représente un point de conflit entre éthique professionnelle médicale et absence de

[9] Bateman-Novaes, Simone, *op. cit.*, p. 163

[10] Chauvin, Sébastien, « En attendant les papiers. L'affiliation bridée des migrants irréguliers aux États-Unis », *Politix*, vol. 87, n° 3, 2009, p. 47-69.

reconnaissance politique d'une « citoyenneté biologique » pour certaines catégories de patients (et des bénéfices qu'ils peuvent en tirer)[11].

# 1 RATIONNEMENT DU SOIN ET EXCLUSION

## 1 - 1 Une passerelle en panne pour certains patients

Nous avons vu tout au long de ce travail que les raisons qui amènent les patients à la PASS sont diverses et complexes. Elles sont tout d'abord liées à l'isolement de catégories stigmatisées de la population (étrangers en situation irrégulière et ressortissants européens pauvres) à l'intérieur du système de protection maladie. L'identification et l'isolement administratif de catégories stigmatisées dans le système de santé et d'assurance maladie — des étrangers en situation irrégulière et des ressortissants européens pauvres grâce à l'AME et des pauvres de manière générale grâce à la CMU — permet un traitement administratif spécifique générant des difficultés ou des impossibilités d'accès aux droits et donc aux soins (voir chapitre II). L'exclusion d'autres catégories de la population de toutes les couvertures maladies (patients sous visa principalement) a un effet similaire. Cela crée un contingent de patients sans droits relatifs à la santé condamné à se rendre à la PASS pour accéder aux soins, du moins temporairement. C'est également le résultat des discriminations dans le système de santé exercées par les professionnels de santé à l'encontre de ces catégories. Les patients doivent se rendre à la PASS le temps de trouver un médecin traitant qui accepte de les soigner dans le droit commun. D'autres barrières à l'accès aux soins s'inscrivent davantage sur le long terme. Les caractéristiques sociales des patients migrants et/ou pauvres entraînent des problèmes de santé et des besoins spécifiques. L'insuffisance, voire l'absence, de structures de soins compétentes dans ces prises en charge (structures adaptées aux modes de vie et aux difficultés des patients, prise en charge holistique, possibilité d'interprétariat, mais aussi prise en charge psychologique ou psychiatrique,

[11] Ce concept a d'abord été développé par Adriana Petryna dans son ouvrage *Life Exposed. Biological Citizens after Chernobyl*, Princeton, Princeton University Press, coll. « In-formation », 2002, 264 p. Elle décrit comment les anciens employés de la centrale nucléaire se servent des préjudices biologiques (biological injuries) comme revendications d'accès à la citoyenneté. Ce concept a été repris par Miriam Ticktin dans son ouvrage *Casualties of care: immigration and the politics of humanitarianism in France*, Berkeley, University of California Press, 2011, 295 p. à propos des demandes de séjour pour soin en France. Nikolas Rose et Carlos Novas l'utilise dans un sens beaucoup plus large pour parler de « citizenship projects that have linked their conceptions of citizenship to beliefs about the biological existence of human beings » (Rose, Nikolas et Carlos Novas. « Biological Citizenship », in Aihwa Ong et Stephen J. Collier (dir.) *Global Assemblages. Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Malden, Blackwell Publishing, 2005, p. 440.). Nikolas Rose précise : « "biological citizenship" have taken shape that recode the duties, rights, and expectations of human beings in relation to their sickness, and also to their life itself, reorganize the relations between individuals and their biomedical authorities, and reshape the ways in which human beings relate to themselves as "somatic individuals." » (Rose, Nikolas S., *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton, Princeton University Press, coll. « Information series », 2007a, 350 p. [p.6]). C'est cette dernière définition que nous retiendrons.

médicosociale, etc.) enferme ces patients dans la PASS sur le long terme (voir chapitre VII - 2 - 1). Inversement, l'illégalité provoque une méfiance et une réserve chez certains patients vis-à-vis des administrations et des institutions incompatibles avec une logique d'insertion (voir chapitre VII - 2 - 2). Tous ces facteurs, et encore davantage lorsqu'ils se combinent, font que certains patients n'arrivent pas à accéder au « droit commun » et sont condamnés aux structures d'assistance. À d'autres égards, c'est toute l'organisation hospitalière qui gêne encore plus la logique d'insertion.

> « La socialisation de l'exercice médical et sa dépendance croissante vis-à-vis d'un environnement technologique lourd et coûteux créent un décalage entre le principe de déontologie médicale selon lequel chaque malade sans distinction doit pouvoir bénéficier de toutes les conquêtes des sciences médicales et les possibilités concrètes de réaliser ce principe. Si ce décalage lui-même n'est pas nouveau, il prend une dimension nouvelle lorsqu'il est mesurable en termes de niveaux d'équipement, c'est-à-dire lorsqu'il est lié à la rareté de certains moyens de soins [...]. L'inégalité sociale qu'il engendre nécessairement dans la consommation des soins est inscrite dans l'organisation technique de la distribution de ces moyens, notamment à travers les filières de soins et le système de sélection qui l'accompagne, et dans l'inégalité des équipements des différents services de médecine à travers la hiérarchie technique des hôpitaux et des spécialités. »[12]

Cette réflexion d'Antoinette Chauvenet qui date de 1973 prend encore aujourd'hui tout son sens lorsqu'on s'intéresse à la prise en charge des patients précaires, en particulier ceux qui n'ont pas de couverture maladie et montrent l'inscription structurelle des inégalités sociales dans le domaine de la santé. Tout au long de la seconde partie de la thèse, l'étude des effets de l'organisation hospitalière et de ses réformes gestionnaires et budgétaires a laissé entrevoir une standardisation et une rationalisation des prises en charge peu propice à l'accueil des patients précaires. À la PASS, les professionnels sont régulièrement témoins des refus de soin ou des traitements inégalitaires que subissent leurs patients à l'hôpital public. C'est ce qu'évoque une médecin de la PASS Apollinaire :

> **Dr Lacombessie** : « Ce que je veux dire, c'est que ça m'est arrivé d'être dans la mouise ici, d'avoir... il y a nécessité d'hospitaliser quelqu'un, pour une tuberculose osseuse, vertébrale... suspicion. N'importe quel Français on l'aurait pris, parce que ce truc-là, ça peut donner une paraplégie, et voilà. Et en fait le monsieur qui vit dans la rue, Égyptien, euh, sans Sécu, on va discuter quoi, on va discuter. »
> **J.G.** : « Et ça discute toujours au niveau de la spécialité ? Est-ce qu'on va l'accepter ou pas ? »
> **Dr Lacombessie** : « Alors là, c'est dans notre service, c'est en médecine interne. »
> **J.G.** : « Et qui va discuter? Qui va prendre la décision ? »
> **Dr Lacombessie** : « Bah, le... là-haut, je monte avec le dossier, je monte avec les images, "ah oui, c'est vrai, bon faudrait lui faire une ponction", "oui mais la ponction faudrait lui faire en HDJ [hôpital de jour]", donc déjà il faut l'hospitaliser. Je vais en radio, en radio, on me dit "ouais mais bon nous, ce serait bien le faire sur [l'autre hôpital du groupe hospitalier]". Et là tu te dis "non mais sur [Autre hôpital], je vais jamais y arriver, il a pas de Sécu". Enfin tu vois, il va refaire tout le truc sur [Autre hôpital]... »
> **J.G.** : « Donc du coup, il a un parcours de soin vraiment particulier parce qu'il a pas de Sécu ? »

[12] Chauvenet, Antoinette, « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 62.

**Dr Lacombessie** : « Là, pour le coup c'est vraiment ça. [...] Et si tu veux, je sais pas, par moment, clairement, on se discute le choix, des collègues, d'hospitaliser des patients PASS. Enfin je veux dire, même pour une phlébite, avec un monsieur SDF d'origine polonaise, qui s'alcoolise de temps en temps. Certes, c'est pas le patient modèle, mais il a une réelle indication à être hospitalisé, et tu ne réfléchirais pas trois secondes pour... il ne peut pas marcher, donc tu le mets dans la rue, donc qu'est-ce qu'il va faire ? Tu vois. »
**J.G.** : « Et là à la fin il va quand même se faire hospitaliser, mais il va y avoir des négociations pendant... ? »
**Dr Lacombessie** : « Ouais. Alors, je vais te dire comment ça s'est passé. Il est finalement hospitalisé, mais vraiment avec réticence, en disant "ouais mais vous êtes sûrs, parce que, bon..." Tu vois, on sent que c'est pas très naturel. Et puis après, on est monté avec Émilie [Petit] le voir, etc., et c'est "ouais, mais bon, votre patient..." Et en fait il y a un peu de rancœur. Un peu de rancœur de voilà.. »
**J.G.** : « Mais c'est aussi parce que derrière il y a un peu la peur qu'ils puissent pas le faire sortir rapidement parce qu'il est à la rue ? »
**Dr Lacombessie** : « Voilà, qu'il pète un peu le câble parce qu'il est alcoolique un peu chronique et que ça se passe pas simplement. »
**J.G.** : « Qu'il fasse un delirium tremens ? »
**Dr Lacombessie** : « Mais il y a des moyens médicaux de le traiter le delirium tremens ! C'est plutôt qu'il fasse le souk et que ça se passe pas comme on voudrait. Voilà, que le patient soit pas finalement un gentil patient. »[13]

Les raisons qui poussent les services de spécialité à refuser les patients précaires sont multiples. Tout d'abord, c'est « l'insolvabilité » de ces patients qui dissuade les médecins. D'autre part, la rareté des places hospitalières renforcée par les processus de rationalisation du NPM et de la nouvelle gouvernance hospitalière incite les hospitaliers à privilégier les patients chez qui la probabilité de durées moyennes de séjour courtes est la plus grande[14]. Par ailleurs, les valeurs peu mobilisatrices des patients précaires[15], tout comme les autres déviances perçues par rapport au comportement du « bon patient » (comportement violent, difficultés de communication, mauvaise odeur, etc.) constituent également des barrières à l'accès aux soins dans le système de santé classique.

Dans ce contexte, la PASS devient le réceptacle des patients qui sont indésirables dans le reste du système de santé. Au travers du récit du Dr Lacombessie, on voit bien que l'insertion des patients de la PASS dans le système de santé n'est pas seulement un problème lié à l'absence de Sécurité sociale, mais que le système hospitalier moderne ne se donne pas les moyens d'accueillir les patients qui sortent des cadres préétablis par les normes managériales standardisées. Ce constat retrouve celui de la sociologue Yasmine Siblot à propos de la modernisation des services publics :

« La thématique de l'"adaptation des services" participe ainsi d'une entreprise de redéfinition du service public tendant à sa dualisation entre des services gérés suivant des normes d'efficacité gestionnaire, voire de rentabilité, à destination de l'ensemble de la population, et des services spécifiques visant à assurer des fonctions sociales dans les "quartiers". Loin de

[13] Extrait d'entretien avec une médecin généraliste attachée à la PASS Apollinaire dans un grand CHU parisien. Mars 2012, hôpital C.
[14] Voir la sous-partie 2 - 2 - 2 dans le chapitre V.
[15] Voir la sous-partie 2 - 4 « La relégation des patients des PASS à l'hôpital » dans le chapitre III.

s'opposer aux dimensions managériales des réformes de modernisation des services publics, ce volet spécifique de l'"adaptation" des services dans les quartiers leur est ainsi complémentaire. »[16]

On pourrait penser de prime abord que la PASS ne correspond pas à la dualisation des services publics décrite par Yasmine Siblot. En effet, elle a été conçue comme une passerelle vers le droit commun, une structure transitoire grâce à laquelle les personnes exclues du système de santé peuvent s'insérer. Or, pour une partie des patients, les raisons de l'exclusion sont structurelles et la PASS devient un système parallèle qui prend en charge durablement ceux qui n'ont pas (vraiment) accès au système de santé classique et s'inscrit donc, pour ceux-là, à la suite de la liste des services spéciaux réservés aux populations précarisées décrits ci-dessus par Y. Siblot. La PASS devient ainsi une sorte de deuxième vitesse du système de santé qui prend en charge les patients précaires jugés problématiques :

**Nicolas Favry** : « Dès qu'(un patient) parle pas français, ça pense à nous. Et ce qui est compliqué aussi, c'est qu'une fois que le patient a été étiqueté PASS, il va le rester… Voilà, du coup quand il y a quelqu'un qui est arrivé aux urgences et qui a eu le malheur dans son parcours d'avoir par exemple été suivi à la PASS, ne serait-ce il y a deux, trois, quatre ans, "ah, c'est un de vos patients !". Donc du coup après c'est vite le patient de la PASS qu'on n'a pas bien envie de voir, parce qu'il parle pas français, parce que c'est compliqué, parce qu'il a un comportement… Du coup, ça les dessert un petit peu. »
**J.G.** : « Donc ça peut arriver aux urgences de réorienter sur la PASS…? »
**Nicolas Favry** : « Oui, voilà, parfois un peu hâtivement, sans voir un peu… sauf s'il arrive à l'article de la mort… Mais si la demande médicale n'est pas très précise et que par malheur… voilà du coup c'est vite pour nous. Donc la réintégration dans le droit commun n'est pas toujours évidente. Donc tout ça pour dire qu'on est bien repéré, parfois un peu trop, on va dire, c'est un peu compliqué. »[17]

Cette exclusion par le système de santé se double d'une exclusion par la société :

**Patrice Blanchet** : « Et l'autre élément d'évolution moi qui m'inquiète beaucoup effectivement c'est par rapport aux étrangers donc déboutés du droit d'asile pour lesquels, visiblement, ils ont vécu des choses absolument terrifiantes et des syndromes de stress post-traumatique. Je suis désolé si je parle médical, hier j'ai passé trois quarts d'heure avec quelqu'un comme ça. Un vrai syndrome de stress post-traumatique, toute sa famille a été massacrée, il n'a pas obtenu le droit d'asile. Il ne voit plus aucune solution. Le gars, mais vraiment il est près à se suicider, je ne savais pas comment faire, enfin comment sortir de cette situation sur laquelle on a aucune prise. Mais voilà, nous on a le sentiment du côté médical c'est un coup de poker. C'est-à-dire, lui quand même, il avait tout quand même globalement pour avoir les éléments de dire que qu'il a, qu'il est en danger. Donc c'est impossible de retourner au pays, "voilà, si je retourne au pays, on va me tuer à la sortie de l'avion", et ici c'est impossible aussi. Et donc ces gens-là, on les voit à la PASS parce qu'ils sont malades, parce qu'ils ont mal à la tête, parce qu'ils ne dorment pas. Et pour lesquels vous leur donnez un titre de séjour, vous reconnaissez leur souffrance, ces gens ils travailleraient. Enfin je veux dire, on les verrait pas à la PASS. Donc la PASS absorbe un peu ça. Et donc finalement, éthiquement, on peut se poser la question si on ne deviendrait pas prestataire de permettre des choses insupportables, quoi. Voilà, c'est une question qui peut se poser. »[18]

---

[16] Siblot, Yasmine, « "Adapter" les services publics aux habitants des "quartiers difficiles". Diagnostics misérabilistes et réformes libérales », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 159, n° 4, 2005, p. 71.

[17] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistant social d'une PASS d'un CHU d'une ville moyenne de province. Mars 2012, hôpital E.

[18] Extrait d'entretien réalisé avec médecin référent de la PASS de l'hôpital G, CHU d'une ville moyenne de province, mars 2012.

Une partie des patients de la PASS est en situation d'exclusion et rien ne semble pouvoir l'aider à en sortir. Cette double exclusion produit un paradoxe fondamental dans la mission d'insertion de la PASS :

> **Florent Picard** : « [...] Pourquoi on a créé un système qui crée des gens sans droits mais qui dit qu'en même temps il y a un dispositif pour payer ? Enfin je veux dire, il y a un truc un peu... Disons qu'il y a une contradiction en disant "on va faciliter l'accès aux soins et en même temps on met des obstacles à l'accès". Et forcément les deux discours, enfin la création... Ça peut être intéressant de travailler la question : pourquoi on crée un obstacle et puis on offre une solution ? Est-ce que c'est vraiment pour ouvrir... Enfin c'est quoi l'objectif de tout ça ? [...] Bah, c'est un peu un cache-sexe parfois la PASS. Non, mais ça peut avoir une utilité, mais ça a un côté, on vous dit qu'il y a des gens qui vont pas avoir un vrai accès aux soins et après on vous dit "mais on crée un dispositif pour que ces gens qui ont pas un vrai accès aux soins, ils en aient un". Et on (l'association) dit "pourquoi vous faites ça alors ?" »[19]

Les craintes que l'on lit dans les deux extraits d'entretien ci-dessus sont liés au basculement entre la logique d'insertion et la consolidation d'un système de santé stratifié où la PASS représenterait un des derniers étages réservés aux moins désirables. La PASS devient une structure parallèle au droit commun qui tente de le remplacer avec peu de moyens et incarne une deuxième vitesse du système de santé pour des personnes exclues par la société.

## 1 - 2 Du provisoire au durable : d'une médecine d'insertion à une médecine du pauvre

L'espace de soin de la PASS est assez singulier à l'hôpital. C'est un endroit où les pratiques de soin habituelles n'ont pas cours. Les patients y connaissent un traitement différencié dans leur prise en charge en santé par rapport aux patients habituels. On a vu déjà qu'ils peuvent y obtenir une prise en charge adaptée à leur situation sociale et culturelle (accompagnement social, service d'interprétariat, etc.). Mais, à côté de cette discrimination positive, ceux qui n'ont pas de Sécurité sociale et qui sont pris en charge financièrement par la PASS connaissent un rationnement des soins : les différents examens (biologiques, radiologiques, etc.) et les médicaments sont distribués au compte-goutte, souvent différés dans le temps lorsque cela est possible. C'est ce qu'illustre cet extrait d'entretien avec les assistantes sociales d'une PASS d'un grand CHU :

> **J.G.** : « Ça veut dire que quand même le parcours de soin des précaires, que ce soit pour des patients qui attendent les trois mois de présence ou pour ceux-là [patients sous visa], ils vont pas avoir un parcours de soin qui va être le même que quelqu'un qui va être couvert socialement. C'est-à-dire qu'une femme enceinte va pas pouvoir faire sa première échographie au premier trimestre ; un patient

[19] Extrait d'entretien réalisé avec un juriste d'une association qui milite pour l'accès aux soins des personnes exclues du système de santé. Mars 2012.

qui va attendre ses trois mois de présence, on va lui dire d'attendre d'avoir des droits ouverts pour faire ses premiers examens, au risque de découvrir des urgences médicales…? »
**A.S. 1** : « Disons qu'on a mis en place quelques petites stratégies. On a un centre de planification à côté qui nous fait les échographies de datation gratuitement. Il y a aussi un budget départemental qu'on peut encore un peu utiliser pour des personnes qui sont sous visa touriste ou assurance européenne. Voilà, pour des prélèvements sanguins et autres. Mais il est vrai que tant que les patients n'ont pas leur couverture médicale en bonne et due forme à présenter, et bah… il peut y avoir des refus d'opération, des examens très couteux pas faits non plus, s'ils ne les payent pas. »
**A.S. 2** : « Les consultations médicales peuvent être repoussées par exemple. »
**A.S. 1** : « On a la tarification à l'activité comme vous savez. Du coup bah, chaque service est très regardant sur les dépenses et donc effectivement, et bah on remarque nous la PASS que les plus touchés ce sont les patients les plus précaires. »
**J.G.** : « Parce que les financements de la PASS, les MIGACS, peuvent pas servir à ça justement, à des examens de ce type là ? »[20]

Si une prise en charge différenciée peut être justifiée comme éthiquement acceptable lorsqu'elle est temporaire, cet argument perd son sens lorsqu'elle devient durable. On a vu que certains professionnels des PASS tentent de valoriser leur activité en vantant les bienfaits d'une médecine sobre qui permettrait d'économiser des ressources médicales rares en ne prescrivant que les médicaments, les soins et les examens nécessaires. La rationalisation des prises en charge permet de réduire les dépenses de santé et de les utiliser à meilleur escient ; cette démarche est présentée comme un modèle qui devrait être généralisé aux prises en charge de l'ensemble des patients du système de santé. Mais ce modèle fait de nécessité vertu car cette rationalisation est imposée de l'extérieur. Il permet de justifier des décalages de soins, la prescription de médicaments à partir d'une liste réduite qui a été établie non pas pour rationaliser les dépenses de santé à l'échelle du système de santé, mais bien pour rationner les soins aux marges basses du système de santé. À la PASS, le patient ne peut recevoir que les soins disponibles sur l'hôpital. La liste de médicament fermée exclut tous les médicaments jugés « de confort » ou dont l'efficacité médicale n'a pas été reconnue par les autorités sanitaires. Cela ne prend pas en compte par exemple les bandelettes servant à mesurer l'insuline des diabétiques insulinodépendants, des béquilles ou fauteuils roulants[21].

**J.G.** : « Mais les patients sous visa, on va demander, on va éventuellement appeler le docteur Mégnen [médecin référent de la PASS] pour savoir si c'est urgent ? »
**Corinne Deschamps** : « Oui, mais on va surtout essayer de voir avec l'assurance, c'est quoi ? Si tu veux, si c'est pour voir un médecin, je sais pas, enfin je veux dire, le mec, il est sous visa, il veut voir un ophtalmo, putain il se démerde quoi ! Je suis désolé, mais à un moment donné… »
**J.G.** : « Mais là, il n'y aura pas de bon PASS ? »
**Corinne Deschamps** : « Non, mais là c'est du confort. Une PASS, ce n'est pas fait pour ça. Enfin on va lui dire de payer. On va lui dire de payer, je ne vais pas lui empêcher l'accès à la consultation. »[22]

[20] Extrait d'entretien réalisé avec les assistantes sociales de la PASS d'un CHU d'une grande ville de province. Mars 2012, hôpital L.
[21] Le système de santé étant stratifié dans son ensemble, l'accès limité aux soins n'est pas le propre des patients de la PASS. D'autres patients (ceux sans mutuelle par exemple) peuvent aussi connaître des restrictions.
[22] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Janvier 2011, hôpital B.

En plus des listes restrictives fixées par l'hôpital, les patients des PASS se confrontent aux limites fixées par les professionnels correspondant à leurs représentations d'un système d'aide transitoire d'urgence. Ainsi, ils distinguent les soins de « confort » de ceux qui sont indispensables. En général, dans les PASS dédiées qui ont des permanences de médecine générale, les traitements dispensés sont ceux qui sont de l'ordre de la médecine générale (y compris la prévention et le dépistage de maladies infectieuses ou contagieuses). Tout ce qui relève de la médecine de spécialité est ensuite âprement discuté et nécessite d'être justifié en termes d'urgence vitale. C'est ce qu'on peut lire dans l'échange d'e-mails entre les pharmaciens, le Dr Vandenbulck et des ophtalmologues de l'hôpital A :

> Le 10/02/2016 10:45, **Mme A [pharmacienne de l'hôpital]** écrit :
> (en mettant en copie du mail la chef du service sociale, le directeur de la qualité, gestion des risques et droits des patients, la directrice des finances et du contrôle de gestion et les ophtalmologues)
> « Bonjour,
> Nous sommes, depuis peu de temps, sollicités par les ophtalmologues dans le cadre de la PASS pour des traitements onéreux dans la prise en charge de la DMLA [Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge] ou pour des baisses d'acuité visuelle.
> Il s'agit des médicaments Lucentis® et Ozurdex®, 700 et 930 euros l'administration, sachant que pour Lucentis® le traitement est de 3 injections minimum.
> Pouvez-vous me préciser si dans le cadre de la PASS vous étiez informés de ces nouvelles prescriptions et si nous avons votre aval pour répondre à ces demandes ?
> Merci pour votre réponse. Signé : Mme A, Pharmacien Praticien hospitalier. »
>
> Le 10/02/16 11:17, **Dr Vandenbulck** répond :
> « Bonjour,
> Je ne suis pas informé. Il me semble que [...] on ne peut pas refuser un traitement même couteux s'il est indispensable, il est depuis longtemps convenu que les traitements pouvant être différés dans l'attente d'une couverture sociale doivent l'être dans la mesure où cela n'expose pas les patients à des conséquences d'une extrême gravité. Il conviendrait peut être de s'assurer que cela est respecté. Il est rare qu'un traitement de DMLA soit urgent mais il est possible que dans de rares circonstances une injection soit nécessaire si l'obtention prévisible de la couverture sociale dépasse 6 mois. Sans doute faudrait-il en discuter confraternellement avec les OPH [ophtalmologues]. »
> [Dr Vandenbulck, médecin responsable de la PASS René-Barthe]
>
> Enfin, la réponse de **l'ophtalmologue** :
> « Bonjour,
> Les traitements de la DMLA exsudative sont des traitements urgents (L'injection doit être réalisée dans les 10 jours qui suivent le diagnostic : recommandations HAS [Haute Autorité de la Santé] 2012).
> Par contre pour le traitement d'un œdème maculaire diabétique, il est possible d'attendre 3 à 6 mois maximum, après ce délai il existe une réelle perte de chance pour le patient (recommandations SFO [société française d'ophtalmologie] 2015). Ces traitements débutent par 3 injections mensuelles mais peuvent être répétés par la suite en cas de récidive.
> Notre problème est que nous n'avons pas toujours l'information le jour de la consultation que le patient n'a pas de couverture sociale. Je pense que nous pouvons vérifier au cas par cas s'il s'agit d'une urgence ou non. Vous pouvez bien entendu nous contacter afin de vérifier le degré d'urgence (car le plus souvent, nous ne sommes pas au courant que le patient se fournit à la pharmacie de l'hôpital)
> Quel est le nombre de patients concernés ?
> Bien cordialement, Dr B. »[23]

[23] Ces documents m'ont été transmis par l'un des interlocuteurs de ces échanges.

Cet échange de mails est intéressant à plusieurs égards. Il montre comment fonctionne le rationnement des soins pour les patients de la PASS dans un système stratifié et les critères sur lesquels il repose (« conséquences d'une extrême gravité »). La dimension économique omniprésente est ici la pièce centrale. On devine que la direction a demandé aux pharmaciens de rendre des comptes sur leurs dépenses et que chaque délivrance gratuite de médicaments un peu chers a besoin d'être justifiée. Il en résulte un contrôle de tous par tous où les pharmaciens, les ophtalmologues, le médecin de la PASS doivent se justifier entre-eux de leurs pratiques médicales sous le regard des différentes directions hospitalières (du directeur de la « qualité, gestion des risques et droits des patients » et de la directrice des « finances et du contrôle de gestion »). On discute : est-il légitime de prescrire un médicament cher à un patient pauvre et sans couverture maladie qui est en train de perdre la vue ? Le traitement différencié est encore davantage mis en avant dans la réponse de l'ophtalmologue lorsqu'elle dit ne pas toujours être au courant du statut du patient. Il s'agit donc de prescriptions qu'on ferait à un patient normal, mais pas aux patients des PASS : deux poids et deux mesures. Cet échange de mail montre un processus de socialisation en cours, celui de l'apprentissage et de l'intériorisation des différences fondamentales, ontologiques, de certains patients. On voit se dessiner une catégorie de sous-patients chez qui on reconnaît une vie nue[24], celle dont la protection se mesure en termes de « nécessité vitale » ou « d'extrême gravité ». Les limites de la vie nue des patients non couverts sont ici construites à l'aide des recommandations officielles (celles de la Haute autorité de la santé et la société française d'ophtalmologie) concernant l'utilisation des médicaments qui servent de base pour définir la notion « d'urgence médicale ». Ces dernières sont des ressources pour justifier la prise en charge du patient et déroger aux restrictions de soins qui sont la règle, en particulier pour les soins définis comme « coûteux »[25].

### 1 - 2 - 1 Une offre de soin insuffisante et des soins spécialisés distribués de manière incertaine et bricolée

L'offre de soin des PASS n'est pas suffisante par rapport au nombre de patients. Une autre caractéristique, typique aussi bien des structures d'assistance que des administrations qui gouvernent les populations étrangères, est celle de la sous-dotation des structures PASS en

[24] On reprend à notre compte la notion construite par Giorgio Agamben dans *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue* (Paris, France, Éd. du Seuil, 1997, 213 p.) que nous avions explicité au chapitre précédent.

[25] Le montant à partir de duquel un médicament devient « coûteux » n'est pas fixe non plus. Ici on voit qu'un médicament coûtant 700 € et à utiliser trois fois (2 100 € en tout) est considéré comme « cher ».

personnel et en moyens par rapport à la demande ou au besoin[26]. Dès lors, faute de places, de nombreuses PASS ne peuvent recevoir tous les patients qui sont forcés de venir très tôt le matin ou d'être dans des situations particulières, créant ainsi des situations de pénurie. Cela est surtout le cas dans les quelques PASS qui fonctionnent bien, comme à René Barthe ou Apollinaire ; elles sont contraintes de réorienter ou de faire revenir une partie des patients, de les trier en fonction du plus urgent, car elles atteignent le maximum de leur capacité. Ainsi, dans de nombreuses PASS, les patients sont obligés de venir avant l'heure d'ouverture afin de s'assurer de pouvoir voir un médecin et attendent leur tour souvent pendant des heures dans la salle d'attente de l'hôpital.[27]

La prise en charge adaptée de certaines pathologies par des spécialistes peut être très aléatoire. Au hasard des spécialistes intéressés par la « médecine de la précarité » qui proposent leurs services une demi-journée par semaine à la PASS, les patients pourront en consulter certains. Quelques PASS proposent les services d'un nutritionniste qui aident les patients diabétiques[28] à constituer des menus adaptés à leur maladie et à leurs revenus. À la PASS Apollinaire, c'est un alcoologue qui est venu consulter un temps alors que je faisais mon enquête de terrain. Quelques patients ayant des problèmes de dépendance alcoolique ont ainsi été invités à venir le vendredi après-midi pour le rencontrer. À la PASS René-Barthe, le Dr Vandenbulck travaille désormais depuis quelques années avec une psychiatre à la retraite le vendredi après-midi et propose ainsi aux nombreux réfugiés qui ont été torturés et ont subi des violences et des sévisses, une prise en charge psychiatrique. Si ces initiatives, réalisées dans les

---

[26] Alexis Spire fait des constats similaires sur l'accueil des étrangers dans les préfectures : « la pénurie organisée de moyens matériels et humains entretient l'idée d'une bureaucratie submergée et place ces usagers dans une position d'éternels assujettis. » (p. 4) Spire Alexis, « L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 169, n° 4, 2007, p. 4-21. Voir également l'article de Céline Gabarro sur les centres d'accueil spéciaux pour les demandeurs de l'AME : « Confrontés aux aléas de cette organisation en "flux tendu", les demandeurs refoulés plusieurs fois viennent de plus en plus tôt pour accroître leur chance d'être reçus ; d'autant que si leur dossier n'est pas complet, il faudra revenir un autre matin. Ici, la gestion spécifique des demandeurs de l'AME se traduit par un traitement assez dégradant de ces personnes malades qui se retrouvent à faire la queue devant la permanence dès trois heures du matin, voire, pour celles qui n'ont aucun moyen de transport, dès la veille au soir, obligées de dormir sur place. » (p. 43). Gabarro, Céline, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, 2012, p. 35-56.

[27] À la PASS de l'hôpital D (grand CHU d'une banlieue parisienne plutôt favorisée), l'accès aux consultations de médecine générale de la PASS ont des délais d'attente de quatre semaines. À la PASS de l'hôpital J (grand CHU parisien), les patients sont contraints de faire la queue avant l'ouverture de la consultation car seuls les huit premiers patients sont vus, les autres devront revenir un autre jour. À la PASS de l'hôpital C, un tri important est réalisé par les infirmières de l'accueil qui réorientent le plus possible les patients ailleurs car les consultations sont débordées ; on demande à de nombreux patients de revenir le lendemain lorsqu'il n'y a plus de place. D'autres exemples de cette sous-dotation se trouvent dans les moyens en termes d'espaces qui sont alloués à la PASS. On l'a déjà vu, les PASS héritent souvent de locaux mal adaptés. Par exemple les infirmières de la PASS Apollinaire font le premier accueil des patients à leur bureau qui se situe dans la salle d'attente sans cloison pour le séparer. Ainsi, les patients doivent expliquer les raisons de leur visite en étant possiblement entendu des autres personnes présentes dans la salle d'attente. En février 2012, alors que je passais la matinée au bureau d'accueil avec l'infirmière, cette dernière se plaint de cette absence de confidentialité alors que nous recevons une jeune femme ne parlant pas français et qui nous montre une lettre indiquant sa domiciliation au Comité de lutte contre l'esclavage moderne. On peut également mentionner la situation de la PASS de l'hôpital I, grand CHU d'une métropole de région, qui ne dispose que d'un box pour les consultations médicales dans lequel sont obligés se relayer à tour de rôle les médecins lorsqu'ils travaillent au même moment (voir note de bas de page n° 71, chapitre V).

[28] Le diabète, surtout lorsqu'il est insulinodépendant, peut se révéler compliqué à réguler dans des situations de précarité économique car il nécessite une alimentation régulière et équilibrée.

quelques PASS engagées, montrent souvent la preuve de leur bénéfice en termes de qualité de prise en charge, elles ne rendent que plus criante l'absence d'équivalent dans les autres PASS.

Le rationnement des soins devient de plus en plus manifeste lorsqu'on se penche sur les soins qui ne peuvent pas être directement fournis à la PASS ou à l'hôpital, notamment les soins dentaires et ophtalmologiques. Lors de l'enquête de terrain à l'hôpital René Barthe, un patient souffrant de maux de dents nous expliquait qu'il avait dû s'arracher une dent par ses propres moyens, dans sa chambre, alors qu'il n'arrivait plus à dormir à cause de la douleur. Le médecin lui a alors prescrit des antidouleurs et l'a orienté vers une collègue dentiste de sa connaissance qui, deux fois par semaine, réalise à l'hôpital les soins dentaires de base au tarif de la Sécurité sociale. Il a écrit une lettre à sa consœur lui expliquant la situation de ce patient sans couverture maladie et pour qui les soins devront se passer de toute rémunération[29]. Pour les appareils médicaux ophtalmologiques ou auditifs, cela est encore plus compliqué. Les soins reposent sur des opérations de charité privée ponctuelles lancées par des entreprises d'appareillage médical ou des associations caritatives. Ainsi, à l'hôpital A, la PASS René Barthe a participé en 2014 à l'opération « optique solidarité » en collaboration avec Médecins du Monde et lancée par Essilor® (entreprise internationale de l'industrie ophtalmique) qui a permis à 74 patients de se doter de lunettes. De la même manière, l'AP-HP organise une ou deux fois par an, en collaboration avec une association « Audition solidarité », une journée d'action où des patients précaires peuvent obtenir gratuitement des prothèses auditives. Mais, encore une fois, ces actions ponctuelles (tant dans l'espace que dans le temps) ne font que renforcer l'assujettissement des patients à un système assistanciel et caritatif fortement inégal et aléatoire.

## 1 - 3 La limite au rationnement des soins : protection de la vie nue et fonction de santé publique

> **A.S. des urgences** : « Pour les gens qui auraient un visa en consultation, a priori, la PASS ils n'y ont pas droit, enfin, le règlement c'est comme ça, sauf enfin il existe certains médecins qui viennent et qui nous disent "le patient, on a découvert telle pathologie en consultation, décemment il ne peut pas avoir accès à son traitement, on ne peut pas faire autrement, donc vous le mettez dans la PASS, j'en prends la responsabilité". On est obligé de le faire parce que si le médecin nous explique que voilà les conséquences peuvent être graves et que bon… On ne peut pas laisser le patient comme ça. Enfin effectivement, visa ou pas visa, exceptionnellement, ça arrive que il y ait des gens sous visa qui entrent dans la PASS. Mais les médecins sont très très très conscients, et en général quand il y a un visa et que ce sont des petits trucs bénins, non là les gens, ils n'ont pas le droit à

[29] Il existe une PASS dentaire à Paris à l'hôpital de la Pitié-Salpétrière où des patients sans Sécurité sociale peuvent se rendre. C'est la seule PASS dentaire d'Île-de-France.

la PASS et ce n'est pas fait pour ça. Un touriste n'est pas censé venir se faire soigner gratuitement en France, mais exceptionnellement oui. »[30]

La PASS en tant que système d'assistance a une dimension « humanitaire »[31]. Elle peut être résumée par le titre de l'article d'Estelle Carde « On ne laisse mourir personne »[32], phrase qui revient comme un *leitmotiv* dans la bouche de ses enquêtés pour signifier les limites aux discriminations qu'exercent ces professionnels de l'accès aux soins sur leurs patients. Cette limite au rationnement et à l'exclusion des soins se construit à l'aide d'une représentation de la vie nue, c'est-à-dire la reconnaissance de la vie au-delà de ses dimensions politiques comme valeur fondamentale. On peut alors parler, en ce qui concerne les patients de la PASS, de ce que D. Fassin a appelé une « biolégitimité », cette « reconnaissance supérieure donnée au principe du maintien en vie »[33]. C'est donc en raison de cette biolégitimité que les médecins accordent exceptionnellement l'accès à la PASS à des patients illégitimes.

**Éloïse Fradet** : « Je vous ai dit que ça paye nos consultations et nos médicaments. Pour les consultations, on refacture derrière la Sécu. Simplement l'hôpital attend pour envoyer la facturation que les droits soient ouverts. C'est un système d'avance de soins. Pour les patients non assurables, là on est quand même un peu en difficulté parce que normalement c'est à la charge du patient et de la famille. C'est la règlementation qui est comme ça. »
**J.G.** : « Le patient sous visa ? »
**Éloïse Fradet** : « Oui, tout à fait. C'est pas moi qui l'ai faite, mais elle existe et elle doit s'appliquer. Alors notre consultation sert déjà à débrouiller les urgences vitales, pour lesquelles on peut faire une AME d'urgence[34]. Donc bon ça sert déjà à ça. Et ensuite pour les gens qui ont pas d'urgence vitale, alors on négocie avec les familles pour voir qu'est-ce qu'on fait, est-ce qu'ils payent ce qu'on propose ? Est-ce qu'on limite les examens au strict nécessaire ? Combien ça va coûter ? Est-ce qu'ils peuvent y aller ou pas ? Et puis on est en train de mettre en place une procédure qui, sur le budget MIGAC de la PASS, financera quelques hôpitaux de jour qui permettront de faire des bilans de façon à pouvoir motiver la gravité ou l'urgence. »
**J.G.** : « Pour éviter les accidents ? »
**Éloïse Fradet** : « Bah oui, typiquement une dame avec un visa de tourisme valable trois mois, en visite chez sa fille, avec une tumeur au sein. Donc là ça devrait… donc là on a quand même mal au ventre en disant aux gens… euh… voilà [qu'on ne peut pas les prendre en charge gratuitement]. Et puis une intervention, de la chimio, de la radiothérapie, c'est hors de prix pour n'importe quelle famille. »

---

[30] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistante sociale des urgences dans une PASS transversale d'un CHU d'une ville de la banlieue parisienne défavorisée. Janvier 2011, hôpital K.

[31] Dans le sens que Didier Fassin donne à ce terme, c'est-à-dire une action conduite par un impératif moral guidé par la compassion et la reconnaissance de la souffrance et du malheur chez certaines personnes. Fassin, Didier, *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard: Seuil, 2010, 358 p.

[32] Carde, Estelle, « "On ne laisse mourir personne." Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, n° 2, 2006, p. 57-80.

[33] Fassin, Didier, Jacqueline Costa-Lascoux et Marie-Antoinette Hily, « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration », *Revue européenne de migrations internationales*, vol. 17, n° 2, 2001, p. 139-151 (p. 146). C'est ce que nous avions déjà identifié comme étant la primauté du médical sur les considérations budgétaires dans la seconde partie de la thèse.

[34] Éloïse Fradet se trompe, il n'est pas possible de faire d'AME en urgence pour les patients sous visa. Cette dernière est réservée aux personnes en situation irrégulière. Pour les patients sous visa, la seule possibilité de prise en charge est une « AME à titre humanitaire » délivrée directement par le ministère de la Santé. Celle-ci n'est presque jamais accordée. Les seuls cas connus concernent des Français vivant à l'étranger qui tomberaient malades lors d'un séjour en France et qui ne seraient pas assurés. Cf. la section 2 (« L'inefficace invocation de la « raison humanitaire » dans le chapitre 8 (« Les exclus de la couverture maladie et les périls de l'action associative ») de la thèse en cours de préparation de Caroline Izambert, *op. cit*. À paraître.

**J.G.** : « Donc vous vous partez du principe que les personnes sous visa, qui ont pas de droits ouvrables, ne sont pas… ne rentrent pas dans le cadre du dispositif de la PASS ? »
**Éloïse Fradet** : « Non. Ils entrent dans le dispositif de la PASS pour l'évaluation, pour les médicaments de ce qui leur est nécessaire. On a comme ça un certain nombre de diabétiques et d'hypertendus qu'on soigne. »
**J.G.** : « Sous visa ? »
**Éloïse Fradet** : « Oui ! »
**J.G.** : « Donc ils rentrent quand même dans le cadre de la PASS…? »
**Éloïse Fradet** : « C'est pas la peine qu'ils arrivent avec une crise convulsive aux urgences. Ça coutera bien plus cher à tout le monde. Et la cystite qu'on soigne avec deux coups d'antibiotique plutôt que de l'hospitaliser pour une pyélonéphrite quinze jours plus tard, ça vaut quand même le coup. »
**J.G.** : « Avec des impayés plus tard…? »
**Éloïse Fradet** : « Bah bien sûr ! Donc tant que c'est de notre ressort, on le fait. Ca veut dire consultation de médecine générale et médicaments. Voilà, quand c'est plus compliqué, quand c'est du ressort de la spécialité ou de la prise en… Là, la loi s'applique. C'est-à-dire que l'hôpital ne prend pas en charge gratuitement ces patients. »[35]

Dans cet extrait d'entretien, on lit à quel point les contours de cette biopolitique sont flous et gouvernés par des règles informelles en lien avec une protection de la vie nue à géométrie variable selon les caractéristiques des patients (inclusion des patients sous visa qui ont une maladie mettant en péril leur vie nue). Ici, les exceptions à la règle sont de l'ordre du médical : l'urgence vitale aigüe et le traitement des maladies dont le défaut provoquerait à coup sûr une urgence médicale dangereuse pour le patient. Mais c'est aussi la dimension économique qui entre en jeu et construisent les modalités (et la temporalité) d'application de la biolégitimité ; la décision de prendre en charge à la PASS est justifiée par le surcoût important que causerait une prise en charge en urgence par rapport au traitement à un stade moins avancé de la maladie.

**J.G.** : « Et par exemple, un séropositif qui a besoin d'antirétroviraux ? »
**Éloïse Fradet** : « C'est notre budget médicaments le plus cher ! » […]
**J.G.** : « Donc le système de PASS est pas vraiment menacé de disparition dans l'hôpital ? Il y a quand même cette mission d'intérêt général qui reste présente et reconnue ? »
**Éloïse Fradet** : « Oui, quand même. Bon et l'optique de santé publique aussi. La prise en charge des maladies infectieuses ça fait quand même aussi partie de la santé publique. »
**J.G.** : « Oui, la prise en charge de la tuberculose par exemple. »
**Éloïse Fradet** : « On a eu 5-6 l'année dernière des tuberculoses. Donc bon, c'est aussi bien qu'ils soient soignés que de traîner dans la nature.. dans les foyers d'urgence, avec la promiscuité qu'il y a… »

Une autre limite au rationnement, comme on peut le lire dans les propos du Dr Fradet, réside dans des considérations de santé publique. La PASS participe à la mission historique de protection des grands fléaux et prend en charge tous les patients atteints de maladies infectieuses et contagieuses (par exemple tuberculose ou VIH), les limites de l'assistance et budgétaires importent peu dans ce cas-là. Une activité de prévention et de dépistage est également réalisée. Cette mission de santé publique est centrale à la PASS, elle montre une autre facette

[35] Extrait d'entretien réalisé avec la médecin attachée responsable de la PASS d'un CHU d'une grande ville de province. Mars 2012, hôpital L.

de la biopolitique en cours à la PASS qu'on avait déjà évoqué dans le chapitre I. Le traitement de la question sociale dans le domaine de la santé vise à protéger la société dans son ensemble contre les risques sanitaires que les « indésirables du système de santé » pourraient causer. On voit apparaître ici le lien invisible qui relie le centre à la périphérie, la population générale aux patients de la PASS. C'est le même mécanisme qui est rendu visible ici que celui décrit par Robert Castel à propos des vagabonds au XIXe siècle :

> « Si le vagabondage est bien la pointe avancée d'un processus de désaffiliation menaçant des secteurs beaucoup plus vastes de la société, il pose un problème qui vaut bien au-delà de ces marges. La question du vagabondage est en fait la manière dont *se formule et s'occulte à la fois* la question sociale dans la société préindustrielle. Elle l'occulte parce qu'elle la déplace à l'extrême bordure de la société, jusqu'à en faire quasiment une question de police. Mais elle permet aussi de la reformuler, si l'on suit, en amont du vagabondage, la ligne de fracture qu'il révèle. On dégage alors une sorte d'effet boomerang du vagabondage : le processus par lequel une société expulse certains de ses membres oblige à s'interroger sur ce qui, en son centre, impulse cette dynamique. »[36]

## 1 - 4 Conclusion partielle

En définitive, dans un système de santé stratifié, ces différents éléments amènent à concevoir la PASS comme un espace de soins limités et de moindre qualité (par rapport aux prestations du système de santé classique) participant à la définition d'une catégorie inférieure de patients à qui on attribue des besoins et des moyens propres basés sur des représentations de ce qu'est la vie nue, de la vie qui mérite d'être protégée. La question sociale qui transparaît aussi à la PASS est celle du gouvernement et du contrôle biopolitiques de groupes dont l'exclusion du système de santé représente un potentiel danger sanitaire. Mais les soins à la PASS ne sont pas seulement limités à cette bio-légitimité[37] et cette mission de santé publique. Le rationnement des soins se construit artificiellement en séparant les soins primaires et de première nécessité auxquels les patients des PASS ont accès et les autres soins. L'accès à la médecine générale, aux services du travail social et aux médicaments de base n'est pas remis en cause, alors que tous les autres soins sont susceptibles d'être remis en cause, surtout lorsqu'ils ont un coût élevé. La première catégorie de soins (soins primaires) est légitime car elle bénéficie d'un mode de financement qui en invisibilise les coûts ou concerne des biens dont le coût est négligeable[38]. L'illégitimité de la deuxième catégorie (tous les autres soins) est causée par une mise en exergue de ses coûts absolus : on expose le prix des soins qui doivent être portés

[36] Castel, Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio/Essais », (1995) 2007, 813 p. (p. 170), italiques dans le texte original.

[37] Le principe supérieur de maintien en vie ou de protection de la vie biologique, voir chapitre I et Fassin, Didier, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et sociétés* 24, 2000b, p. 95-116.

[38] À ces soins primaires s'ajoutent les quelques soins de spécialité directement proposés dans certaines PASS et ceux des opérations de charités mentionnés plus haut.

par l'hôpital (alors que chez les patients couverts ces coûts sont en grande partie invisibles pour les patients et les professionnels de santé et portés par l'assurance maladie). Le fait qu'une partie des assurés sociaux ne participent pas au financement de l'assurance maladie (cas des détenteurs de la CMUC et de l'AME[39]), de la même manière que les patients de la PASS, rend encore plus injuste ce circuit du coût des soins pour les patients de la PASS. La forte exposition du coût des soins dans un contexte budgétaire contraint[40] construit (artificiellement) l'impression que les patients des PASS coûtent chers, alors même qu'ils n'ont qu'un accès réduit aux soins. Mais la stratification aux bords du système de santé ne s'arrête pas ici. Comme l'a laissé entrevoir le chapitre précédent à propos des critères d'exclusion, le spectre de la distribution différenciée des soins va plus loin. Le rationnement des soins à l'intérieur de la PASS, voire l'exclusion complète de la structure, permet de différencier les patients entre eux.

## 2 DÉCISION EN SITUATION DE RATIONNEMENT ET INTÉRIORISATION DU DISCOURS DE CRISE

Le traitement de la question sociale dans le champ de la santé dans les années 2010 en France est marqué par une mise en question de la légitimité de certaines catégories de patients précaires et étrangers à accéder aux soins dont la toile de fond est constituée des critères de l'accès à la couverture maladie. Moins le patient entre dans les critères définis par les organismes de couverture maladie, moins il est solvable et plus son illégitimité à accéder aux soins dans le cadre de la PASS grandit. C'est pourquoi les problèmes d'accès aux soins se concentrent tout particulièrement sur les catégories de patients sans droits potentiels, c'est-à-dire non solvables. Dans ce contexte, les « migrants thérapeutiques » rencontrés dans les PASS cumulent plusieurs points négatifs : ils ont des pathologies dont la prise en charge est chère et ils ne sont souvent pas solvables. Cela rend leur accès aux soins particulièrement difficile et leur donne une grande visibilité dans les PASS malgré une réalité numérique faible.

La catégorie des « migrants thérapeutiques » est construite à la fois dans l'espace public et politique et par l'administration au travers des conditions excluant les étrangers malades non-résidents. Ce sont des patients étrangers identifiés comme venus en France avec pour objectif principal d'obtenir des soins auxquels ils n'ont pas accès dans leur pays d'origine. Ils sont le

[39] CMUC : Couverture Maladie Universelle complémentaire. AME : Aide médicale d'État

[40] On se rappelle la démonstration faite par la directrice financière de l'hôpital C rapportée dans le chapitre I dans laquelle elle explique que l'augmentation du coût du chauffage est un problème. Le mode de financement de l'hôpital public moderne oblige à réduire toutes les dépenses qui sont portées directement par l'hôpital. On voit ici comment les soins des patients de la PASS sont considérés comme un coût qu'il faut réduire au maximum.

plus souvent atteints de maladies chroniques dont la prise en charge est lourde (cancers, VIH, insuffisances rénales, etc.). C'est cette définition que nous adoptons ici pour cette « catégorie de situation »[41]. Pour faciliter la lecture, nous ne précisons pas qu'il s'agit ici des « migrants thérapeutiques n'ayant pas les moyens économiques de payer par leurs propres moyens les traitements dont ils ont besoin ». Ceux-ci sont à distinguer d'une autre catégorie, celle des « migrants thérapeutiques » venant légalement en France pour des soins auxquels ils n'ont pas accès dans leur pays de résidence.

La notion de « migrant thérapeutique » est empruntée au sens commun, elle est fortement chargée socialement et politiquement, et mérite de s'y attarder quelques instants. Elle s'est principalement développée dans le débat public au cours des années 1990, notamment dans le contexte des débats sur la protection des étrangers malades[42]. Alors que l'amélioration des traitements antirétroviraux dans les pays du Nord entraînait une baisse de la mortalité des malades séropositifs, les pays du Sud ne profitaient pas de ces avancées thérapeutiques. Un discours populaire, relayé par les partis politiques de droite et d'extrême droite, formule la crainte d'une « immigration thérapeutique » d'étrangers venant en France pour profiter du système de santé. Les cas d'étrangers séropositifs qui ont été expulsés à la fin des années 1990 (les condamnant à mourir du sida dans leur pays d'origine, alors que les possibilités d'accès aux soins en France les auraient protégés) et leur politisation par l'intermédiaire des associations de défense du droit à la santé pour les étrangers (notamment par les associations de l'ODSE[43]) ont abouti à la reconnaissance politique de ce problème et à la possibilité de la protection contre les expulsions, puis à la possibilité d'une reconnaissance d'un statut de citoyen légal[44]. Parallèlement à la création de la CMU et de l'AME, le législateur crée un « titre de séjour pour soin » en 1998 qui prévoit que des étrangers gravement malades puissent obtenir un titre de séjour lorsque leur état de santé « nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne

[41] Bertaux, Daniel, *Le récit de vie*, Paris, Armand Colin, (2005) 2010, 126 p. (p. 17). Notre objet n'est pas de démontrer la pertinence de cette catégorie en ce qui concerne les motivations ou les représentations des individus concernés ; plusieurs travaux ont confirmé que la migration est un parcours pluriel qu'il est difficile de réduire à un seul motif de migration. Si la santé peut constituer une des motivations, les facteurs économiques et sociaux ne peuvent être ignorés. À ce propos, voir E. M. Mbaye, *op. cit.*, 2009 ; Guillou, Anne Yvonne, « Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le «parcours thérapeutique» pour l'«expérience migratoire» », *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 1, 15 Novembre 2012, p. 63-71.

[42] L'enjeu de la migration thérapeutique était déjà présent pour la haute administration dans les années 1980. Voir le rapport de l'IGAS n° 84077 sur « L'admission des étrangers à l'aide médicale hospitalière ».

[43] Observatoire de défense de la santé des étrangers, voir chapitre II et la fin du chapitre VI.

[44] Nous renvoyons aux articles d'Elhadji Mamadou Mbaye sur le sujet. Mbaye, Elhadji Mamadou, « Sida et immigration thérapeutique en France: mythes et réalités », *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 1, 2009, p. 43-62 et Mbaye, Elhadji Mamadou, « La problématisation publique des étrangers malades en France », *Transcriptases*, n° 143, Juillet 2010, p. 24-29.

puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire »[45].[46] Ce statut est soumis à une condition de résidence sur le territoire français. On parle alors de la « protection des étrangers malades » dont les associations défendent la cause. Les détracteurs, eux, dénoncent des politiques favorisant les « migrations thérapeutiques ». Les associations de l'ODSE, tout comme les travaux universitaires sur le sujet, évoluant dans un contexte politique hostile à la protection des étrangers malades et qui agite la menace de la « migration thérapeutique »[47], contre-argumentent en affirmant l'absence de réalité du phénomène[48].

Le résultat de ces débats a été de laisser se développer d'un côté des discours négatifs sur les « migrants thérapeutiques » et de bloquer de l'autre côté leur accès au système de santé français en créant des outils qui permettent de les distinguer des « étrangers malades »[49]. Ces migrants thérapeutiques n'ont bénéficié d'aucun espace de légitimation sociale ou politique, les associations, comme les chercheurs, les ayant en quelque sorte écartés de la « citoyenneté biologique »[50] afin de protéger les étrangers malades résidant sur le territoire français. La clause protégeant les étrangers malades renvoie à la condition de proximité et exclut donc les étrangers venant explicitement en France pour obtenir des soins car il est sous-entendu qu'ils n'appartiennent pas à la communauté. Si dans quelques cas il a été possible de faire reconnaître à certains patients venus dans l'objectif de se faire soigner un droit de séjour — et donc par conséquent un droit à une couverture maladie —, c'est parce qu'on a pu faire primer leur lien avec la France (famille, par exemple) dans leur accès aux droits de santé[51]. De l'autre côté, quand ce lien n'est pas évident ou qu'on soupçonne le patient d'être venu en France explicitement pour bénéficier de soins, alors celui-ci sera compris comme un « migrant thérapeutique » et sera automatiquement exclu de toute possibilité de prise en charge par une couverture maladie. Il ne reste dans ce cas-là que deux options, une prise en charge aux frais du patient (et qui

[45] Loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile.

[46] L'introduction du titre de séjour pour soin a marqué un virage dans l'accès à la citoyenneté pour les étrangers qui devient accessible au travers de la biologie, amenant une forme de citoyenneté biologique (voir note de bas de page n° 11 au début de ce chapitre pour une définition du concept). L'augmentation du nombre de titres de séjour pour soin correspond à une réduction importante du nombre de statut de réfugiés accordés sur la même période. Cela a amené plusieurs chercheurs en sciences sociales à analyser cette évolution comme un passage d'une valorisation du corps de l'immigré comme force de travail à une légitimation de l'étranger au travers de son corps malade. Didier Fassin *et. al.*, *op. cit.*, 2001. Voir également l'ouvrage de Miriam Ticktin qui a porté sur les titres de séjour pour soin. Notamment le chapitre trois « The Illness Clause » (p. 89-127) *in* Ticktin, *op. cit.*, 2011. Voir également l'article de E. M. Mbaye, *op. cit.*, 2009.

[47] Les associations dénoncent une détérioration du droit au séjour des étrangers malades, notamment depuis le début des années 2010 avec le remplacement de la notion « d'accès effectif à un traitement dans le pays d'origine » à celle de « l'existence du traitement approprié ». Voir par exemple le rapport de Aides sur le droit au séjour pour soins de 2013. Aides, « Droit au séjour pour soins. Rapport de l'observatoire étrangers malades », 2013.

[48] E. M. Mbaye, *op. cit.*, 2009.

[49] Voir l'article d'E. M. Mbaye, *op. cit.*, 2009.

[50] Voir note de bas de page n° 11 au début de ce chapitre pour une définition du concept.

[51] Izambert, Caroline, *Les politiques publiques et la santé des étrangers en France de 1975 à nos jours*. Thèse d'histoire sous la direction de Nancy Green, Centre de Recherche Historique, EHESS, Paris, en cours de préparation.

revient presque automatiquement à faire supporter les coûts par l'hôpital) ou un refus de soins[52]. On a donc assisté ces vingt dernières années à un processus de construction et d'exclusion formelle au niveau politique de cette catégorie de patients au travers de sa dimension biologique et dont résulte, entre autres, une impossibilité d'accès droits en santé. C'est bien cette politisation des questions de santé, qui a engendré des malades sans droit, qui se répercute en cascade dans le système de santé et conduit aux conflits éthiques au niveau local dont nous proposons l'étude ici.

Nous allons maintenant analyser le processus de décision dont font l'objet les patients classés dans cette catégorie reléguée tant par le législateur que dans le système de santé. Pour cela, nous nous intéresserons aux Réunions de concertation pluridisciplinaire - médico sociale et éthique (RCP-MSE) mises en place au sein de la PASS Apollinaire. Ce dispositif a pour but d'aider les professionnels à décider de l'opportunité de prendre en charge certains de ces migrants thérapeutiques. Comme nous l'avons vu dans le chapitre VI, les RCP-MSE ne sont pas explicitement réservées aux migrants thérapeutiques, mais destinées à améliorer le processus de décision thérapeutique de « cas difficiles » à la PASS. Dans la réalité, presque tous les cas portés à notre connaissance concernaient des situations dans lesquelles l'un des problèmes principaux était l'absence de possibilité de prise en charge par une couverture maladie résultant d'une identification du patient comme migrant thérapeutique. Dans un premier temps nous verrons que l'approche au travers du « cas difficile » a inscrit le dispositif dans une démarche éthique, mais que les caractéristiques particulières des patients l'ont vite transformé en un dispositif politique cherchant à rationaliser l'exclusion du — ou l'inclusion au — système de santé des migrants thérapeutiques. Dans un second temps, nous étudierons les conditions et processus qui permettent de justifier l'exclusion d'une partie de ces patients du système de santé. Nous nous pencherons notamment sur la question du choix aux bords de la médecine.

[52] Il faut tout de même noter ici que l'enquête empirique semble montrer que dans un certain nombre de cas le temps semble jouer en faveur de ces migrants thérapeutiques et que certains finissent par obtenir une couverture maladie, notamment lorsque les soins ont été engagés. Le temps est ici un facteur essentiel qui mériterait d'être étudié de plus près dans le cadre d'une analyse des trajectoires de ces patients.

## 2 - 1 Du glissement des Réunions de concertation pluridisciplinaire - médico sociale et éthique vers le politique

La PASS Apollinaire est particulièrement concernée par l'arrivée de migrants thérapeutiques car elle s'inscrit dans un CHU parisien internationalement reconnu pour la prise en charge de certaines pathologies, notamment de certains cancers. La direction de l'hôpital a, par ailleurs, choisi de faire de la publicité à l'international pour attirer des patients étrangers fortunés (ce qui a probablement renforcé sa visibilité à l'étranger et attiré des patients moins fortunés). L'étude du traitement de la question sociale en santé dans le système de santé public en France révèle ainsi de nouveaux problèmes qui sont encore à l'état d'impensés chez la plupart des acteurs concernés, mais aussi dans les travaux français en sciences sociales[53]. Or, les effets de la mondialisation et de l'accroissement des inégalités au niveau mondial se répercutent bien dans le champ de la santé. Les inégalités d'accès aux soins ne sont pas seulement internes à un État, mais elles se mondialisent et leurs effets se font en partie ressentir au niveau local. Le cas des RCP-MSE est un bon révélateur de cette situation. Il montre tout d'abord que la migration thérapeutique est un phénomène partiellement ignoré des politiques de santé. Comparés aux pays d'où viennent les migrants thérapeutiques, les CHU français offrent des prises en charge en santé parmi les plus avancées dans le champ de la santé au niveau mondial. Dans une situation économique difficile, certains hôpitaux — comme l'hôpital C — tentent de tirer avantage de cette situation en attirant des patients riches originaires de pays moins bien dotés au niveau sanitaire. Ce phénomène constitue l'autre face de la migration thérapeutique, reconnue et encouragée. Celle rencontrée à la PASS Apollinaire, par contre, n'a pas d'existence juridique ou administrative[54]. Le phénomène français de la migration thérapeutique s'inscrit fortement dans une histoire coloniale et dans un contexte de migrations post-coloniales et intra-communautaires (est-ouest). Les migrants thérapeutiques cherchant des soins en France ont des liens avec ce pays (qu'ils soient historiques, politiques ou familiaux). La conséquence de l'absence de prise en compte de ce phénomène a pour conséquence que, localement dans les hôpitaux dans lesquels ces patients arrivent alors qu'ils sont malades et ont besoin de soins, il n'y a *a priori* pas de possibilité de prise en charge. L'absence de documentation de ce phénomène empêche de décrire avec précision la réalité de l'accès aux soins des migrants thérapeutiques. Les professionnels des PASS que nous avons

[53] On peut tout de même noter le dossier le dossier paru dans la revue *Anthropologie et santé* : Musso, Sandrine, Juliette Sakoyan et Stéphanie Mulot, « Migrations et circulations thérapeutiques: Odyssées et espaces », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 5, 28 Novembre 2012.

[54] Nous ne ferons pas d'autres référence au premier type de migration thérapeutique (celle légale et encouragée), c'est pourquoi, pour ne pas alourdir le texte, nous parlerons simplement de « migration thérapeutique » pour parler du second type.

rencontrés ont pu témoigner de cas isolés dont ils ont connu l'histoire dans leurs hôpitaux respectifs. Il semble que dans la plupart des hôpitaux, la prise en charge à titre gracieux des migrants thérapeutiques dépend, au niveau local, de la décision au cas par cas du chef de service (ou de pôle). L'évolution vers un contexte budgétaire contraignant a sans doute participé à réduire la tolérance vis-à-vis de ce phénomène, à le rendre plus visible et problématique à l'intérieur de l'hôpital et à davantage impliquer les directeurs d'hôpital dans le processus décisionnel. Cet effet a probablement également été renforcé par la stigmatisation des migrants thérapeutiques dans le discours public depuis les années 1990. L'historienne Caroline Izambert documente dans sa thèse les parcours chaotiques de plusieurs patients sans couverture maladie et atteints de maladies nécessitant des soins lourdes et décrit des refus de soins et des prises en charge partielles, des soins distribués au compte-goutte.[55]

Dans les hôpitaux qui disposent d'une PASS, ces patients y sont souvent orientés, déléguant partiellement la responsabilité budgétaire de la décision à ses professionnels (la décision de prise en charge est dans tous les cas prise au sein du service de spécialité concerné). Dans ce cas-là, l'existence de la PASS a donné une visibilité aux cas de migration thérapeutique en soulignant le problème de leur financement (la PASS n'ayant pas un budget suffisant pour prendre en charge des thérapeutiques aussi chères).

### 2 - 1 - 1 Un dispositif de prise de décision éthique

> **J.G.** : « Est ce qu'on pourrait parler cinq minutes des RCP[-MSE] ? »
> **Émilie Petit** : « [...] la genèse, au début, c'était des situations qui étaient, qui paraissaient vraiment, où on faisait n'importe quoi, voilà, il paraissait qu'on faisait n'importe quoi en faisant un acte médical, une prescription. Et c'était pas cohérent avec la situation, et avec une tension entre la vision spécialisée et une vision plus globale de la situation. Et donc voilà, moi j'ai été voir l'espace éthique de l'AP-HP, [...] pour essayer de trouver une porte de sortie de cette situation qui était inextricable quoi. [...] Par exemple, c'était un cancer qui était au stade palliatif, où vraiment l'état de la science montre qu'il y a pas, ça va pas être curatif, et où on entretient malgré tout l'espoir de guérison de patients, de patientes en l'occurrence. C'était un cancer du sein, en laissant entendre que, une fois qu'on aura fait ça, elle pourrait pas repartir chez elle [au Mali], c'est ce qu'elle voulait. Et finalement, en voyant leur état, voilà, en attendant on leur mettait quelques comprimés de Nolvadex® pour ne pas ne rien faire, mais sachant que ça ne servirait à rien. Et puis qu'après finalement, le traitement qu'on allait faire, vu l'état de la situation, le traitement, une fois qu'on l'aurait fait, ça serait trop tard pour jamais pouvoir repartir. Donc, c'est cette patiente là en l'occurrence je lui dis, mais là, moi, dans mon rôle de PASS Apollinaire, j'étais là à devoir retranscrire le traitement, mais un traitement qui me paraissait incohérent et je voyais que dans le discours de la patiente, elle avait pas compris, ou alors on lui avait dit quelque chose qui était complètement déconnecté de la réalité médicale. »[56]

[55] Izambert, *op. cit.*, chapitre 7.

[56] Extrait d'entretien avec la médecin référente de la PASS Apollinaire de l'hôpital C. Février 2012.

À l'origine des RCP-MSE, mises en place en 2009, il y avait des rencontres au sein de l'Espace éthique de l'hôpital C insufflées par le Dr Émilie Petit. La relation de la PASS Apollinaire avec l'Espace éthique est importante pour comprendre la forme et le fond des RCP-MSE[57]. Elle permet notamment de comprendre pourquoi les problèmes que posaient les « situations complexes » de certains patients (comme elles sont définies par les professionnels de la PASS) ont été abordées sous l'angle de l'éthique médicale. L'influence de la réflexion éthique se retrouve à la fois dans le nom des RCP-MSE et dans l'objet de ces rencontres qui s'attaquent aux « situations complexes ». Les premiers cas ont concerné des migrants thérapeutiques qui étaient pris en charge dans des services de spécialité et qui étaient orientés vers la PASS pour la délivrance de leurs médicaments. Ils venaient à la PASS avec une ordonnance classique faite par le médecin de spécialité et que les médecins de la PASS devaient retranscrire afin qu'ils puissent obtenir les médicaments ou les soins gratuitement dans le cadre de la PASS. À plusieurs reprises, la prise en charge s'est avérée en contradiction avec la situation du patient ou avec sa demande de soin car l'approche biomédicale du service de cancérologie tend à proposer la même solution standardisée à tous les patients en fonction d'un diagnostic (démarche basée sur l'*evidence based medicine*). En ce sens, la démarche éthique insufflée à la PASS Apollinaire rejoint le plaidoyer de Roland Gori et Marie-José Del Volgo pour réintroduire une « casuistique », une analyse au cas par cas dans les prises en charge en santé[58]. Nous nous accordons avec ces auteurs pour qui le « recours au concept d'éthique dans le champ de la santé se déduit de la nécessité de devoir prendre en compte un *reste*, produit par les nouvelles technologies de discours qui traitent à notre époque la santé, la maladie et le soin »[59]. C'est dans ce sens que nous entendons l'éthique médicale. Elle se place au bord de la médecine et de la pratique médicale, lorsque les professionnels de santé se retrouvent face à des situations dans lesquelles ils doivent prendre des décisions qui dépassent le cadre de leurs compétences propres[60]. La démarche éthique des RCP-MSE est souvent présentée à l'aide de ce premier cas (voir chapitre VI, 1-1) dans lequel le désir de la patiente était de rentrer dans son pays (Mali) une fois guérie. Alors que son cancer était en phase terminale, les spécialistes de cancérologie lui

---

[57] Voir la sous-partie « Les Réunions de concertation pluri-disciplinaires et éthiques » dans le chapitre VI où sont détaillées comment ces RCP-MSE se sont construites et le premier cas qui en est à l'origine.

[58] Gori, Roland et Marie-José Del Vogo, « L'éthique : un retour de la clinique dans les pratiques de santé ? », *in* Brun, Danièle dir., *5e Colloque de pédiatrie et psychanalyse. La guérison aujourd'hui : réalité ou fantasmes*, Paris, Édition Études freudiennes, 2002, p. 127-150.

[59] Gori, Roland et Marie-José Del Volgo, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, France, Flammarion, 2009 (2005), 336 p. (p. 141), italique dans le texte original.

[60] Dans cette perspective, les RCP-MSE participent à la réflexion éthique (ou biopolitique) du *laisser mourir* (qui serait la prochaine étape après le *faire mourir*, identifiées par M. Foucault). Voir Memmi, Dominique, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, Éditions La Découverte, coll. « Textes à l'appui », 2003, 308 p. Ce *laisser mourir* introduit notamment une réflexion en termes de régulation des dépenses de santé dans le sens où il est aussi question d'arrêter des prises en charge coûteuses en rapport à un intérêt limité en termes curatif ou palliatif. Foucault, Michel, *Il faut défendre la société: cours au Collège de France, 1975-1976*, Paris, Gallimard/Seuil, coll. « Hautes études », 1997, 283 p.

avaient prescrit un traitement palliatif — conforme aux recommandations de la médecine fondée sur des preuves (*evidence based medicine*, EBM) et sur les pratiques biomédicales modernes — qui n'était pas en phase avec le désir de la patiente de retour au pays. Les RCP-MSE dans ce cas-là ont permis de recentrer la prise en charge en fonction de la réalité subjective du patient (ou plutôt de « l'humain ») et de dépasser les prises en charges uniformisantes de la médecine moderne. Une véritable démarche éthique au sens de R. Gori et M-J. Del Volgo[61].

S'inspirant des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie, les RCP-MSE, qui se déroulent dans le box de consultation du Dr Petit, réunissent différents corps professionnels qui agissent autour d'un patient. Ainsi, lors des RCP-MSE, les médecins et les autres professionnels concernés (assistantes sociales et infirmières) de la PASS et du service de spécialité dans lequel le patient est pris en charge se réunissent de manière collégiale. Lors de ces réunions, une approche globale est proposée afin de prendre en compte les différents aspects de la vie du patient dans la démarche thérapeutique et d'adapter la réponse médicale à la situation de l'individu derrière le patient. Une « grille d'aide à la décision » a été construite pour accompagner les professionnels (voir la synthèse dans le tableau n° 6 plus loin et l'intégralité en annexe n° 4).

La promotion d'une prise en charge globale, ou d'une prise en charge de « l'humain », n'est cependant pas le seul but des RCP-MSE. Elles servent de vitrine à la PASS à l'intérieur de l'hôpital, donnant plus de visibilité à son approche du soin et ses activités auprès des services de spécialité. La démarche expérimentale en éthique permet de lui apporter une légitimité scientifique innovante valorisée dans le contexte de ce CHU parisien. Elles sont également un lieu de discussion permettant de réduire une certaine souffrance au travail vécue par les équipes soignantes qui prennent en charge ces patients « complexes », tout comme un lieu de légitimation par le collectif de décisions difficiles à prendre (comme le refus de soin par exemple).

[61] « C'est bien parce que dans les pratiques thérapeutiques un cas clinique singulier et concret ne saurait se réduire à la simple application d'une loi de la langue scientifique ou juridique que surgissent chez le praticien une crise et une réflexion authentiquement éthique. « (p.144) p. 142. Gori et Del Volgo, *op. cit.*, 2009.

### 2 - 1 - 2 Décisions éthiques exposées aux contraintes budgétaires et néo-managériales

Afin d'analyser plus finement les ressorts des processus de décision qui se sont construits lors des RCP-MSE, il est nécessaire de se pencher sur ce qu'il se passe concrètement lors de ces réunions. Pour cela, nous présentons ci-dessous des extraits d'un compte rendu qui exposent les questionnements posés (l'intégralité du document se trouve en annexe 3 - 1)[62] :

> « M M., 33 ans, arménien, arrivé en France en mai 2012 pour tenter de bénéficier de soins pour une histiocytose prise en charge jusqu'alors en Russie. Il aurait trouvé sur internet que l'hôpital C est un centre de référence de cette maladie et payé un passeur (5000 euros) pour venir en France. Le passeur aurait gardé le passeport du patient. Celui-ci s'est présenté aux urgences de l'hôpital C d'où il a été adressé à la consultation Apollinaire. Le patient est vu aux urgences le 28/5/12 puis à la consultation Apollinaire.
> M M. se retrouve en France sans argent et sans hébergement (il dort parfois dans le hall de l'hôpital ou dans une église du 16ème arrondissement). [...]
> Le décès de son père en avril 2012 le fait remettre en question la qualité de sa prise en charge, et motive son voyage en France pour un second avis. Il a pour projet d'être traité en France et de retourner ensuite dans son pays d'origine. Ayant utilisé tout son argent pour venir, il sollicite d'être soigné en France, à titre « gratuit ». [...]
> Les questions posées en RCP MSE sont les suivantes : Quel traitement pourrait être proposé ? Un éventuel traitement en France apporterait-il un véritable bénéfice par rapport au traitement qu'il pourrait recevoir en Russie ? Est-il légitime que ce patient bénéficie de soins « gratuits » en France ? En pratique, à court terme, jusqu'où envisager des explorations complémentaires ?
> La situation sociale de ce patient est abordée. Il n'aurait jamais travaillé. Il serait en invalidité depuis l'âge de 18 ans. Il reçoit une pension dans son pays de résidence.
> En France, il n'a donc ni domicile, ni revenu, ni lien familial ou social solide. Il vient cependant à tous les rendez-vous accompagné par un compatriote qu'il aurait rencontré à proximité de l'hôpital. Le patient ne parle ni le français ni l'anglais et c'est ce compatriote qui sert de traducteur.
> Tenant compte du fait que venir en France pour se faire soigner ne permet pas d'obtenir l'AME, il est probable que le patient ne puisse pas bénéficier d'une couverture sociale. Ainsi, les soins qui seraient engagés le seraient en "non-valeur" pour l'hôpital.
> Quoi qu'il en soit, l'obtention d'une couverture sociale ne règlerait évidemment pas les autres problèmes, en particulier celui de l'hébergement. [...]
> Pour ce qui est de l'histiocytose, le traitement qui pourrait être envisagé en France ne serait pas supérieur au traitement qui pourrait être réalisé en Russie. Tenant compte des conditions de vie du patient en France, il est à craindre qu'il survienne plus d'effets indésirables que si ce traitement est réalisé dans son contexte de vie habituel.
>
> Conclusion
> L'histiocytose langerhansienne est une maladie chronique qui ne nécessite pas de traitement en urgence et qui ne sera pas guérie quel que soit le traitement.
> Le traitement proposé en Russie était adapté et celui qu'on pourrait lui proposer en France ne serait pas supérieur.
> Le patient avait accès aux soins et des revenus dans son pays d'origine, ce qu'il n'a pas en France à ce jour.
> Les lésions considérées comme suspectes sont stables depuis au moins un an. Elles ne nécessitent qu'une surveillance à distance, qui pourra être faite en Russie.

[62] Lors de l'enquête empirique, nous avons pu assister à trois RCP-MSE ; nous avons également récolté les comptes rendus de ces réunions sur une période d'environ six mois. Nous avons mis trois comptes rendus anonymisés en annexe (3 - 1, 2 et 3).

Tenant compte de tous ces éléments, il n'y a aucune légitimité à prendre en charge ce patient en France. Il apparait préférable pour le patient de poursuivre les soins dans son pays d'origine.

Cotation par la grille de décision multidimensionnelle
Le remplissage de la grille de décision multidimensionnelle donne un score de +2063, score positif, donc en faveur de la décision prise de façon collégiale.

Proposition :
Le patient sera reconvoqué le 17 juillet à 16h pour une consultation en présence du Dr X, du Dr Y, du Dr T, du Pr W et d'un interprète professionnel arménien pour explication des conclusions de la RCP. »[64]

À la lecture de ces extraits du compte rendu, on voit que les RCP-MSE ont pour objectif d'aider à prendre une décision quant à l'opportunité de prendre en charge le migrant thérapeutique à la PASS et *a fortiori* en France et s'écartent donc de la démarche éthique initialement promue. C'est ce qu'on lit dans la conclusion, l'avis négatif est motivé par l'absence de légitimité du patient à se faire soigner en France. Ainsi, on peut tout d'abord souligner que le processus de décision concernant ce patient ne porte pas uniquement sur l'option thérapeutique la meilleure d'un point de vue médicale ou humain, mais également sur la légitimité de ce patient à être soigné en France. La démarche n'est pas de mettre le patient et son ressenti subjectif au centre de la prise en charge, mais plutôt d'une prise de décision collégiale sur la légitimité de la demande du patient. D'ailleurs, plutôt que d'avancer ensemble avec le patient dans la démarche de soin, la RCP-MSE permet de rompre la prise en charge. La solution consistant à présenter au patient les résultats de cette réunion à l'aide de trois médecins, d'un professeur et d'un interprète professionnel donne à la démarche un formalisme qui ressemble davantage à la délivrance du verdict d'un jury de tribunal (condamné coupable) que d'une démarche éthique. On peut d'ailleurs se demander dans quelle mesure le consentement éclairé du patient joue encore un rôle dans la prise de décision thérapeutique dans cette situation.

La perte de la démarche éthique se retrouve dans les deux autres cas présentés (voir en annexe 3 - 2 et 3 - 3). Pour Mr M.[65] — pour qui la RCP-MSE conclut également à un refus de soins (« abstention thérapeutique ») —, une remise en cause de son autonomie en tant que patient est avancée lors de la réunion. La démarche éthique ne serait ici pas possible car la situation sociale du patient empêcherait l'autonomie de ce dernier. Un raisonnement en termes de « justice sociale » est mobilisé qui plaide pour le refus de soin en raison de la relation entre le coût économique du traitement, le bénéfice médical apporté et le manque que ces coûts engendreraient dans les prises en charge d'autres patients de la PASS (si on donne à ce

[63] Voir la grille de décision des RCP-MSE ci-dessous et en annexe 4.

[64] Extraits du compte rendu de la RCP médico-sociale et éthique du 3 juillet 2012, PASS de l'hôpital C. L'intégralité du compte rendu est à lire en annexe 3 - 1.

[65] Monsieur M. est Arménien, il est arrivé en France il y a quelques mois pour se faire soigner d'une maladie rare qui atteint les os et qui l'a rendu invalide. Il est venu en France illégalement et n'a pas de ressources.

patient, les autres patients auront moins). Le compte rendu de la RCP-MSE de Mme M. (annexe 3 -3) ne fait plus du tout plus état d'une démarche éthique, mais seulement d'un questionnement sur la légitimité de la patiente — une migrante thérapeutique — à être prise en charge à la PASS. Plutôt qu'une démarche éthique qui mettrait l'humain au centre de la démarche thérapeutique et favoriserait l'autonomie et le consentement du patient, les RCP-MSE se réunissant autour des cas de migrants thérapeutiques prennent des « décisions pour autrui »[66] remettant en cause leur pouvoir de décider pour eux-mêmes et leur autonomie, pourtant mis en avant au départ[67]. Cette dimension n'est d'ailleurs pas inconnue des professionnels qui ont une réflexivité importante sur leurs pratiques. C'est ce qu'évoque cette médecin généraliste de la PASS Apollinaire :

> **Dr Lacombessie** : « Je trouve qu'en RCP[-MSE], et souvent les voix des assistantes sociales, lorsqu'elles osent parler dans les RCP, elles vont dans ce sens-là, on perd un peu le sens de l'autonomie du malade. Parce qu'il n'est pas là. Parce que c'est, ce sont des décisions, des réflexions, que d'un seul côté de la barrière, quand je te disais "et si c'est ton frère, et si c'est ta mère ?", ça te remet de l'autre côté en fait. Cette question-là elle est con en fait parce qu'elle te fait.., il y a un côté un peu culpabilisant derrière. Mais non, en fait, elle te met de l'autre côté en fait, si toi t'es malade, si c'est un membre de ta famille [...] ? »[68]

À la lecture du compte rendu présenté un peu plus haut, on devine qu'il y a une volonté de rationaliser le processus de décision dans ces cas de migration thérapeutique. La décision ne concerne plus le domaine médical, mais le domaine politique. Cet élargissement du domaine de décision est rendu possible par le cumul des objectifs d'une prise en charge globale et d'une rationalisation des dépenses. La prise en charge globale, en considérant tous les aspects de la vie comme pertinents dans la prise en charge en santé, s'autorise à prendre en considération des domaines qui sortent de ceux traditionnellement utilisés par la médecine et d'aller observer ceux du parcours migratoire, des conditions de vie et de la situation familiale. De l'autre côté, l'objectif de rationaliser les dépenses de santé, qui n'est pas un objectif de soin, s'empare des éléments non-médicaux rassemblés par la démarche de prise en charge globale pour justifier des économies (au travers du refus de soins). Si la discussion et la décision des options thérapeutiques ont leur place à l'hôpital, il est de prime abord plus étonnant d'y voir discutée la légitimité d'un patient à se faire soigner à l'hôpital public en fonction d'un parcours migratoire particulier et, ce d'autant plus, lorsque ces discussions sont formalisées dans un protocole de prise de décision collégiale.

---

[66] Béliard, Aude, Aurélie Damamme, Jean-Sébastien Eideliman et Delphine Moreau, « "C'est pour son bien". La décision pour autrui comme enjeu micro-politique », *Sciences Sociales et Santé*, n° 3, Septembre 2015, p. 5-14.

[67] Si en théorie les RCP-MSE donnent des « avis » sur la meilleure option thérapeutique que le patient peut suivre ou non, dans les cas que nous étudions, les patients n'ont pas les capacités ni les ressources pour remettre en cause ces avis. Il s'agit donc, selon nous, de décisions.

[68] Extrait d'entretien avec une médecin généraliste attachée à la PASS Apollinaire dans un grand CHU parisien. Mars 2012, hôpital C.

Pour arriver à cette conclusion, les RCP-MSE s'appuient sur une grille d'aide à la décision qui a été construite par une anthropologue (voir le tableau n° 6 ci-après qui synthétise la grille de décision[69]). Cette grille se divise en quatre catégories de questions : cliniques (1), administratives (2), sociologiques et environnementales (3), et relationnelles (4). On voit qu'une partie des questions de la grille concerne directement les migrants thérapeutiques, elles cherchent à objectiver les difficultés rencontrées dans ces situations spécifiques et à créer un arbitrage concernant les options thérapeutiques dans ce contexte spécifique. Cela a pour conséquence d'éloigner une grande partie des questions des dimensions proprement médicales pour les orienter vers la situation sociale et administrative du patient ou encore le projet de vie et les possibilités d'obtenir des soins à l'étranger ou dans le pays d'origine. Cette grille de décision est encore à l'état expérimental et est amenée à être modifiée. Néanmoins, on voit tout de suite que la démarche générale des RCP-MSE s'aventure sur un terrain nouveau de la décision médicale ayant trait au phénomène migratoire et cherchant à définir les responsabilités de ce que la société française et son système de santé public doivent porter en la matière. Elle valorise une démarche de rationalisation des soins ayant, entre autres, pour objectif de réduire les dépenses de santé et qui apporte à la PASS Apollinaire une légitimité budgétaire et néomanagériale. C'est pour réaliser ce dernier objectif que des représentants de la direction, notamment de la direction financière, sont également présents.

[69] La grille de décision telle qu'elle est présentée lors des RCP-MSE est disponible en annexe 4. Pour conserver l'anonymat des personnes ayant participé à l'enquête nous ne mentionnons pas le nom de cette anthropologue.

**Tableau n° 6 : Résumé des questions de la « grille d'aide à la décision clinique en situation de complexité »**

Extraits du texte accompagnant la grille :
« En prenant en compte les éléments bio-psycho-sociaux de la situation, la grille aide le clinicien à décider quelle serait l'option clinique la plus pertinente ) à proposer au patient. Elle facilite également l'examen comparatif de plusieurs alternatives thérapeutiques [...] »
**« La grille ci-dessous permet de décrire la situation clinique et le contexte personnel du patient ainsi que ses facteurs de motivation. Elle se décompose en 4 catégories de critères. Chaque critère est présenté sous la forme d'une question à choix multiple dont la formulation est soit une alternative (oui/non/ NA= critère non pertinent pour ce cas), soit une échelle chiffrée, une échelle de pourcentage ou une échelle qualitative.**
**Vous considèrerez l'opportunité d'entreprendre le traitement proposé ou, dans certains cas, l'alternative entre deux traitements envisagés, au regard de la situation présente du patient.**
**S'il faut comparer entre 2 options de traitement (traitement intensif ou non-spécifique, traitement à visée curative ou palliative, prise en charge ou non-intervention...) il est préférable de traiter un critère après l'autre, en considérant à chaque fois la pertinence de différentes options de traitement, comme la grille le propose.**
Vous pèserez chaque critère **en regard de chaque alternative de traitement (cotation n°1, puis cotation n°2).** Votre évaluation se fera sous forme d'une notation positive, négative ou neutre **(de +3, 0, à -3). La note +3 signifie "situation très en faveur de l'adoption de ce traitement". La note -3 signifie « situation très en défaveur de l'adoption de ce traitement. » [...]**
**Attention : chaque critère doit être pesé pour lui-même. La pondération des critères s'opère d'elle-même à travers le d écompte des points totalisés [...].** » *En gras dans le texte original.*

| Critères cliniques | Critères administratifs | Critères sociologiques et environnementaux | Critères relationnels (interaction avec le patient) |
|---|---|---|---|
| Âge (>80 ans, 50-80, <50 ans) | Ressources humaines et moyens du service (place disponible, place/ressources incertaines, NA) | Hébergement/ logement stable : non, NA, oui | Formulation de la demande par le patient (oui, non, NA) |
| Évaluation de l'état général (4, 2/3, 1 ou 0 ; 4 = état très dégradé) | Accès possible à une structure adaptée (critères administratifs non remplis / NA / critères remplis) | Existence de liens sociaux et familiaux en France (non, NA, oui) | Instauration d'un dialogue ouvert avec le patient (oui, NA, non) (NA = dialogue impossible vu l'état du patient) |
| Évaluation de l'état cognitif et autonomie, (altération importante, discrète, NA) | Coût traitement (>30 000 €, intermédiaire ou NA, <5 000 €) | Existence de liens sociaux et familiaux forts dans le pays d'origine (oui, NA, non) | Cohérence de la proposition thérapeutique avec la demande du patient (bonne, faible, NA) |
| Notion d'urgence médicale vitale (oui, non/NA) | Solvabilité (en absence de couverture sociale) (non, NA ou partielle, oui) | Évaluation de la motivation à être soigné (mauvaise, NA ou incertaine, bonne) | Qualité de la relation entre le patient et l'équipe de soin (membre du service) (tendue, NA ou incertaine, bonne) |

suite page suivante

| Critères cliniques | Critères administratifs | Critères sociologiques et environnementaux | Critères relationnels (interaction avec le patient) |
|---|---|---|---|
| Durée prévisible du traitement (<6 mois, 6 à 12 mois, >6 mois [*sic*]) | Traitement accessible ailleurs (dont pays d'origine) (non, NA, oui) | Capacité à avoir une offre alimentaire régulière et/ou accès possible à une complémentation nutritionnelle | Avis de l'équipe de soin sur la prise en charge du patient (favorable, NA ou NSP, contre) |
| Probabilité de guérison à ce jour (<10%, 10-70%, >70%) | Possibilité du retour au pays (ou départ dans un autre pays) (non, NA, oui) | Implication des proches (mauvaise, NA ou incertaine, bonne) | |
| Probabilité d'amélioration significative : amélioration de l'autonomie (par ex. sortir d'hospitalisation) et/ou du retentissement fonctionnel <10%, 20-60%, >70 %) | Projet d'un séjour durable ou d'installation en France formulé par le patient (oui, non, NA) | Questionnement lié aux valeurs ou croyances pouvant entraver le suivi du traitement (suggéré par le patient ou la famille) (oui, NA, non) | |
| Probabilité d'amélioration significative : Diminution de la douleur (si contrôle insuffisant par antalgiques <10%, 10-70%, >70%) | Délai avant reprise possible d'une activité professionnelle (>12 mois, 3-12 mois, <3 mois) | | |
| Facteurs de mauvais pronostics (échec d'un premier traitement) : oui, NA, non | | | |
| Rapidité de l'évolution spontanée en l'absence de l'intervention : lente, intermédiaire, NA, rapide | | | |
| Médiane de survie : <1 an, 1 à 3 ans, >3 ans, NA | | | |
| Importance des effets secondaires prévisibles du traitement et/ou interactions médicamenteuses potentielles : forts, moyens, faibles, NA | | | |
| Poids des séquelles liées à l'intervention prévisibles : lourdes, faibles, pas de séquelles, NA | | | |
| Éléments de nature médicale susceptibles d'entraver le retour au pays (si souhaité) : oui, non, NA | | | |
| Complications possibles des co-morbidités significatives : oui, non, NA | | | |
| Altérations de l'état nutritionnel : dénutrition sévère ou modérée, dénutrition légère, pas de dénutrition | | | |
| Pathologie psychiatrique risquant d'entraver les soins : oui / non | | | |

### 2 - 1 - 3 Le « partage du pain » ou la décision médicale sous les fourches budgétaires

> **J.G.** : « Et, quand est-ce qu'on va avoir recours aux RCP[-MSE] ? »
> **Véronique Lacourt** : « C'est dès qu'un patient nécessite des soins onéreux : RCP. Tous les autres patients, euh, s'ils ont un rhume, etc., etc., ça n'intéresse personne. Voilà, la RCP ne concerne que les patients qui nécessitent des soins coûteux. [...] »[70]

Au cours de ces discussions sur les « situations difficiles » qui sont l'objet des RCP-MSE, la dimension économique est devenue de plus en plus centrale. S'intégrant complètement dans l'*ethos* de la crise et des difficultés budgétaires de l'hôpital qui est devenu un discours dominant[71], la RCP-MSE a servi de lieu d'expérimentation du choix sous contrainte (budgétaire). Comme on l'a vu au chapitre VI, les RCP-MSE sont intimement liées à une tentative de valorisation néo-mangériale, en ce sens qu'elles se révèlent très porteuses pour valoriser la PASS, notamment auprès des promoteurs des réformes néo-managériales. Un des fils rouges des réflexions conduisant à la prise de décision est celui du coût des soins au niveau local (celui de l'hôpital), voire au niveau macro (celui du système de santé). En réfléchissant aux possibilités et contraintes du système de santé et de l'hôpital, et en prenant pour exemple les ressources budgétaires supposées limitées de la PASS[72], mais aussi le manque de places disponibles pour les patients dans les services de spécialité, les professionnels de santé s'approprient, dans une logique professionnelle organisationnelle (voir partie II), un discours sur les ressources limitées du système de santé. La présence, lors de ces réunions, de membres de la direction financière accentue cette dimension. Les personnes présentes ne sont presque jamais des spécialistes de ces questions (migratoires ou économiques). Ces rencontres s'apparentent alors davantage à un espace de liberté profane visant à légitimer un discours de crise et un nécessaire rationnement des soins dans un système de santé qu'il faut contraindre. C'est ce qu'on lit dans le compte rendu concernant M. N. (voir le document complet en annexe 3 - 2) :

> « La question du coût du traitement est également abordée, non qu'il s'agisse d'un élément intervenant isolément dans la décision mais qu'il doit être mis en perspective avec le bénéfice attendu. Le coût d'un mois de traitement par Xeloda® est environ de 400 euros par mois. [...]
> La question de la valeur de justice se pose avec force dans cette situation. Celle-ci nous impose de penser le préjudice qu'elle peut entraîner pour les autres patients, les « tiers invisibles » dans la relation de soin. Elle pose la question de la tension entre une visée humanitariste et la rationalité économique.

---

[70] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistante sociale de la PASS Apollinaire. Février 2012, hôpital C.

[71] Voir Pierru, Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, coll. « Collection Savoir-agir de l'Association raisons d'agir », 2007, 319 p.

[72] Le financement au moyen d'une enveloppe fermée (MIG PASS) laisse faussement penser que la PASS a un budget limité. En réalité, comme toutes les MIG, l'enveloppe est compensatoire et ne correspond pas forcément à la totalité des dépenses, l'hôpital est censé également participer au financement. Cependant, dans la pratique, les directeurs d'hôpital présentent souvent le budget de la PASS comme limité et les professionnels des PASS croient ce discours.

Intégrer ce patient dans un dispositif de soin « gratuits » en France pourrait être considéré comme irrecevable dans une perspective de justice sociale.
Cette situation illustre l'extrême difficulté de la position du médecin devant faire face à des choix qui ne relèvent pas de son champ d'intervention. Cela met en évidence le manque d'un sas de régulation. La PASS apparait comme le lieu idéal pour élaborer cette fonction de régulation dans une nouvelle forme de collégialité. Elle constitue en effet une interface entre la ville et l'hôpital et elle repose sur une logique de décloisonnement médico-social. »[73]

Représentée dans la grille de décision dans la partie « critères administratifs », la dimension économique prend la forme d'un questionnement citoyen quant à l'opportunité d'un traitement coûteux pour l'hôpital. Lors d'une RCP-MSE à laquelle nous avons été invité à participer, le Dr Petit a orienté la discussion et la réflexion vers les questions économiques tout le long de la réunion, demandant par exemple si la patiente ou sa famille (en situation de précarité) ne pouvaient pas payer les petits soins elles-mêmes (prises de sang, médicaments, etc.), allant même jusqu'à proposer des *scenarii* fictifs dans lesquels aucune solvabilité de la patiente ne serait possible :

« Qu'est-ce qu'on ferait si on ne pouvait pas avoir d'AME d'urgence ? [...] Est-ce qu'on pourrait attendre trois mois [pour pouvoir demander une AME classique] ou payer [dans le cadre de la PASS] ? Il faut réfléchir à l'impact qu'on a en faisant soigner des patients par Apollinaire. Ça coûte des sous à l'hôpital. À terme, on ne pourra plus faire ça, sinon on va couler »[74].

Les deux extraits d'entretien ci-dessous, réalisés avec des médecins de la PASS Apollinaire, illustrent la trame narrative sur laquelle repose ce raisonnement et leur appropriation par les professionnels :

**J.G.** : « Donc, quand même, il y a l'aspect financier dans les RCP...? »
**Amélie Chaumont** : « Oui, oui, dont j'ai pas parlé. Mais oui, parce que c'est là que le bas blesse. Parce que ça pose problème à la société quand il faut sortir de l'argent ! [...] Et encore une fois qu'on ne soigne pas que des pathologies mais des individus, mais en fait qu'on prend en charge une société. Et c'est là, d'un point de vue financier que ça joue, parce que pour ce patient-là, bien sûr que on a les sous pour débours..., on a 50 000 euros aujourd'hui, mais est-ce qu'on aura 2 euros dans 20 ans pour faire ne serait-ce que, je ne sais pas moi, donner du Doliprane ? Enfin, euh, c'est très extrême, mais c'est un peu ça la réflexion en fait. C'est : est-ce qu'aujourd'hui je soigne tant que j'ai de l'argent et tant que j'ai les moyens ou est-ce que je rationalise mes soins parce que je sais que j'ai une population telle que, est-ce qu'il vaut pas mieux... Et là encore, est-ce qu'il vaut pas mieux pouvoir vacciner tout le monde, faire faire du sport à tout le monde, aider les gens à arrêter de fumer en faisant de l'éducation etc. Et ça, ça coûte du temps, de l'argent. Et arrêter de soigner les gens quand ils ont deux mois d'espérance de vie pour un cancer... Est-ce qu'il vaut pas... voilà, la question elle est là. »
**J.G.** : « Mais ces décisions-là, est-ce que ce sont pas des décisions qui peuvent être prises au niveau national ou régional... mais le...? »
**Amélie Chaumont** : « Oui, pas seulement. Et c'est là que les médecins ont un rôle à jouer. Parce qu'aujourd'hui effectivement les décisions elles sont prises par des politiciens, mais je suis désolée,

[73] Extraits du compte-rendu de la RCP-MSE du 14 juin 2012. PASS Apollinaire.
[74] Extrait du carnet de terrain, RCP-MSE, mars 2012. Nous avons également mis en annexe trois comptes-rendus anonymisés de RCP-MSE exposant les cas des patients et la synthèse des échanges. Nous avons mis en gras les passages qui ont trait à l'aspect économique.

je ne suis pas certaine que les politiciens sachent mieux répondre à quelle… comment prendre en charge les problèmes de santé d'une population que les médecins. C'est au corps médical de s'emparer de ça. Et en tout cas, c'est peut-être pas au médecin de répondre, de savoir si il vaut mieux traiter les gens quand ils sont en dernière ligne de cancer ou s'il vaut mieux traiter l'ensemble de la population. Sauf que bien sûr, le médecin, il voit jamais 50 000 personnes qui arrivent vers lui. Il voit toujours un patient. C'est un individu. Et donc effectivement, et c'est ça qu'il faut jamais oublier, c'est qu'on reste des humains. Enfin, on n'est pas des robots quoi. Et donc forcément, t'es malade, t'es en train de crever, forcément j'ai envie de t'aider, de t'apporter un soutien, un soulagement, etc. Et si j'en ai les moyens pourquoi je le ferais pas ? Et c'est là que toute la culpabilité ressort ! Parce qu'on a jamais 50 000 personnes en même temps qui nous tendent la main. Et du coup, si on se dit "ah, merde, si en fait je n'ai que quatre pains, comment je fais ?", il se trouve que toi tu me tends la main, je vais te le donner. S'il y en a 50 000 comment je fais, est-ce que j'en donne un petit bout à chacun, est-ce que je sélectionne ceux qui sont les plus malades, est-ce que je … »[75]

**J.G.** : « Et toi t'as l'impression qu'à travers ces RCP, qu'il y a une idée commune en tout cas de pourquoi on est là, qu'est-ce qu'on fait, qu'est ce qu'on veut pas faire aussi, ici ? »
**Christine Lamarche** : « Oui je pense qu'on est, l'image, la tendance à laquelle on adhère, je pense, tous, sinon on serait pas là, effectivement d'avoir cette réflexion, se dire, de devoir se poser ces questions-là. Donc de s'obliger à se les poser. Même si c'est pas de notre, enfin c'est pas forcément, on est pas vraiment légitimes pour le faire, mais en tout cas comme on n'a pas le choix, on se dit "il faut quand même qu'on se les pose", hein. Ce qui est pas le cas partout effectivement, et notamment dans le milieu associatif par exemple[76]. Et bon ça je trouve ça, c'est pas simple effectivement. Je me pose la question parfois la question "qu'est ce que je ferais si je travaillais dans une association ?" où ils accueillent tout le monde, où bon après tout, effectivement, on peut pas se dire "bah après tout, est-ce qu'on peut pas soigner vraiment tout le monde" enfin "est-ce qu'on peut pas accueillir vraiment tout le monde ?". Enfin, dans un monde idéal quelque part, voilà, on aimerait bien. Mais bon après avec les réalités…. Voilà, ça c'est vrai que parfois ça me gène un petit peu. Mais bon, à la fois j'y adhère quand même, parce que je crois que c'est sage quelque part et que c'est le seul, le seul moyen pour qu'effectivement les dispositifs qui existent qui sont protecteurs pour les personnes démunies, bah ils existent toujours, ils survivent. Parce que sinon, si on commence à faire, à voir, enfin un côté plus idéologique un peu dans, enfin comme les associations l'ont, d'accueillir absolument tout le monde, ce qu'on ne peut pas faire à l'hôpital concrètement. Mais bon voilà, je pense qu'on a tous un peu cette idée là et qu'on est plus ou moins tous d'accord, mais pas tous, je crois que tu vas interroger peut-être d'autres médecins tu verras, il y en a d'autres qui ne sont pas forcément complètement d'accord. »
**J.G.** : « Qui sont plus dans la logique de …? »
**Christine Lamarche** : « De soigner tout le monde. Le serment d'Hippocrate, voilà. On est médecins et on n'a pas à se poser de questions quoi. »

On voit ici comment la rhétorique de la pénurie des ressources conduit à des formes d'auto-limitation, de rationnement qui éclairent, du moins en partie, les décisions de refus de soins prises lors des RCP-MSE. Elle contribue à construire une nouvelle forme d'éthique organisationnelle[77] qui visent à protéger la santé budgétaire de l'hôpital et qui s'exprime en

[75] Extrait d'entretien avec l'interne de la PASS Apollinaire de l'hôpital C. Février 2012.

[76] L'idée que les centres de soins gratuits associatifs prendraient tous les patients sans restriction est fausse. Comme l'a montré C. Izambert, les associations, telle que Médecins du Monde par exemple, exerce les mêmes restrictions concernant les « touristes » et les « migrants thérapeutiques ». Voir Izambert, Caroline, « Les limites de l'universel. L'accès des sans-papiers à une couverture maladie en France depuis 1999 », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n° 6, 2 Juillet 2014, p. 199-215.

[77] L'éthique organisationnelle fait écho au modèle professionnel organisationnel que nous avons décrit dans les chapitre IV et VI.

termes de justice sociale[78]. Il est décidé de ne pas prendre en charge certains patients en prévision d'un futur manque supposé des moyens matériels et budgétaires (qui ne concerne que les patients des PASS). C'est autour d'un dilemme moral, réel ou imaginé, celui de rationner les soins parmi des catégories de patients spécifiques, que la décision dans les RCP-MSE se construit. La passerelle vers le droit commun pour les patients précaires devient un laboratoire d'avant-garde du rationnement des soins, une sorte de purgatoire où certains, parmi les patients illégitimes, sont sacrifiés pour permettre de continuer à soigner les autres. Il ne s'agit pas ici de faire porter la faute aux professionnels de la PASS Apollinaire de l'initiative de la construction d'un modèle de rationalisation et de légitimisation du rationnement des soins (par l'exclusion de certains) parmi des patients étrangers et précaires. Les RCP-MSE sont une chance pour nous de pouvoir observer ce phénomène sous une forme qui le rend si lisible.

Cette logique a en fait cours dans les PASS à tous les niveaux. C'est la même logique qui guide le rationnement des soins vu dans la première sous-partie du chapitre. Cependant, à la PASS Apollinaire cette éthique organisationnelle s'est construite de manière autonome, dans le sens où la direction n'a jamais refusé de prendre en charge des patients de la PASS en raison de leur non-solvabilité. Cette éthique organisationnelle s'est construite dans une autre dynamique à la PASS René Barthe, ce rationnement des soins est imposé de l'extérieur par la direction (voir l'échange de mail ci-dessus) ; c'est également le cas de l'hôpital B où l'organisation de la PASS s'est construite sous l'autorité de la direction financière. Mais, si le rationnement n'a pas été imposé par la direction à la PASS Apollinaire, on a vu dans les chapitres précédents que la fragilité du dispositif PASS à l'intérieur de l'hôpital a incité les professionnels à se montrer innovants afin de légitimer la structure et que cette initiative est très bien accueillie par la direction de l'hôpital et par le champ néo-managérial de manière générale (voir chapitre VI). D'autre part, le rationnement des soins pour les patients non-solvables n'est pas absent à l'hôpital C, mais il vient davantage des services de spécialité qui rechignent de plus en plus à prendre en charge les patients de la PASS Apollinaire (voir chapitre précédent). Le résultat de cette appropriation du discours de crise est son intériorisation par les professionnels, comme on peut le voir dans les extraits d'entretien ci-dessus. Comme l'a analysé Caroline Izambert, c'est grâce à l'acculturation de « l'ensemble des catégories de personnel aux questions budgétaires et administratives » qu'« une nouvelle obligation professionnelle, retraduite en impératif éthique » a permis de « délégitimer le principe même de […] l'accès aux soins [des catégories de patients les plus

[78] Ce phénomène peut être rapproché des analyses d'A. Spire sur la croyance commune, cette « croisade morale », qu'il décèle chez les agents des préfectures, celle d'appliquer des règles au nom de l'intérêt national ou d'inscrire leur mission dans le maintien de l'ordre national. Il explique cette cohésion, d'une part, par la force normative des représentations politiques et médiatiques de l'immigration et, d'autre part, par la capacité des agents d'encadrement à susciter leur adhésion. Spire, Alexis, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, 2008, 124 p., voir notamment le deuxième chapitre.

stigmatisés] ».[79] Par ailleurs, le phénomène qui met au centre de la décision médicale le critère budgétaire semble être réservé à des espaces dominés du champ médical. Ainsi, lorsqu'on se penche sur la littérature professionnelle s'intéressant à ces questions pour des situations similaires, mais pour d'autres catégories de patient, la rationalisation ou le rationnement des soins dans une perspective éthique sont exclus[80].

À contre-courant de notre analyse, le sociologue F. Pierru voit les RCP-MSE[81] comme étant l'expression d'une « pratique prudentielle » de la profession médicale, concept qu'il emprunte à Florent Champy[82], qui garantirait la « qualité des services dispensés » et qui devrait donc être protégée par une « autonomie délibérative »[83]. Pourtant, il reconnaît que cette « démarche éthique » est une réaction à un contexte de domination néo-managériale défavorable aux PASS et provoquant des situations où les médecins sont contraints à faire des « choix pathétiques » (choisir de soigner tel patient plutôt qu'un autre)[84]. Il voit tout de même dans ces RCP-MSE une capacité de résilience de la part des professionnels, une adaptation dans un contexte de contrainte. Mais, ce faisant, il passe sous silence l'immense injustice qui consiste à réserver ces réflexions générales sur la prise en charge en santé aux seuls patients démunis, sans structures représentatives pour les défendre et qui sont largement stigmatisés dans notre société et dans notre système de santé.

L'appropriation par la PASS de la prise de décision concernant les migrants thérapeutique, éclairée à la lumière de la médicalisation, souligne alors deux problèmes : celui de la compétence des acteurs hospitaliers dans ce domaine et celui de l'échelle à partir de laquelle elle est réalisée. Les équipes des PASS se retrouvent à devoir faire des choix, qu'on pourrait qualifier de choix sous contrainte (que cette contrainte corresponde à une réalité ou non ne la rend pas moins effective), pour lesquels ils ne sont pas compétents : décider si un patient étranger est légitime à être pris en charge par le système de santé public. Dans une démarche éthique organisationnelle, ils développent une réflexion se concentrant sur le problème du manque de ressources (matérielles, humaines et budgétaires) général au système de santé ou à l'hôpital. Les professionnels de la PASS sont ainsi amenés à remettre en question une éthique

---

[79] Caroline Izambert, « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? », *Agone*, vol. 1, n°58, 2016, p. 89-104 (p. 103)

[80] C'est ce que conclut par exemple l'article d'Orgerie *et al.* qui se base sur des observations réalisés lors 29 RCP dans différentes spécialités. Orgerie, M. -B., N. Duchange, N. Pélicier, S. Chapet, É. Dorval, P. Rosset, É. Lemarié, C. Hervé et G. Moutel, « La réunion de concertation pluridisciplinaire: quelle place dans la décision médicale en cancérologie ? », *Bulletin du Cancer*, vol. 97, n° 2, Février 2010, p. 255-264.

[81] Frédéric Pierru a également observé certaines RCP-MSE à la PASS Apollinaire.

[82] Champy, Florent, *La sociologie des professions*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2012, 258 p.

[83] Pierru, Frédéric, « Impératifs gestionnaires et phronesis médicale: esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien », *Quaderni*, n° 82, 5 Octobre 2013, p. 69.

[84] Expression qu'il emprunte à Didier Fassin : Fassin, Didier, « Le corps exposé: Essai d'économie morale de l'illégitimité », in Dominique Memmi (ed.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, coll. « Cas de figure », 2015 (2004), p. 237-266.

professionnelle traditionnelle qui les incitent à prodiguer les mêmes soins de qualité à tous. Cette réflexion éthique tend par ailleurs à invibiliser les dimensions structurelles de la migration qui ont lieu dans un contexte néo-libéral et post-colonial. Les maladies que les migrants thérapeutiques viennent faire soigner ne sont pas seulement des symptômes biomédicaux, elles s'inscrivent dans une économie politique globale. Il y a une répartition inégale des savoirs et des ressources de soin dans le monde qui pousse des patients à se déplacer pour accéder à ces ressources. De plus, les demandes des migrants thérapeutiques s'inscrivent dans une recherche de la santé telle qu'elle a été définie depuis la seconde moitié du XXe siècle, c'est-à-dire un état de bien être physique, psychique et social (auquel on pourrait rajouter « politique »)[85]. Le résultat de cette éthique organisationnelle est la mise en place d'un gouvernement local d'une biopolitique globale attribuant une valeur moindre à la vie des patients de la PASS auxquels nous nous sommes intéressés dans ce chapitre et qui est adossée aux logiques néo-managériales de rationalisation et de rationnement des dépenses de santé.

## 2 - 2 Vers une biopolitique de l'immigration à l'hôpital

### 2 - 2 - 1 Différentes approches de la biopolitique

Que l'éthique organisationnelle soit imposée de l'extérieur (par les services ou la direction) ou qu'elle émane directement de la PASS ne constitue pas seulement une différence formelle. Dans la PASS René Barthe de l'hôpital A, les professionnels la vivent comme une contrainte et tentent de poursuivre une pratique du soin auprès des migrants précaires dans une autre perspective. Le Dr Vandenbulck s'est ainsi spécialisé dans la rédaction de certificats médicaux nécessaires aux patients souhaitant acquérir un titre de séjour pour soin. Ceux-ci ne peuvent être rédigés que par une poignée de médecins certifiés par la préfecture ou par un médecin hospitalier[86]. Cet exercice de style nécessite un savoir-faire pratique (afin d'augmenter les chances que la requête aboutisse) qui constitue une ressource rare, notamment en raison du peu de médecins autorisés à rédiger ces certificats. À la PASS Apollinaire, on observe une approche inverse à celle de la PASS de l'hôpital René Barthe, c'est ce qu'on lit dans les notes prises lors d'une RCP-MSE :

[85] Voir la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé que nous avons rapportée dans le chapitre I.

[86] Cette pratique préexistait au Dr Vandenbulck. Le Dr Follereau, fondateur de la PASS René Barthe, en avait également fait l'une de ses spécialités. D'autres médecins de PASS se sont également appropriés cette mission, c'est le cas par exemple du Dr Blanchet de la PASS de l'hôpital G. Ces médecins correspondent à ceux qui entrent dans la catégorie des médecins engagés (voir chapitre IV).

> « Le Dr Petit explique le principe de la RCP - MSE : résoudre les tensions qu'il y a entre une vision purement médicale et les problématiques sociales plus générales.
> Il s'agit d'un patient Guinéen qui est venu en France dans l'objectif de se faire soigner, il vient avec une lettre de l'association Fédération des Tunisiens pour une Citoyenneté des deux Rives[87]. Le patient « exige » un certificat médical pour faire une demande de titre de séjour pour soin. Un des médecins hématologues a fait des recherches et a travaillé à Conacry, il explique qu'il est possible d'avoir le médicament gratuitement dans une association (Max Foundation).
> L'hématologue raconte qu'il a plusieurs patients qui ont obtenu des titres de séjour pour soin et qui ont des maladies chroniques et qui font des allers et retours pour récupérer des médicaments. »[88]

À la demande du Dr Petit, la médecin référente de la PASS, les « patients RCP » font explicitement l'objet d'un contrôle accru de la part des assistantes sociales et des médecins. Le but du contrôle est de vérifier si les patients n'ont réellement pas accès au traitement dans leur pays d'origine et s'ils n'ont pas, eux ou leur famille et hébergeants, les moyens financiers de participer aux frais engagés[89]. À la PASS Apollinaire, l'activité de contrôle de certains patients est tellement mise en exergue qu'elle débouche sur des conflits au sein de l'équipe :

> **Véronique Lacourt** : « Ah non, mais du coup c'est terrible parce qu'on se dit "RCP, ouh là là, il faut qu'on fasse notre enquête de police pour pouvoir répondre à toutes les questions", tu vois, c'est… » […]
> **J.G.** : « Parce que pour toi le travail social c'est pas ça ? C'est pas aller fouiller plus loin que ce que le patient déclare… »
> **Véronique Lacourt** : « Je n'ai pas à aller téléphoner à l'étranger pour vérifier la véracité des propos qu'ils me tiennent. C'est pas possible. […] Et c'est vrai qu'il s'est trouvé une dame en rupture d'AME au tout début où je travaillais et les soeurs de la patiente étaient infirmières, enfin bon, il y avait quelques petits revenus dans la famille et il a été décidé "non pas de prise en charge Apollinaire, la famille peut payer". Mais pour faire une demande d'Aide médicale d'Etat, on ne prend pas en compte les ressources de la famille ! »[90]

L'appropriation de l'activité de vérification de la disponibilité des médicaments dans le pays d'origine, qui est la mission attribuée aux médecins des préfectures afin d'attribuer des titres de séjour pour soin, s'explique par l'évolution vers des logiques professionnelles et éthiques organisationnelles dans les PASS et réoriente leur travail biopolitique vers une fonction répressive.

---

[87] Cette association lutte, entre autres, pour l'accès aux droits et aux soins des migrants en France.

[88] Observations de la RCP - MSE, PASS Appolinaire, vendredi 6 avril 2012. En présence de la cadre du service social (Christiane Allée), de la responsable de la PASS (Dr Petit), l'interne de la PASS (Dr Chaumont), une infirmière de la PASS (Anne), les deux assistantes sociales de la PASS (Stéphanie Dupuis et Véronique Lacourt), un Professeur (cancérologue et membre du comité d'éthique local), deux médecins hématologues.

[89] Dans le cas des RCP-MSE de la PASS Apollinaire, une compréhension maximaliste du principe de subsidiarité et de non substitution de l'assistance est appliquée. La PASS ne prend en charge qu'à partir du moment où le patient et sa famille ou entourage ne peuvent plus rien prendre en charge.

[90] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistante sociale (1) de la PASS Apollinaire. Février 2012, hôpital C.

### 2 - 2 - 2 Une tentative de médicalisation de la question des migrants thérapeutiques ?

La mise en lumière de pratiques médicales impliquant des décisions sortant du champ de compétences propre de la médecine n'est pas sans précédents. C'est même un thème classique des recherches sur la médicalisation. Il serait tentant de rapprocher ce qu'il se passe dans les RCP-MSE d'un phénomène classique de médicalisation. Dans le cas des RCP-MSE, on pourrait se demander si on n'assiste pas à une médicalisation du problème des migrants thérapeutiques[91].

Le concept de médicalisation de la société a été développé aux États-Unis à partir des années 1970. Peter Conrad la définit comme un « processus par lequel des problèmes non-médicaux deviennent définis et traités comme des problèmes médicaux, habituellement en termes de maladies (*illness*) ou de troubles (*disorders*) »[92]. Les travaux de P. Conrad, qui ont rendu ce concept célèbre[93], étudient la médicalisation de la société qui s'étend à des domaines de la vie quotidienne de plus en plus nombreux notamment dans une logique de prise en charge ou de correction de la déviance et d'une expansion de son contrôle social. Il étudie les exemples de la construction des maladies mentales et leur médicalisation (ou psychiatrisation), de l'hyperactivité, de l'homosexualité (d'abord comme prise en charge médicale d'une « déviance sexuelle », puis, dans un processus de démédicalisation et de remédicalisation, dans la lutte contre le sida) ou de l'alcoolisme[94].

Mais les RCP-MSE ne correspondent pas vraiment à cette définition classique de la médicalisation car la réponse apportée au problème n'est pas exprimée en termes de maladie ou de trouble. Elles s'approprient un problème proprement politique — celui de la définition des catégories ayant droit à un accès au système de santé public — et tentent de le résoudre avec des

---

[91] Ce processus peut-être rapproché d'une certaine manière de ce que nous avons décrit au chapitre précédent. La production de l'exclusion des patients sous visa ou, plus généralement, de ceux catégorisés comme mauvais patients participe d'une définition politique des contours du système de santé. Cependant, l'absence de formalisation de l'exclusion de ces catégories renvoie au phénomène plus général de délégation de la définition des politiques ayant trait à la question sociale aux agents du guichet observée ces vingt dernières années dans les administrations (voir introduction chapitre VII). Les RCP-MSE intègrent des pratiques et des dynamiques propres au monde médical et peuvent être lues comme des phénomènes de médicalisation.

[92] Traduction de l'anglais : « Medicalization describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders » *in* Conrad, Peter, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, 1992a, p. 209.

[93] Conrad, Peter, *Deviance and medicalization. From badness to sickness*, Philadelphia, Temple Univ. Press, 1992b (1980), 327 p. Comme on l'a vu au chapitre précédent, les travaux de P. Conrad s'inscrivent à la suite d'autres sociologues de la santé américains comme Talcott Parsons ou Irving Zola.

Ivan Illich a également rendu ce concept célèbre après son essai *Medical nemesis. The expropriation of health*, Pantheon Books, 1982 (1975), 308 p. Ce pamphlet dénonce l'imposture de la médecine dans les sociétés modernes (s'attribuant des mérites injustifiés dans le combat de grandes maladies) et la médicalisation de la société en s'appuyant notamment sur les effets pervers qu'elle apporte (par exemple les maladies iatroniques).

[94] Conrad, Peter, *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2007, 204 p.

moyens qui sont propres à la profession médicale (la démarche éthique et les réunions de concertation pluridisciplinaire). Dans notre cas, nous avons plutôt affaire à une extension des domaines de la vie (la migration) soumis à l'autorité de la communauté soignante et pour lesquelles cette dernière utilise des méthodes (ici processus de décision) construites de manière interne.

Afin de mieux situer les RCP-MSE dans le phénomène de médicalisation, il est nécessaire de prendre en compte l'apport des sciences sociales françaises dans ce domaine de recherche. En France, cette thématique est d'abord travaillée par Michel Foucault, sans qu'il la nomme. Le développement des thèses sur la biopolitique et le bio-pouvoir étudient de manière assez poussées les phénomènes de médicalisation de et dans la société, surtout dans le domaine du contrôle des corps et des comportements[95]. Il met en lumière, comme caractéristique majeure de la modernité, la superposition et l'articulation des catégories de « vie » et de « vivant » et leur centralité dans les stratégies politiques[96]. Le thème de la médicalisation, en tant que tel, arrive plus tard avec l'ouvrage que Pierre Aïach et Daniel Delanoë publient en 1998.[97]. Ils se démarquent de la critique américaine essentiellement négative en voyant dans la médicalisation, d'un côté, un élargissement du pouvoir médical et, de l'autre, « une transformation culturelle »[98] de la société. Didier Fassin parlera un peu plus tard d'une « sanitarisation du social »[99] — dans le sens où les problèmes de société sont pensés en termes sanitaires — et soulignera l'attention grandissante portée par les politiques sociales à la reconnaissance de la souffrance, objectivée par la mobilisation des psychiatres et des psychologues pour la traiter[100]. Ainsi, la médicalisation dépasse l'entrée de nouveaux domaines de la vie dans le giron de la médecine, elle façonne la société dans une logique biopolitique jusqu'à pénétrer le gouvernement du social (voire de

---

[95] Dans ses cours au Collège de France sur les anormaux, M. Foucault montre par exemple le développement de la psychiatrie comme discipline qui a permis la médicalisation de la justice et plus généralement l'évolution d'un pouvoir sur les individus se portant toujours plus sur les corps et les comportements, notamment à l'aide du champ médical et de sa technique.
« En somme, [...] vous voyez cette sorte d'immense évolution qui tend à doubler une opération, qui n'était pas même sacramentaire au début, de toute une technique concertée d'analyses, de choix réfléchis, de gestion continue des âmes, des conduites et finalement des corps ; une évolution qui réinscrit les formes juridiques de la loi, de l'infraction et de la peine, qui avaient au départ modelé la pénitence-réinscription de ces formes juridiques dans tout un champ de procédés qui sont, vous le voyez, de l'ordre de la correction, du guidage et de la médecine. » p. 148. Foucault, Michel, *Les anormaux: cours au Collège de France (1974-1975)*, Édition numérique réalisée en août 2012 à partir de l'édition CD-ROM, Le Foucault Électronique (ed.2001), 230 p.

[96] Voir Panese, Francesco et Vincent Barras, « Médicalisation de la «vie» et reconfigurations médicales », *Revue des Sciences Sociales*, n° 39, 2008, p. 20-29. M. Foucault conceptualise cette évolution a l'aide de la distinction entre la vie comme propriété des êtres vivant (*zoé*) et une vie politiquement qualifiée (*bios*). Dans la modernité, la vie humaine devient force exploitable par le politique essentielle à la souveraineté étatique, qui va donc largement favoriser son accroissement. On assiste donc à une politisation croissante de la vie qui est exposée au pouvoir.

[97] L'originalité de l'ouvrage tient dans le fait que les auteurs identifient quatre voies menant à la médicalisation : l'extension du domaine médical, l'extension du champ des compétences, l'amplification des préoccupations de la santé de la population, l'augmentation de la déclaration de symptômes. Dans le reste de l'ouvrage, les auteurs cherchent moins à montrer la dimension de contrôle social de la médecine, que l'extension du champ de ses compétences investissant de plus en plus de domaines et d'endroits (l'école, la justice, domaine assurantiel et bancaire, etc.). Aïach, Pierre et Daniel Delanoë, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Economica, 1998, 251 p.

[98] Fassin, Didier, *in* Aïach, Pierre et Daniel Delanoë, *ibid*, p. 5.

[99] Fassin, Didier, *op.cit.*, 2000b, p. 95-116.

[100] Fassin, Didier, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, vol. 73, n° 1, 2006a, p. 137-157.

la question sociale). La médicalisation participe d'un gouvernement général des conduites et du vivant qui est délégué par le politique au monde médical. Et c'est en cela que nous pouvons rapprocher ce que Dominique Memmi observe dans les procédures d'IVG ou d'aide médicale à la procréation de ce qu'il se passe dans les RCP-MSE ou, plus généralement à la PASS : l'accroissement du « magistère » médical sur le gouvernement politique du vivant.[101] Que se passe-t-il lorsque le magistère médical se dilate en dehors de ses compétences médicales dans un lieu du gouvernement de la question sociale tel que la PASS ?

### 2 - 2 - 3 Les médecins « aux bords de leur savoir » et la biopolitique de la migration thérapeutique[102]

Dans la perspective de N. Rose, nous souhaitons aborder ce thème au-delà de la médicalisation, c'est-à-dire non pas comme un constat de médicalisation qu'il s'agirait d'établir ou de critiquer, mais plutôt comme un point de départ, un cadrage (*frame*) qui donnent des outils de compréhension à l'analyse de phénomènes sociaux particuliers.[103] Pour aller au-delà de la médicalisation, nous allons essayer d'identifier le registre des discours qui sont mobilisés par les professionnels du soin lors des RCP-MSE. La logique médicale s'encastre ou se superpose ici à d'autres logiques, notamment à celle des normes juridiques et de l'assistance ou aux représentations du « sens commun »[104] qui empêchent de considérer le processus étudié comme occupé unilatéralement par le milieu médical ou soignant. Les administrations de l'assurance maladie et de la migration, en refusant de couvrir les migrants thérapeutiques ou de leur fournir un titre de séjour pour soin, sont les acteurs les plus déterminants dans la régulation des migrants thérapeutiques. Dans la grille de décision des RCP-MSE, on note ainsi que certains éléments aidant à la décision ont été empruntés de l'extérieur. C'est le cas, par exemple, du critère de la possibilité de recourir au traitement dans un pays tiers ou dans le pays d'origine, qui est aussi l'un de ceux du titre de séjour pour soin. Il en va de même pour le critère du projet de vie du patient, c'est un élément qui permet de remplir le critère traditionnel de l'appartenance à la communauté utilisé dans les dispositifs d'assistance et également par l'assurance maladie et qui permet d'activer l'aide (voir chapitre précédent). Ainsi, le dispositif des RCP-MSE combine une évaluation médicale et une évaluation de la situation personnelle et participe, parallèlement à d'autres institutions, à construire une biopolitique de l'immigration (c'est-à-dire une politique de la migration centrée sur le gouvernement du vivant).

---

[101] Memmi, Dominique, *op. cit.*, 2003.
[102] Pour reprendre l'expression de Thomas Bujon et Christine Dourlens (*op. cit.*, 2016, p. 95).
[103] Rose, Nikolas, « Beyond medicalisation », *The Lancet*, vol. 369, n° 9562, 2007, p. 700-702.
[104] Au sens durkheimien du terme.

Ces éléments administratifs, sociaux et interactionnels de la grille ont les mêmes poids et entrent ainsi dans le processus de décision clinique, alors même qu'ils s'éloignent grandement de critères à proprement médicaux. Dès la première partie, qui concerne pourtant les critères cliniques, on se demande si la prise en charge ne risque pas d'empêcher un éventuel retour au pays et des critères parmi lesquels figurent la « notion d'urgence médicale » et la « probabilité de guérison » sont introduits. Ces éléments construisent un cadre permettant d'évaluer et de définir (ou de limiter) les droits d'accès aux soins de ce groupe de patients particulier et de les adapter à la prise en charge. Les trois autres séries de questions affinent ce cadre d'analyse et les limites de leurs droits à l'accès aux soins, construisant les différences qui séparent ces patients des autres patients (légitimes). Y a-t-il des places disponibles dans le service de spécialité (sous-entendant que le patient est surnuméraire) ? Quel est le coût (absolu) du traitement (plus le prix est haut, moins le patient est légitime) ? Est-ce que le patient est solvable (est-ce qu'il peut payer avec ses propres fonds ?) ? Est-ce que le traitement est accessible dans son pays d'origine ?

Les RCP-MSE permettent un traitement individualisé du phénomène de la migration thérapeutique au moyen d'une évaluation biopolitique qui se base sur un rapport entre la vie nue (*zoé*) et une version réduite du *bios*, la vie politiquement qualifiée. La grille permet de bricoler une définition du *bios* des migrants thérapeutiques reprenant des critères d'autres administrations du gouvernement migratoire et en y intégrant des nouvelles, propres au contexte hospitalier. Cette définition du *bios* est ensuite rapportée à la vie nue, qu'il convient de protéger en ce qu'elle constitue une valeur fondamentale dans le milieu soignant hospitalier (l'urgence médicale, ce que D. Fassin appelle la « biolégitimité »).

Que ce soient les limites posées pour ce qui relève de l'urgence médicale, du confort ou de la notion de pertes de chances pour le patient, ou encore les critères choisis lors des RCP-MSE pour déterminer la légitimité d'un patient à être pris en charge dans le système de santé français, les décisions prises à la PASS conduisent à produire de la différence entre le *bios* des patients non-solvables et celui des autres patients. C'est en cela qu'elles dépassent les compétences proprement médicales ou même sociales des professionnels et entrent dans un domaine proprement biopolitique : elles renvoient à des normes qui articulent des critères biologiques à des conceptions socialement construites de ce qu'est la vie nue (quels sont les soins minimums à prodiguer pour conserver une certaine « dignité humaine ») et du *bios* et qui sont intimement liées au statut de séjour du patient étranger. C'est la forme que prend ici la biopolitique de l'immigration. Ici aussi on voit transparaître le lien entre le centre et la périphérie de la question sociale dans le domaine de la santé. L'éthique organisationnelle et les questionnements en termes de justice sociale montrent un souci de la part des professionnels

de « protéger » le centre (le système de santé dans son ensemble) dont la stabilité est menacée par les « migrants thérapeutiques » et autres « patients indésirables ».

## 2 - 3 Les implications de la politique du tri

### 2 - 3 - 1 Une visibilisation du phénomène de la migration thérapeutique paradoxale

La RCP-MSE apporte une forme de validation collective des décisions qui leur attribue une plus grande légitimité. En rendant collectif le processus de décision, la RCP-MSE apporte un nouveau cadre qui construit et renforce la légitimité du discours organisationnel ; elle constitue un lieu à l'intérieur duquel il peut se développer. Dans un certain sens, ce dispositif rend plus transparentes les décisions concernant les migrants thérapeutiques qui sont largement invibilisées dans les autres hôpitaux. Les migrants thérapeutiques qui se présentent dans d'autres hôpitaux font face à une incertitude plus grande quant à leur prise en charge car celle-ci dépend des dispositions morales des personnes qu'ils rencontrent. En rationalisant le dispositif de décision, les RCP-MSE lui donnent une certaine constance et cohérence. Cela lui donne également plus de visibilité dans l'espace social, ce qui l'expose à la critique. C'est ainsi que le Collectif de l'ODSE s'en est pris aux RCP-MSE (voir chapitre VI) et a dénoncé ses dimensions discriminantes envers les patients étrangers. Elles font sortir de l'ombre le phénomène des migrations thérapeutiques, jusqu'ici soumis aux règles de l'informel, et lui permettent de s'exposer au débat. Le migrant thérapeutique, dont l'existence était pratiquement niée dans les discours et condamnée dans les discours et les politiques, trouve ici un espace d'existence en tant que sujet politique.

### 2 - 3 -2 Contraintes, conflits moraux et négociations parmi les équipes

Nous avons tout au long du chapitre apporté une analyse de la biopolitique de/sur la santé des patients qui a cours à la PASS. Il nous a semblé intéressant d'apporter à cette analyse un autre point de vue, celui des acteurs de la PASS qui réalisent cette biopolitique dans leur travail quotidien. On a déjà eu un aperçu de la manière dont certains des professionnels réfléchissent leurs pratiques en ce qu'ils construisent un discours qui valide cette nouvelle éthique organisationnelle, nous n'insisterons pas là-dessus. En poursuivant l'étude des RCP-MSE, qui sont particulièrement révélatrices des tensions autour des pratiques de soins dans cette

perspective biopolitique, nous laissons la parole ici aux voies dissonantes[105], mais également à l'expression de la complexité que ces questions soulèvent. Une voie dissonante est celle de la réflexivité par rapport à la perspective des patients, qui, comme on l'a vu, sont les grands oubliés de ces réunions. Nous avons sélectionné quatre extraits d'entretien de différents professionnels (médecins, assistante sociale, cadre du service social) qui s'expriment sur ce sujet. Nous avons choisi de ne pas les commenter pour laisser une large place à l'expression de leurs représentations. Au sein même de la PASS Apollinaire, on l'aura vu au travers des extraits d'entretien de ce chapitre, il n'y a pas d'unité parmi les professionnels concernant la biopolitique à mener auprès des patients non solvables. Ces voies dissonantes montrent l'équilibre fragile de la biopolitique menée à la PASS, son alliance avec la nouvelle gouvernance hospitalière et ses préoccupations budgétaires ne sont pas des faits acquis mais sont l'objet de contestations et de négociations. C'est ce qu'expriment certains de ces extraits :

> **Véronique Lacourt** : « Et au départ j'étais un peu choquée et très très très, enfin, je me posais beaucoup de questions sur l'éthique, justement ici, où on ne cesse de parler d'éthique et je me posais beaucoup de questions sur leur éthique ! En me disant que derrière le mot éthique et derrière les RCP pour se donner des fois, comme ça, de se dédouaner de décisions difficiles à prendre, on mettait l'éthique en avant, alors que c'est peut-être plus le politique ou l'économique. Et il y a un mélange entre l'éthique, le politique, l'économique, quoi. Et il me semblait un peu étonnant que ce soit [...] la PASS [...] qui prenne le flambeau des défenses... de la défense des dépenses publiques. Voilà, ça m'a interrogée et je m'interroge toujours. [...] Voilà, c'est quand même plus l'intérêt des finances de l'hôpital que l'intérêt de la santé du patient, presque. [...] Et également, ce qui me dérange aussi (à propos des RCP), c'est de se projeter à la place du patient, c'est-à-dire qu'un patient qui arrive de X pays et qui se retrouve seul en France, malade, et qui te dit "je préfère rester en France parce que je m'y trouve mieux que dans mon pays", les médecins, tout le monde va dire "mais non, c'est dans l'intérêt du patient de retrouver les siens, d'être entouré des siens, etc. etc." Mais entendons le patient d'abord qui te dit qu'il vit quand même mieux en France, pour lui, de son point de vue, qu'il préfère rester en France seul avec des compatriotes, plutôt que d'être dans son pays, au fin fond de je ne sais quel pays, où il vit dans le dénuement le plus total ! Donc arrêtons de se projeter à la place des patients et de se dire "c'est ça qui est bien pour lui". Qui on est pour dire, pour savoir ce qui est mieux pour le patient ? »[106]

> **Dr Lacombessie** : « En fait dans la médecine en général, en fait, le médecin a besoin de se rassurer dans son exercice, il a besoin de procédures, il a besoin d'une check-list, il a besoin qu'on lui dise "la maladie, c'est tel, tel, tel symptômes et si t'as pas tous les symptômes, t'as pas la maladie", il a besoin de se rassurer dans ses choix parce que c'est des choix difficile. Et du coup, la médecine voudrait qu'on tende vers du systématisme, pour se protéger en fait. Et dans la décision, cette décision-là aussi, c'est-à-dire que là t'es face à un médecin qui est dans le systématiquement "non" et l'autre systématiquement "oui". Et les deux sont cons, excuse-moi, c'est mon avis, parce que l'un va..., ça n'a pas de sens de pénaliser tous les gens, insuffisants rénaux chroniques, alors qu'à côté de ça, on peut dépenser 400 000 € pour une greffe qui tiendra peut-être pas d'ailleurs. [...] Et à côté de ça, pour d'autres maladies, il n'y a pas de perte de chance. Moi je sais pas pourquoi on devrait plutôt mourir d'un truc que d'un autre. C'est quoi le sens ? En fait, c'est une question de santé publique. Mais c'est pas à un médecin individuellement de prendre la décision. Ou alors voilà, la RCP à quoi ça sert, si ce n'est de le faire changer d'avis, au moins de le faire réfléchir sur sa pratique et de lui dire "non, ce n'est pas

[105] En ceci nos résultats diffèrent de ceux d'A. Spire sur les agents des administrations de l'immigration évoqués plus haut.

[106] Extrait d'entretien réalisé avec l'assistante sociale (1) de la PASS Apollinaire. Février 2012, hôpital C.

systématique". Pourquoi ? Parce qu'à la RCP, on est en train de décider à propos d'un cas. Et celle qui dit oui à tout, c'est con aussi parce qu'on en a décemment plus les moyens et que les médecins qui disent "tant que je peux prescrire, je prescris", ce sont des gens à qui on donne un chèque en blanc et qui te dise "mais si je ruine mes parents, ou si je ruine ma famille, c'est pas mon problème, j'en aurais bien profité". Ca a pas beaucoup de sens, surtout que par moment, traiter des gens, c'est contre-productif. Mme M dont on parle depuis X temps, si on lui avait fait, comme ça a été le cas pour certains autres patients, croire qu'elle aurait pu guérir sur une maladie incurable, ça arrive tout le temps, avec des patients qui sont migrants, donc qui ont quitté la famille dans le but de guérir, et qui le pensent toujours au bout de 6 mois d'un traitement qui est non curatif, qu'ils vont guérir. Miroiter l'espoir c'est quelque chose que tu fais avec quelqu'un qui a sa vie ici, parce qu'il lui faut quand même de l'élan vital. Mais la décision, vis-à-vis d'un migrant elle doit être prise avec tous les facteurs, donc tu ne peux pas ne pas prendre ça en compte. Tu peux pas traiter des gens tous de la même façon. En fait tu peux pas être systématique. Et puis vraiment, sur des choses qui sont si compliquées, je comprends hein… Prendre la décision de dialyser un patient qui est Français avec sa Sécu c'est pas compliqué. Ça c'est un boulot qui est tout simple. Mais ce qu'on gère ici, c'est justement ce qui va pas. Donc si tu t'enfermes dans ta position… Tu sais en éthique, on revient toujours sur les actions des médecins nazis de la seconde guerre mondiale, qui a un moment donné ont certainement cru que c'était très bien. Mais avaient-ils dans l'espace commun un contre-avis à ça, quoi ? Parfois les positions de l'un ou de l'autre… parfois je peux être choquée par ce qui se dit en RCP, parfois, je me dis "mais waouh, mais là on est en train de dire que telle et telle personne vaut cher, on est en train de ramener ça tout le temps à du pécunnier, à des chiffres, à des prix." C'est hyper difficile de quantifier en fait la vie d'une personne à ce, à un tarif. Enfin je veux dire, c'est vraiment violent, je trouve. Même pour moi en tant que médecin par moment, je trouve que… Devant Mme M je me suis retrouvée vraiment super mal face à ça. Donc, ça c'est violent, mais en même temps, prendre en compte tous les avis, voir que l'assistante sociale, ce que dit le groupe de médecins ça la choque, pour telle et telle raisons, je trouve ça génial. Que chacun ait son mot à dire, son point de vue. »[107]

**Christiane Allée** : « Bien sûr, mais le, la difficulté en ce moment c'est qu'Émilie (Petit) axe trop les choses sur le côté économique et en disant "c'est aussi une question de citoyenneté". Par exemple l'histoire du patient dialysé de vendredi, c'est : "est-ce qu'il va prendre la place d'un autre qui attend une greffe ?", c'était ça un peu le discours, parce qu'il est jeune, parce que… C'est, au jour d'aujourd'hui, enfin, et dans le cadre de la législation française, un patient qui arrive dans l'état où était ce patient, on le dialyse, on se pose pas la question de savoir s'il a des droits, pas de droits, on le dialyse. Et personne nous interdit de le faire. Bon, effectivement, ça fait des non-valeurs pour l'hôpital puisqu'on peut pas récupérer sur quoi que ce soit. Bon après c'est : qu'est-ce qu'on met en place dans le cadre des soins urgents, dans le cadre de quand il pourra avoir l'AME ? Enfin tout notre boulot qui est du travail social. Mais d'aller, sur l'étape suivante en disant "bah de toute façon ce patient, est-ce qu'il va être dialysé à vie ou est-ce qu'on envisage une greffe ?" Bon après je pense que c'est un autre débat. C'est toute façon, il va pas être mis demain matin comme ça sur la liste des personnes à greffer, que il faut voir comment il évolue, comment il s'insère en France, enfin, c'est justement tous les critères de vie de la personne qui vont faire bah que peut-être qu'il sera dialysé tout le temps, peut-être au contraire qu'il sera sur une liste de greffés. […]
« Nous on est assurés sociaux, d'accord, mais si on devait faire face à un traitement ou à une greffe, même [en étant] salariés, même…, enfin je veux dire on n'est pas en capacité de payer des sommes pareilles. Donc, elle est où la justice sociale ? Et puis bon demander à l'hébergeant qui déjà héberge, nourrit, s'occupe de la personne, de payer les 20 euros [pour participer aux frais des petits examens, p. ex. prise de sang, etc.], bon… enfin là, je suis pas sûre que l'éthique, elle soit à la bonne place. […] Enfin ceci dit, moi ce que je pense, c'est que justement ce modèle de prise en charge des patients précaires devrait être le modèle de prise en charge de tous les patients, précaires ou non. Parce que, je veux dire, un patient assuré social, il va avoir les mêmes problèmes en sortant de retour à son mode de vie, de… Bon bien-sûr il sera assuré social donc il pourra acheter ses médicaments, mais il aura toujours les mêmes difficultés qu'un autre par rapport à sa pathologie,

[107] Extrait d'entretien avec une médecin généraliste attachée à la PASS Apollinaire dans un grand CHU parisien. Mars 2012, hôpital C.

comment il va gérer ses enfants… Enfin prendre en compte les conditions de vie, qu'on soit précaire ou pas précaire, je veux dire c'est pareil. Et moi mon souhait, justement à travers ces RCP médicosociales et éthiques, c'est d'arriver à faire que les médecins se posent systématiquement la question pour tous leurs patients, de comment vivent-ils, comment vivent-ils avec leur maladie, comment vivent-ils d'eux-mêmes, d'arrêter de faire systématiquement des arrêts de travail à des gens qui sont en chimiothérapie mais qui sont tout à fait en capacité d'aller travailler. Systématiquement "vous avez un cancer, vous êtes en arrêt de travail". Bah non, c'est pas une obligation. Or, on laisse pas vraiment la possibilité de choisir à la personne, de dire "bah non". […] Et puis des gens qui sont dans le régime général, ils vont se retrouver avec 50 % d'IJ (indemnité journalière) et un loyer qui sera pas diminué de 50 %, donc je veux dire, le fait de travailler c'est aussi avoir un salaire, pouvoir faire face. »[108]

**Amélie Chaumont** : « Bon après, les gens, ils ont toujours une bonne raison, d'une certaine manière, ils ont toujours une bonne raison de profiter du système. Moi non plus, j'habiterais… enfin je suis contente tous les jours d'être née du bon côté de la barrière et d'être française. Et tous les gens qui viennent ici, ils ont tous une bonne raison de venir ici, il y a toujours une bonne raison de profiter du système. D'un point de vue universel, ils ont une légitimité. Après le problème, euh bah comme le monsieur Tunisien qu'on a vu (RCP à propos d'un étudiant tunisien qui est venu en France avec un cancer), il avait un traitement dans son pays qui fonctionnait bien, il est parti de son pays, aujourd'hui il est hors la loi en France, qu'est ce qu'on fait ? Est-ce que on acquiesce ? Est ce qu'on fait en sorte qu'il soit plus hors la loi et qu'il accède à un traitement ? Enfin hors la loi, on s'en fout, ou en tout cas, hors no man's land de droits sociaux, médicaux, etc. et on traite sa maladie qui est grave et qui nécessite un traitement et là personne n'a rien à redire. On est tous d'accord, d'un point de vue médical. Ou est-ce qu'on lui dit "bah écoutez monsieur, vous êtes hors la loi, vous rentrez en Tunisie, où vous aviez un traitement. Et en plus il fonctionnait bien". Ce sera tout l'enjeu de la discussion. Mais bon voilà, libre choix, oui, dans un pays où il y a eu une révolution, où il faisait des études qu'il ne pouvait peut-être pas continuer. Et son traitement il l'avait parce qu'il était étudiant. Et que moi j'en sais rien, si dans trois mois il est plus étudiant. J'en sais rien. Je connais pas tous les rouages de ce système-là. Et il est peut-être tout à fait légitime et j'aurais peut-être fait la même chose si j'avais été à sa place. Donc voilà, mais typiquement lui il y a pas droit. Donc qu'est-ce qu'on fait ? […] Voilà, on se pose souvent la question. C'est quand même le cas typiquement de pas mal de nos patients cancéreux pour lesquels on fait souvent des RCP. Enfin, les RCP qu'on fait c'est souvent ça, il a une maladie qui n'est pas cura…, qui n'est plus curable au pays, et qui en plus a commencé à être pris en charge peut-être pas de manière optimale, parce que le traitement n'est pas optimal là-bas, mais il est ce qu'il est. Et aujourd'hui il vient en France parce qu'il vient tenter sa chance. Bah, c'est légitime, j'aurais peut-être fait la même chose. Est-ce que c'est à moi de répondre à ça ? Et qu'est ce que j'y réponds parce qu'il se trouve que je me retrouve face au problème et qu'on me demande d'y répondre. »[109]

[108] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative. Juin 2012, hôpital C.

[109] Extrait d'entretien avec l'interne de la PASS Apollinaire de l'hôpital C. Février 2012.

# CONCLUSION

> « Les décisions médicales des praticiens [...] sont confrontées à de nouvelles contraintes, qui sont celles du marché économique et celles, dorénavant, d'une relation de contrat avec les patients et avec la société. [...] Le concept de la relation duelle du médecin et de son patient s'est modifié par la présence d'un tiers constitué par les systèmes chargés d'assurer le financement des soins. [...]
> Lorsque l'accroissement rapide de la consommation des ressources affectées aux actions de soins s'est conjugué à l'insuffisance des disponibilités budgétaires, l'Assurance maladie financée par la collectivité a été confrontée à la nécessité d'une politique de régulation, voire de réduction des dépenses sans compromettre l'équité sociale, autant que de faire se peut. En un mot, continuer de répondre aux *besoins de santé* sans leur imposer des limites, c'est-à-dire sans recourir à une maîtrise strictement comptable des dépenses de soins, au moyen d'un accroissement de la productivité par une maîtrise proprement médicalisée des coûts. [...]
> Or, il est probable que les coûts des soins continueront de croître, sachant que tout à la fois le volume des prescriptions augmentera et le coût des nouvelles thérapeutiques sera vraisemblablement très élevé, et que quelques-unes atteindront des prix insupportables pour la prise en charge collective, parce que les nouveaux médicaments issus du génie génétique ont nécessité un long et coûteux investissement et que les conditions d'expertise des nouvelles molécules chez les êtres humains sont plus sévèrement codifiées et plus coûteuses. Le spectre qui se dessine à moyenne échéance, à défaut d'une plus grande rationalité des décisions médicales, est celui du rationnement des soins. Rationnement justifié au nom de quoi ? Sur quels critères? Les réponses que la société, à brève échéance, donnera à ces questions majeures, engageront le sens, c'est-à-dire la philosophie non seulement des décisions médicales, mais aussi de l'ensemble de la collectivité qui se prétend et se veut solidaire ; il y va du sens d'une civilisation à laquelle nous sommes historiquement et culturellement attachés. »[110]

Le problème des patients non solvables est politique. C'est le problème de patients migrants et précaires pour lesquels personne ne veut porter les coûts de santé. La politique sur les étrangers leur a attribué une « citoyenneté bridée »[111] : l'assurance maladie les a exclus et le ministère de la santé laisse à la charge des hôpitaux les coûts des soins dans un contexte de contraintes et de responsabilité budgétaires. À cela s'ajoute une reconfiguration du pouvoir dans le domaine de la santé depuis les années 1980 qui fait une part grandissante aux pouvoirs politiques et budgétaires, aux dépends de celui des médecins. Tous ces éléments ont conduit à un rationnement des soins pour les catégories les plus dominées dans le système de santé.

Cela crée des conflits moraux au sein de la communauté soignante au sens large dont les règles éthiques se trouvent remises en cause. Une réaction a été de faire évoluer les règles éthiques de ses pratiques pour les adapter aux nouvelles règles imposées par la reconfiguration des pouvoirs. Dans le cas des migrants thérapeutiques, les soignants font face à une interdiction (politique) et à une incapacité (budgétaire) de prendre en charge ces patients qui les conduisent à faire des « choix pathétiques »[112]. Dans le cas de la PASS Apollinaire, on assiste à une appropriation, dans un mouvement de médicalisation, des logiques politiques et

---

[110] Grenier, Bernard, article « Décision médicale » *in* Lecourt, Dominique, François Delaporte, Patrice Pinell et Christiane Sinding, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 307-310 (citation p. 309-310), passages en italique dans le texte original.
[111] Chauvin, Sébastien, *op. cit.*, 2009.
[112] Fassin, *op. cit.*, 2015.

budgétaires introduisant une éthique organisationnelle qui se construit au détriment des valeurs de l'éthique médicale traditionnelles d'un accès aux soins pour tous. Non que cette dernière n'ait jamais correspondu à une réalité, loin s'en faut. Cependant, la progression de la première, qui fait d'ores et déjà largement consensus dans une grande partie du champ hospitalier, apporte un terrain de légitimité et une assise à la stratification du système de santé. Cela empêche les soignants des PASS de se concentrer sur le traitement de la souffrance ou plutôt enferme ce dernier dans des logiques biopolitiques et économiques qui régulent l'ordre social stratifié du système de santé moderne.

Ce contexte les conduit même à participer à la construction des règles de cette biopolitique de l'immigration par la construction de différents degrés du *bios* — cette vie politiquement qualifiée — pour les patients non solvables, les constituant en une classe de « sous-patients ». À cette stratification du *bios*, il y a deux limites. La première est celle de la protection de la vie nue ; comme l'a montré D. Fassin, le gouvernement humanitaire protège la biolégitimité des patients[113]. La seconde renvoie à une biopolitique construite en termes de protection des populations : les maladies et infections contagieuses sont prises en charge chez tous les patients.

En dehors de ces deux cas de figure, les règles de la stratification ont cours. Ainsi, la dernière marche identifiée en bas du système de santé stratifié est celle occupée par les patients non solvables, les « sans droits potentiels » —comme ils sont appelés dans le jargon administratif et celui de l'espace du soin de la précarité — qui sont catégorisés comme des « touristes » et des « migrants thérapeutiques ». Ceux-là sont *a priori* exclus du système de santé et du système de couverture maladie. Les autres patients ont un accès plus ou moins limité aux soins au travers de la PASS qui est fonction de leur degré de solvabilité, lui-même fonction de leur situation administrative de séjour. Moins ils sont solvables (sans droits potentiels par exemple), plus l'éventail des soins tend à se réduire (dont la portion congrue contient les soins et médicament de base et disponibles à la PASS). Il en résulte une stratification du système de santé dans lequel le *bios* de ces patients a moins de valeur que celui des autres catégories de patients assurés sociaux ou est considéré comme un manque à économiser par rapport à un budget hospitalier pris à la gorge.

Les PASS, qui recueillent ceux que le reste du système de santé a exclus, doivent faire face à cette question des coûts en rééquilibrant vers le bas le *bios* de ces patients. Dans ce contexte, les PASS, en tant que dispositifs d'accès aux soins, renforcent cette biopolitique en centralisant les demandes et en triant les patients dont les services de spécialité et les urgences sont délestés. Cet exercice, qui jouxte la mission d'insertion, devient parfois insupportable pour

[113] Fassin, Didier, *op.cit.*, 2010, 358 p.

les professionnels lorsqu'il devient trop manifeste ou prend trop de place. C'est aux PASS qu'échoient la mission de faire le tampon entre l'hôpital et le système de santé d'un côté et le patient non solvable de l'autre et, éventuellement, celle d'exclure les patients illégitimes.

Ce chapitre nous a montré que la biopolitique moderne de la question sociale en santé ayant cours à la PASS est intimement liée aux choix économiques néolibéraux et politiques conservateurs faits en matière de santé, de couverture maladie et de migration qui sont réalisés depuis les années 1980. Ce sont eux qui se répercutent en cascade dans le système de santé stratifié et qui construisent le cadre d'une biopolitique de rationnement des soins appliquée au niveau local. L'éthique organisationnelle, imposée de l'extérieur ou appropriée par les professionnels de la PASS, en est un exemple frappant.

# CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE – UNE BIOPOLITIQUE DE LA QUESTION SOCIALE

> « Une des plus massives transformations du droit politique au XIXe siècle a consisté, je ne dis pas exactement à substituer mais à compléter, ce vieux droit de souveraineté – faire mourir ou laisser vivre – par un autre droit nouveau, qui ne va pas effacer le premier, mais qui va le pénétrer, le traverser, le modifier, et qui va être un droit, ou plutôt un pouvoir exactement inverse : pouvoir de "faire" vivre et de "laisser" mourir. » [1]

La dignité de la vie humaine apparaît comme un principe sacré qui dépasse le concept de citoyenneté dans le droit français. Le pouvoir politique français a affirmé à plusieurs reprises son attachement à ce principe (Déclarations des droit de l'homme et du citoyen de 1789 ; préambule de la Constitution de 1946 ; Déclaration universelle des droits de l'homme de 1946). Cependant, si ce principe constitutionnel n'appartient à ce que les juristes appelle la *soft law*, ce droit mou non contraignant, il n'en constitue moins pour autant un concept imprécis et dont la définition évolue. Quelle est la valeur de la vie d'un étranger malade en France ? Cette question posée intensément par l'activité des PASS interroge ce concept de dignité humaine. À partir du moment où, comme nous l'avons vu au travers de ces deux derniers chapitres, les besoins de santé des patients de la PASS et les possibilités d'y répondre sont évalués à partir de critères différents que pour les autres patients du système de santé, s'installe une inégalité fondamentale qui remet en cause le principe d'égalité entre les hommes. Cela n'est pas un fait nouveau ni exclusif à la société française. Mais il constitue la base de la réflexion qui a guidé ces deux derniers chapitres. La manière dont ces différences se construisent ont montré les enjeux biopolitiques du pouvoir politique moderne. Ceux-ci mettent au cœur de leur action le gouvernement de groupes dominés au sein de la société française. Ces derniers s'inscrivent dans une société globalisée à l'intérieur de laquelle ces non-citoyens et ces « citoyens bridés » constituent le prolétariat des temps modernes.

[1] Foucault Michel, *Il faut défendre la société: cours au Collège de France, 1975-1976*, Paris, Gallimard/Seuil, coll. « Hautes études », 1997, 283 p. (p. 214)

Les enjeux biopolitiques de la PASS agissent dans des domaines aussi divers que la citoyenneté, le laisser vivre et le laisser mourir, la protection de la société des maladies infectieuses et transmissibles, la reproduction d'un ordre social stratifié, la définition de la solidarité en santé, etc. On peut cependant dégager trois grandes fonctions du gouvernement à la PASS. Tout d'abord, une fonction humanitaire, celle de protéger la vie nue de ces groupes dominés leur assurant une biolégitimité. Ensuite, une fonction de tri, caractérisée par l'inclusion et l'exclusion et qui vise à séparer les migrants légitimes et méritants des migrants illégitimes. À cette activité, s'ajoute celle d'insertion des migrants légitimes dans le système de santé, permettant d'assurer le maintien en bonne santé de catégories menacées d'exclusion sociale. Enfin, une mission de santé publique qui consiste à prendre en charge les patients atteints de maladies infectieuses et transmissibles. Toutes ces fonctions sont traversées par des préoccupations budgétaires qui structurent les modes de prise en charge s'inscrivant dans un mouvement plus général d'un « tournant néomanagérial »[2].

Cette biopolitique de la question sociale se construit autour d'un bricolage compliqué qui mêle citoyenneté, politiques économiques, politiques de santé publique et accès aux soins. Le mode d'exercice du pouvoir se caractérise par un gouvernement par le bas qui est réalisé par les professionnels de terrain lors des interactions avec les patients. Il met en scène une économie morale basée sur des représentations de ce qui est bon et mauvais pour la société.

[2] Bezes Philippe, « Le tournant néomanagérial de l'administration française », *in* Borraz Olivier, Guiraudon Virginie, Maillard Jacques de et Surel Yves (eds.), *Politiques publiques*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, coll. « Gouvernances », 2008, p. 215-254.

# CONCLUSION – LA QUESTION SOCIALE EN SANTÉ : UNE TENSION ENTRE INCLUSION ET EXCLUSION

Nous avons introduit ce travail par un paradoxe. La PASS est un dispositif public permettant aux personnes éloignées du système de santé d'accéder à des soins et à un accompagnement social. Ce dernier vise *in fine* l'intégration des patients dans le système de santé français. Il fait donc partie des structures de type assistanciel visant l'insertion d'individus menacés d'exclusion. Dans l'objectif de prévenir le risque de désaffiliation étudié par le sociologue Robert Castel, l'État social concentre son action sur les personnes les plus fragiles socialement et économiquement[3]. Cependant, comme le remarquait Florent Picard, le juriste d'une association militant pour l'accès aux soins des étrangers que nous avons interrogé, une partie importante des personnes écartées du système de santé le sont en raison des actions de ce même État. D'où son interrogation : pourquoi créer un système qui exclut d'un côté et inclut de l'autre ? Nos observations dans les PASS ont également montré que toutes les personnes qui se présentent dans ces structures ne sont pas prises en charge alors même qu'elles n'ont pas d'autres recours aux soins et qu'elles vivent dans des situations de grande précarité. Il en découle une nouvelle question : pourquoi certains patients sont exclus des PASS ? La recherche de réponses à ces interrogations a conduit à considérer les fonctions et l'organisation des PASS dans leur complexité et leurs contradictions.

[3] Castel, Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio/Essais », (1995) 2007, 813 p.

# 1 LE TRAITEMENT DE LA QUESTION SOCIALE PAR L'ASSISTANCE : ENTRE INCLUSION ET EXCLUSION

Le paradoxe soulevé par Florent Picard invite tout d'abord à interroger un diagnostic en termes de question sociale. Les PASS sont des dispositifs qui visent fondamentalement l'inclusion sociale de patients écartés du système de santé. Émanations de l'État social, elles cherchent à « lutter contre l'exclusion » comme le rappelle la loi dont elles sont issues. Elles contribuent ainsi à enrayer le risque de fracture sociale et protègent contre le risque social de la précarité, construit depuis les années 1970 comme l'absence d'une ou plusieurs sécurités[4]. Dans le cas des PASS, il s'agit de la sécurité de la santé.

L'approche sociohistorique montre que la constitution de l'espace du soin de la précarité s'est réalisée au travers de l'action combinée du monde associatif et humanitaire et de celui des politiques publiques. Celle-ci a associé en son sein une politique de lutte contre la précarité et l'exclusion et une politique de santé publique de lutte contre la maladie du sida dont les précaires constituent un groupe à risque[5]. De ce processus a émergé un espace de prise en charge médicosociale de la précarité qui s'est institutionnalisé dans les années 1990 et a donné naissance aux PASS en 1998. Les permanences d'accès aux soins revêtent les traits de l'assistance moderne, telle qu'elle s'est constituée depuis les années 1980 dans les politiques publiques de luttes contre l'exclusion. À la suite du Revenu minimum d'insertion (puis du Revenu de solidarité active) ou de la Couverture maladie universelle complémentaire, la PASS prend en charge ainsi les personnes menacées de désafilliation[6] et tente de les insérer socialement. C'est le premier élément de réponse : la PASS a effectivement pour fonction d'inclure ceux qui sont menacés d'exclusion sociale et de les intégrer dans le système de santé régulier.

Le recul historique montre que le traitement de la question sociale dans les sociétés différenciées contient une tension fondamentale entre inclusion et exclusion. Le risque de fracture sociale que représente un défaut d'intégration dans les sociétés différenciées est partagé entre une responsabilité collective et une responsabilité individuelle. Lorsque la responsabilité collective est engagée, les institutions publiques ont alors pour mission d'intégrer les individus concernés. Au contraire, lorsque la responsabilité individuelle est engagée, les institutions publiques ont pour objectif de réprimer, de contraindre, d'enfermer ou d'exclure. Le contexte économique, politique et social détermine fortement l'orientation des politique

[4] Wresinski, Joseph, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Conseil Économique et Social, 1987.
[5] Gilbert, Claude et Emmanuel Henry (ed.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique,* Paris, la Découverte, 2009, 290 p.
[6] Castel, Robert, *op. cit.*, 2007.

d'assistance dans un sens ou dans l'autre. Les structures spécialisées d'assistance représentent davantage le pôle de l'inclusion, mais ne sont pas exemptes d'une dimension excluante et répressive. L'hôpital, comme lieu d'assistance, accueille traditionnellement des groupes menacés d'exclusion. L'histoire de l'institution en France souligne cependant une dualité dans cette prise en charge, alternant des politiques d'inclusion et d'exclusion, de compassion et de répression[7]. On retrouve aujourd'hui encore cette ambivalence dans la prise en charge de ces groupes à l'hôpital.

## 1 - 1 La fabrication légale de groupes d'exclus parmi les étrangers

La crise économique et sociale apparue à partir des années 1970 s'est accompagnée d'un double mouvement dans les politiques publiques du traitement de la question sociale. D'une part, comme on l'a vu, elle a déclenché un mouvement de renforcement des politiques assistancielles visant à renforcer les sécurités des groupes précarisés par ce contexte. D'autre part, un processus de répression a été engagé à l'encontre de groupes sociaux désignés comme les responsables de la fragilisation des capacités intégratives de la société : les étrangers[8]. Cette répression est depuis multiforme ; elle passe notamment par la création de nouvelles catégories d'étrangers sur lesquelles se concentrent la répression, ce sont notamment les étrangers illégalisés au travers de processus légaux autour de critères de citoyenneté[9]. Le système de protection maladie, à partir d'un découpage fin de sous-catégories parmi ces étrangers précarisés et d'une démultiplication des dispositifs d'assistance à son extrémité (Fond soins urgents et vitaux, Aide médicale d'urgence, Aide médicale, PASS), construit une hiérarchie de légitimité pour bénéficier des systèmes de protection. Certaines de ces sous-catégories (les étrangers irréguliers nouvellement arrivés, les étrangers sous visa tourisme, les ressortissants européens pauvres, etc.) sont exclues des systèmes de protection maladie classiques et n'ont d'autres recours aux soins que l'assistance ; ce sont celles qu'on retrouve en grande majorité dans les PASS. Cette tension entre inclusion et exclusion, rapportée au contexte socioéconomique éclaire d'un autre jour le paradoxe évoqué plus haut. Pour les « étrangers précaires indésirables », les PASS ne sont pas des instruments d'insertion sociale, mais plutôt de domination dans un

---

[7] Castel, *op. cit.*, 2007 ; Foucault, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1976a, 585 p.

[8] Fassin, Didier, « Compassion and repression. The moral economy of immigration policies in France », *Cultural anthropology*, vol. 20, n° 3, 2005, p. 362-387.

[9] De Genova, Nicholas P., « Migrant "Illegality" and Deportability in Everyday Life », *Annual Review of Anthropology*, vol. 31, n° 1, Octobre 2002, pp. 419-447 ; Noiriel, *Gérard, Le creuset français : histoire de l'immigration, XIXe-XXe siècle*, Paris, Editions Points, (1988) 2006, 447 p. ; Lochak, Danièle, « Les politiques de l'immigration au prisme de la législation sur les étrangers » p. 29-46 et Nathalie Ferré « La production de l'irrégularité » dans Fassin, Didier, Alain Morice et Catherine Quiminal (eds.), *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, Paris, Éd. la Découverte, 1997, 279 p., p. 47-64.

système de santé stratifié. Elles représentent la dernière marche du système de santé public offrant une protection de la santé réduite et incertaine.

Si l'objectif affiché de la PASS est l'insertion des exclus dans le système de santé, cette structure s'inscrit dans le même temps dans un système de santé hiérarchisé qui place activement les patients des PASS en bas de la structure. L'État social, au travers d'une redistribution différenciée de la propriété sociale que constitue les soins de santé, stratifie la société. Il donne plus aux uns et moins aux autres. C'est un autre élément de réponse qu'on peut donner au paradoxe de la PASS : l'exclusion de certains groupes d'un côté et leur inclusion de l'autre est le résultat d'un processus de stratification et de régulation du système de protection maladie, mêlé à une démarche d'intégration visant à prévenir le risque d'exclusion. Le système de protection maladie mène un combat contre lui-même, il tente d'intégrer des individus qu'il exclut lui-même tout en les gardant à la marge. Les « étrangers indésirables » connaissent ainsi une « affiliation bridée »[10] au système de santé.

## 1 - 2 L'étranglement budgétaires des hôpitaux publics et la distinction entre « sans droits potentiels » et « droits potentiels »

La crise économique des années 1970, combinée à une augmentation de la consommation des biens et services de santé, ont mis en difficulté la gestion budgétaire des hôpitaux. Les choix politiques néo-libéraux ont conduit à une responsabilisation budgétaire croissante des établissements hospitaliers et à l'introduction d'un mode de gestion néo-managérial. Le financement au travers de l'assurance maladie et basé sur l'activité fait joué des mécanismes de marché (virtuel) qui étrangle le budget des hôpitaux. D'une manière générale, le développement d'un complexe médico-industriel, puis d'un complexe « *Biomedical TechnoService Complex, Inc.* », tendent à rendre dépendant les activités de soin des intérêts économiques et financiers qu'elles engendrent[11]. Dans ce contexte, les établissements de santé sont contraints de concentrer leur activité sur celles qui sont rémunératrices.

Des dispositifs ont été mis en place pour certaines activités, celles dites d'intérêt général notamment, qui bénéficient d'un financement à part afin qu'elles continuent d'être réalisées sans qu'elles constituent une charge budgétaire trop lourde pour les hôpitaux. C'est

[10] Chauvin, Sébastien, « En attendant les papiers. L'affiliation bridée des migrants irréguliers aux États-Unis ? », *Politix*, vol. 87, n° 3, 2009, pp. 47-69.

[11] Clarke, Adele E., Laura Mamo, Jennifer R. Fishman, Janet K. Shim et Jennifer R. Fosket, « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *American Sociological Review*, vol. 68, n° 2, Avril 2003, p. 161-194. Les auteurs définissent ce complexe comme suit : « This term emphasizes the *corporatized* and *privatized* (rather than state-funded) research, products and services made possible by technoscientific innovations that further biomedicalization. The corporations and related institutions that constitute this complex are increasingly multinational and are rapidly globalizing both the Western biomedical model and biomedicalization processes per se. » (p. 167).

le cas des PASS qui sont financées par une Mission d'intérêt général (MIG). Cependant, ces mécanismes correcteurs locaux ne renversent pas complètement une organisation transversale, générale et dominante à l'hôpital favorisant les activités rémunératrices. C'est ce qu'on observe dans de nombreuses PASS dont l'organisation et les règles de fonctionnement favorisent un coût le moins lourd possible.

Ainsi, dans certaines PASS, les règles de fonctionnement excluent les patients les moins solvables, c'est-à-dire ceux qui sont les plus éloignés des systèmes de protections maladies. On distingue ainsi deux catégories de patients en fonction de leur solvabilité. Il y a les « sans droits potentiels », ceux qui ne sont éligibles, au moment de leur demande de soin, ni à la couverture maladie universelle (CMU) ni à l'aide médicale d'État (AME) et pour qui aucune possibilité de remboursement par l'Assurance maladie n'est possible (ce sont une partie des « étrangers précaires indésirables » identifiés plus haut). Ceux-là sont exclus de certaines PASS. De l'autre côté, il y a ceux qui ont des « droits potentiels », c'est-à-dire ceux qui ont des droits théoriques qui ne sont pas activés (étrangers en situation irrégulière remplissant les conditions de l'AME, demandeurs d'asile, etc.). La première catégorie de patients, les « sans droits potentiels », connaissent une double illégitimité, celle de leur statut légal de citoyenneté et celle de leur insolvabilité, qui se cumulent entre elles et vont s'insinuer à tous les niveaux de leur prise en charge.

L'enjeu de ces processus de catégorisation des patients ne porte pas seulement sur leur inclusion ou exclusion du dispositif d'assistance, mais également sur l'accès différencié aux soins qui en découle. Plus le patient est reconnu comme légitime et méritant, plus il pourra bénéficier d'une prise en charge étendue. Au contraire, plus il se rapproche des catégories illégitimes, plus sa prise en charge sera remise en cause et réduite (décalée dans le temps, réduction des médicaments et soins proposés, etc.). C'est l'insolvabilité du patient qui joue dans ce cas un rôle déterminant. La visibilisation des coûts des soins des patients sans couverture maladie dans un hôpital public au budget fortement restreint invite à différencier les prises en charge pour en construire une version minimale en termes de coûts. La combinaison des mécanismes d'inclusion et d'exclusion d'une part et de différenciation des prises en charge d'autre part engendre une division fine aux marges du système de santé séparant en dernière analyse des catégories de migrants préalablement construites par les administrations de l'immigration et de l'État social. Cette stratification passe également par des constructions de valeurs de la vie différenciées, calculées en termes de coûts budgétaires.

## 1 - 3 Exclusion et inclusion au cas par cas

Le mode de fonctionnement de la structure assistancielle en France repose sur une prise en charge au cas par cas individualisante. Les demandeurs de l'aide sont d'abord jugés selon leur légitimité à bénéficier de l'aide à partir de critères largement basés sur le statut de citoyenneté et leur éligibilité à une couverture maladie. Plus ils sont éloignés des groupes légitimes, plus leur inclusion dans la PASS est incertaine et dépendante d'une reconnaissance du mérite du patient à bénéficier d'une aide gratuite par les professionnels de la PASS. Ce mérite peut être reconnu, soit dans une souffrance involontaire, innocente chez les patients, soit parce qu'on identifie une « bonne volonté », un apport ou une preuve d'intégration à la communauté (nationale)[12].

Pour ces patients, l'aide se mérite, elle n'est pas un droit qu'on peut réclamer. Et pour que le mérite soit reconnu, il est nécessaire de le démontrer. Pour cela, les moments d'interaction entre professionnels et patients sont décisifs, c'est là que va se décider l'attribution de l'aide. Cette configuration fait dépendre l'attribution de l'aide à la fois des dispositions morales et idéologiques des professionnels, et des ressources performatives des patients d'autres part (capacités expressives, connaissance des ressorts moraux de l'assistance, etc.).

Cette gestion individualisée des patients par les professionnels des PASS participe au maintien d'un ordre social hiérarchisé au travers de l'assignation d'identités dominées et de la diffusion des normes de l'intégration et de la solidarité. Au travers des interactions entre patients et professionnels, ce sont les contours de ce que la société admet comme étant de sa responsabilité qui se dessinent. Si les critères sont définis largement en amont (dans les lois qui ont construits légalement les catégories de l'illégitimité), ce sont aux professionnels des PASS, entre autres, qu'est déléguée la tâche de réaliser le tri et d'inclure ou d'exclure. Pour cela, ils traduisent les catégories illégitimes en termes moraux et inculquent aux patients des identités de « bons pauvres » et de « mauvais pauvres », de « bons migrants » et de « mauvais migrants ».

Ces procédures ont été observées dans d'autres administrations publiques dispensant des prestations sociales ou administrant la citoyenneté[13]. Les résultats originaux de notre travail en ce qui concerne le gouvernement de groupes dominés par les agents de l'État directement

---

[12] Ticktin, Miriam, *Casualties of care: immigration and the politics of humanitarianism in France*, Berkeley, University of California Press, 2011, 295 p. ; Fassin, Didier, « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 4, 2001, pp. 5-34 ; Chauvin, Sébastien et Blanca Garcés-Mascareñas, « Becoming Less Illegal: Deservingness Frames and Undocumented Migrant Incorporation », *Sociology Compass*, vol. 8, n° 4, Avril 2014, p. 422-432 ; Spire, Alexis, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, 2008, 124 p.

[13] Dubois, Vincent, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Éd. Economica, coll. « Études politiques », 2010 (1999), 204 p. ; Fassin, Didier, Anne-Claire Defossez et Valérie Thomas, « Les inégalités des chances dans l'accès aux secours d'urgence », *Revue française des affaires sociales*, 2001, p. 91-110 ; Spire, *op. cit.*, 2008.

en contact avec le public se situent au niveau de l'articulation entre les interactions (niveau micro) et les processus sociohistoriques de production et d'exclusion des catégories en jeu (niveau macro). Notre étude montre clairement la correspondance entre les catégories d'étrangers exclues au niveau des PASS et celles écartées de la citoyenneté, puis des systèmes de protections sociales, qui ont été construites historiquement et légalement. Les modalités d'exclusion à la PASS réalisent au quotidien ce processus de construction et d'exclusion de catégories de migrants. Ce qui différencie fondamentalement la PASS d'un guichet d'une administration de l'État social, c'est que, dans ce contexte d'exclusion structurelle des « patients indésirables » du système de santé, le rôle des agents au contact du public n'est pas la réalisation d'un « principe d'égalité »[14], mais au contraire, il s'agit ici de la réalisation d'un principe d'inégalité.

Cette perspective invite à développer un champ encore balbutiant d'analyse des politiques publiques, notamment pour celles des groupes sociaux défavorisés, qui interrogeraient le lien entre les catégories morales produites au niveau local et les catégories légales, notamment celles relavant de l'État social.

## 1 - 4 Les limites de l'exclusion : biolégitimité et biopolitque

Notre travail a permis de questionner la tension entre une délégation du gouvernement de certains groupes sociaux à la communauté soignante et l'intrusion de la politique dans le domaine médical. En effet, la médicalisation qui s'observe dans les PASS n'est pas celle souvent dénoncée d'un développement tentaculaire du pouvoir de la médecine à de nouveaux domaines de la vie (comme la sexualité, le sommeil). Même si une certaine « sanitarisation du social » ou, autrement dit, une pathologisation et une médicalisation des problèmes sociaux[15] s'observe dans l'essor d'un espace du soin de la précarité, le gouvernement biopolitique de catégories sociales au bord de l'exclusion est plutôt une constante historique de l'institution hospitalière. « La prise en charge de la vie »[16] comme enjeu de pouvoir se reflète profondément dans la gestion de la question sociale.

L'étude des PASS en tant qu'outil participant au traitement de la question sociale souligne, tout d'abord, une définition de la santé qui dépasse une vision biologique simple pour en donner une définition sociale et politique. Dans la société contemporaine, la (bonne) santé

[14] Weller, Jean-Marc, *L'État au guichet: sociologie cognitive du travail et modernisa-tion administrative des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999, 255 p.

[15] Fassin Didier, *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France, 1996, 324 p.

[16] Foucault, Michel, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976b, p. 188.

est un bien social valorisé, inégalement distribué et est constituée en « risque » (qui peut mettre en péril différents aspects de la vie sociale lorsqu'elle devient mauvaise). Pour saisir les rôles politiques de la santé, il est nécessaire de la considérer dans sa double dimension : elle est à la fois constituée en droit fondamental et en outil biopolitique. La Sécurité sociale consacre cette double définition sociale de la santé et joue le rôle de régulateur de cette propriété par la distribution de la protection de la santé.

Dans le traitement de la question sociale, on a vu le rôle qu'elle joue dans la construction et la consolidation de l'ordre social. Une autre fonction biopolitique se situe dans la mission de protection de la santé de la population générale. Les PASS ont ainsi une mission de santé publique de prévention et de prise en charge des maladies pouvant avoir des répercussions sur le reste de la population (principalement des maladies infectieuses telles que le sida, la tuberculose ou les hépatites, mais également les maladies dont la régulation passe par des politiques de vaccination). Au niveau du droit à la santé, il prend la forme d'une « biolégitimité », c'est-à-dire une reconnaissance supérieure donnée au principe de maintien en vie considéré comme sacré[17].

Ces politiques de santé font partie intégrante du traitement de la question sociale en santé et des missions des PASS. Elles prennent même le pas sur les logiques de construction de l'ordre social et posent des limites à la stratification du système de santé. En effet, si la vie d'un patient est en danger ou que la condition d'un patient peut menacer la santé publique, alors la prise en charge nécessaire est garantie. La seule limite au respect du droit de maintien en vie intervient lorsque les soins nécessaires à la prise en charge d'un patient sont particulièrement chers, situation qui se rencontre principalement chez ceux appelés « migrants thérapeutiques ». Les coûts engagés devant être portés par l'hôpital lorsque le patient n'est pas solvable au niveau de l'assurance maladie, on observe une forte délégitimation des demandes de patients concernés. Si le principe de biolégitimité est tout de même respecté dans les plupart des situations étudiées, il est fortement mis en cause par les professionnels dans un contexte budgétaire contraint. On voit ainsi les jeux complexes d'interdépendance qui sont à l'œuvre afin de maintenir différents aspects de la régulation sociale et maintenir l'équilibre des rapports de force concernés (économiques, santé publique, ordre social hiérarchisé, etc.).

Tous ces éléments expliquent la tension entre inclusion et exclusion qui se retrouve au niveau global du système de santé et à une échelle plus fine dans les permanences d'accès aux soins de santé.

[17] Fassin, Didier, Jacqueline Costa-Lascoux et Marie-Antoinette Hily, « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration », Revue européenne de migrations internationales, vol. 17, n° 2, 2001, p. 139-151.

## 2 UN PHÉNOMÈNE DE SPÉCIALISATION

Cette thèse s'inscrit dans le courant de la sociologie de la santé s'intéressant aux évolutions et transformations de la profession médicale. À la suite des travaux qui étudient la spécialisation comme un processus de différenciation des activités médicales, nous avons montré l'essor d'un espace du soin de la précarité en France depuis les années 1980 mobilisant des pratiques et une conception du soin qui lui sont propres. Grâce à une analyse sociohistorique, nous avons rendu compte de la constitution de ce sous-espace — celui du soin de la précarité — à l'intérieur d'un espace plus large — celui des pratiques médicales. À rebours des nombreuses études qui ont étudié les mouvements de spécialisation à l'intérieur du champ médical comme résultant d'un processus interne à la profession médicale[18], notre étude montre que les principaux éléments qui ont constitué les conditions nécessaires au développement de l'espace du soin de la précarité à l'hôpital sont à chercher ailleurs[19].

En effet, comme l'évoque Patrice Pinell, « il n'existe aucune cause déterminante susceptible d'expliquer "en dernière analyse" la spécialisation », au contraire, cette dernière est « le produit de la dynamique d'un jeu social complexe qui participe du processus de construction du champ médical français »[20]. Dans notre cas, les facteurs ayant permis cette évolution sont d'ordre (bio)politique — c'est la lutte contre l'exclusion et la recherche de la protection des plus pauvres contre le risque maladie, le principe de biolégitimité et la protection de la santé publique, qui ont motivé ce mouvement — et historique — la PASS s'inscrit dans la tradition d'une mission d'accueil aussi ancienne que l'institution hospitalière elle-même. Cette spécialisation est par ailleurs imposée par le haut (elle est votée dans le cadre d'une loi) et est à l'initiative d'acteurs qui sont en grande partie extérieurs au champ hospitalier (monde associatif et monde politique). Elle montre une volonté de prolonger une mission d'accueil historique dans un contexte où celle-ci était en forte perte de vitesse à l'intérieur de l'institution hospitalière. Ainsi, notre recherche montre que l'analyse de la spécialisation des pratiques médicales doit rendre compte du processus historique qui en est constitutif et s'intéresser aux acteurs à l'extérieur du champ médical. Dans ce sens, la dynamique de spécialisation ne doit pas tant être lue comme un phénomène orientant les pratiques médicales

---

[18] Bucher et Strauss, 1961 ; Freidson, Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, (1970) 1984, 369 p. ; Herzlich, Claudine, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, pp. 41-59 ; Chauvenet, Antoinette, « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973a, pp. 61-76 ; Dodier, Nicolas et Agnès Camus, « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, vol. 65, n ° 1, 1997b, pp. 109-119.

[19] Pinell, Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 156-157, n° 1, 2005, pp. 4-36 ; Thiaudière, Claude, « La protection maternelle et infantile: politique de santé publique et spécialisation médicale », Regards sociologiques, n° 29, 2005, pp. 23-34.

[20] *Ibid.*, p. 6.

dans une direction (comme une marche inexorable vers une pratique de plus en plus technique ou scientifique). Au contraire, la spécialisation se lit comme un mode d'organisation des pratiques médicales.

## 2 - 1 Les permanences au prisme de l'organisation de l'activité des soins

L'analyse de l'insertion de la PASS à l'intérieur de l'organisation hospitalière fait apparaître un autre mode d'organisation concurrent à celui de la spécialisation des pratiques médicales : le *new public management* (NPM)[21]. Cette dynamique émerge avec la pressurisation budgétaire croissante des hôpitaux depuis les années 1980 et s'accentue dans les années 2000. Notre étude a montré que les deux modes d'organisation dominants (spécialisation et NPM) influent fortement sur l'organisation de l'activité des Permanences d'accès aux soins à plusieurs niveaux.

Un premier niveau est celui de l'insertion des PASS dans un espace hiérarchisé et concurrentiel. D'un côté, des représentants dominants de la profession médicale en concurrence dans le processus de spécialisation des services et pôles menacent l'existence de la PASS lorsque celle-ci a été placée dans leur service en la vidant de ses moyens (humains, financiers et matériels). De l'autre côté, les tenants d'un mode d'organisation néo-managérial tendent à se servir de la PASS comme d'un espace de légitimation de ses pratiques et de son discours. Ce faisant, ils orientent l'activité dans les PASS afin de privilégier ses aspects les plus efficaces dans une logique de réduction des dépenses hospitalières (transformation des patients non solvables en patients solvables). Cela a pour conséquence de détourner l'activité de ses missions premières (d'accès aux soins et d'insertion dans le système de santé) qui sont réinterprétées dans ce contexte (favoriser l'accès aux soins et, surtout, aux droits, afin de réaliser des économies). Ce cas de figure correspond à une imposition par le haut — par les directions hospitalières et les cadres encadrants — de la version néo-managériale du mode de production des soins.

Ensuite, la diffusion de l'organisation du NPM passe au niveau des acteurs des PASS eux-mêmes. L'appropriation du discours et des pratiques néo-managériales, ou de certains aspects de ces derniers, par des acteurs dans certaines PASS (et donc par le bas) témoigne de processus d'acculturation diffus parmi les différentes catégories professionnelles soignantes

[21] Pour une analyse de ce mouvement dans les administrations publiques françaises depuis les années 1970, voir Bezes, Philippe, « État, experts et savoirs néo-managériaux: Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 193, n° 3, 2012, pp. 16-37. Pour une analyse du NPM à l'hôpital public voir Belorgey, Nicolas, *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte, 2010, 330 p. et Pierru, *op. cit.*, 2007.

qui ont eu lieu et continuent d'avoir lieu à l'hôpital. Cette appropriation peut être instrumentale et utilisée afin de valoriser certaines activités de soin (comme celles de la PASS) auprès d'acteurs dominants convertis aux logiques gestionnaires (directeurs d'hôpital par exemple). Elle peut également faire partie de stratégies en termes de carrière chez des professionnels (soignants et non soignants) dont les caractéristiques sociales ne permettent pas d'évoluer dans un système dominés par la profession médicale et la spécialisation (ce sont les *outsiders* décrits par Nicolas Belorgey)[22].

Enfin, les discours et les pratiques gestionnaires s'imposent de manière diffuse et interstitielle dans la plupart des pratiques de soin. Il devient de plus en plus difficile de séparer conceptuellement ce modèle organisationnel des autres. Sur le terrain, les pratiques et les discours des professionnels des PASS se caractérisent par une certaine hybridité mêlant des aspects néo-managériaux (surtout dans les représentations du travail en termes d'efficacité et de rentabilité en lien avec la responsabilité budgétaire de l'hôpital) et des aspects professionnels et occupationnels (centrés sur les missions définies au sein de la profession, comme le soin ou l'accompagnement social)[23].

Dans tous les cas, la métamorphose de l'organisation des soins (et l'adaptation des pratiques et discours qui l'accompagne) dans sa version néo-managériale tend à renforcer les inégalités sociales de santé au détriment des patients les plus démunis d'ores et déjà désavantagés. Ces derniers le sont en raison de la dynamique de spécialisation de l'organisation hospitalière (en raison de leurs faibles valeurs mobilisatrices)[24]. Et ils le sont encore davantage dans un système valorisant la solvabilité des patients et la productivité (et donc la rapidité des soins[25]). Au fond, peu importe les transformations dans l'état des rapports de forces à l'hôpital. Tant que celles-ci sont insufflées parmi des groupes dominants, la position de ceux qui sont situés tout en bas ne risque pas de s'améliorer ; pire, elle risque même de se dégrader par l'effet de logiques de domination s'accumulant au fil du temps par le passage d'un état

---

[22] Belorgey, *op. cit.*, 2010.

[23] Cette analyse va dans le sens des observations faites dans d'autres travaux s'intéressant aux transformations des pratiques professionnelles dans les institutions publiques : Scott, Richard W., Martin Ruef, Carol A. Caronna et Peter J. Mendel, *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, 1 edition., Chicago, University Of Chicago Press, 2000, 452 p. ; Faulconbridge, James et Daniel Muzio, « Organizational professionalism in globalizing law firms », *Work, employment and society*, vol. 22, n° 1, 1 Mars 2008, p. 7-25 ; Evetts, Julia, « A new professionalism? Challenges and opportunities », *Current Sociology*, vol. 59, n° 4, 1 Juillet 2011, p. 406-422 ; Kuhlmann, Ellen, Viola Burau, Tiago Correia, Roman Lewandowski, Christos Lionis, Mirko Noordegraaf et Jose Repullo, « "A manager in the minds of doc-tors" a comparison of new modes of control in European hospitals », *BMC Health Services Research*, vol. 13, n° 1, 2 Juillet 2013, p. 246-257 ; Noordegraaf, Mirko, « From "Pure" to "Hybrid" Professionalism Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains », Administration & Society, vol. 39, n° 6, 1 Octobre 2007, p. 761-785.

[24] Chauvenet, *op. cit.*, 1973a ; Herzlich, Claudine, *op. cit.*, 1973 ; Dodier et Camus, *op. cit.*, 1997b.

[25] Bélorgey, *op. cit.*, 2010 et Belorgey, Nicolas, « "Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences". Une entreprise de "réforme" d'un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 189, n° 4, 2011, pp. 16-33.

de rapport de force à l'autre[26]. Ces changements, en effet, n'effacent pas complètement les modes précédents de domination. Ainsi, les patients précaires d'aujourd'hui sont doublement démobilisateurs pour les soignants et pour le système hospitalier, les premiers continuent de valoriser principalement la spécialisation technique et scientifique et le second valorise la « rentabilité » et « la solvabilité » des patients. Le traitement de la question sociale au travers d'une prise en charge des patients précaires à l'intérieur de l'institution hospitalière est donc fortement compromis par ces logiques organisationnelles dominantes. Cela explique une autre partie du paradoxe évoqué au début de ce travail : les courants contraires qui déterminent l'organisation des soins tendent à rendre illégitimes et à exclure les patients les moins mobilisateurs et les moins solvables. Des mécanismes de protection existent cependant qui donnent aux PASS et à leurs professionnels des marges d'autonomie dans leurs pratiques. Ces derniers laissent entrevoir un contrepouvoir politique aux libéralismes qui dominent l'institution hospitalière.

## 2 - 2 Les mécanismes de protection d'une politique de santé publique

Afin de parer les effets négatifs des dynamiques organisationnelles dominantes du champ hospitalier et mener à bien les missions (bio)politiques décrites plus haut, des garde-fous ont été imaginés. Il en va ainsi du dispositif budgétaire — la mission d'intérêt général (MIG) — censé protéger ces structures des effets des réformes néo-managériales et des aléas de la tarification à l'activité. De même, le risque de démantèlement des PASS par des fractions dominantes de la profession médicale a été écarté dans certains hôpitaux grâce à la création de pôles réservés à la « santé publique » à l'intérieur desquels les PASS sont protégées et valorisées. La consolidation d'un segment de la profession médicale à l'intérieur duquel les PASS détiennent leurs racines de légitimité suit les règles de la spécialisation et tend à confirmer l'hypothèse de Nicolas Dodier et Agnès Camus selon laquelle la mission d'accueil de l'hôpital public, réduite en raison de la dynamique de spécialisation, trouverait refuge dans des services spécialisés. De même, les regroupements des professionnels des PASS dans des associations et des collectifs de professionnels tendent à augmenter l'autonomie du soin de la précarité dans le système hospitalier tout en lui procurant davantage de légitimité, et par là le mettent dans une position plus favorable au sein des rapports de force en jeu au

[26] C'est également l'analyse de F. Pierru lorsqu'il explique que le monde de la santé est toujours tiraillé entre le libéralisme conservateur des médecins et le néolibéralisme macroéconomique des politiques de santé. Voir Pierru, *op. cit.*, 2007. Voir également Hatzfeld, Henri, *Le grand tournant de la médecine libérale*, Économie et humanisme, Éditions ouvrières, 1963, 326 p.

sein de l'hôpital. Enfin, deux types d'acteurs extérieurs, les tutelles et les associations, se sont constitués en défendeurs de l'espace du soin de la précarité. Ces deux types d'acteurs sont également ceux qui ont initié l'institutionnalisation de l'espace du soin de la précarité dans l'institution hospitalière. Leur action rappelle que le soin de la précarité constitue une politique de santé et une politique publique qui dépasse les enjeux internes de l'espace hospitalier et de ses acteurs. Les PASS sont les dispositifs qui réalisent des biopolitques initiée de l'extérieur, confiée à l'hôpital public et justifiée à l'intérieur de ce dernier par la mission traditionnelle, mais déclinante, d'accueil des plus pauvres.

À défaut de s'inscrire dans l'un des deux courants dominants tels que nous les avons identifiés dans le champ des pratiques médicales, les PASS — tout comme les autres pratiques labellisées de « santé publique » ou de « service public » — sont portées par des politiques de santé défendues principalement à l'extérieur de l'hôpital. Notre recherche doctorale montre ainsi la nécessité pour l'analyse de l'organisation de l'activité hospitalière, surtout lorsque cette dernière est portée par une politique de santé publique, de ne pas se concentrer seulement sur l'étude du cadre des dynamiques internes à l'institution ; mais au contraire, de prendre également en compte les intérêts d'autres acteurs qui ont un pouvoir sur l'institution. Enfin, pour identifier les acteurs et les rapports de force en jeu, il faut mettre en perspective les conditions sociohistoriques de développement de ces nouvelles pratiques avec les évolutions des rapports de force dominants du champ dans lequel cet espace s'insère.

# 3 QUELQUES PERSPECTIVES

Si cette recherche doctorale a permis d'apporter quelques réponses à certaines interrogations, elle en a ouvert autant d'autres. L'une d'entre elles, qui nous intéresse tout particulièrement, est celle de la transposabilité de nos résultats en dehors du champ de l'hôpital public et de celui des politiques publiques. Il nous semble intéressant de voir quelles formes revêtent les différentes missions biopolitiques identifiées dans les PASS (protection de la biolégitimité, protection de la population dans son ensemble, production et reproduction d'un ordre social hiérarchisé centré sur des catégories de la migration et insertion) dans d'autres lieux. Nous pensons notamment au champ de l'humanitaire médical et aux lieux s'étant spécialisés dans la prise en charge médico-sanitaires des migrants aux portes de l'Europe. Si la thématique de la biolégitimité a été étudiée dans le champ de l'humanitaire, son articulation avec d'autres missions biopolitiques mériterait d'être

approfondie, notamment en termes de recherches empiriques qui à notre connaissance restent peu répandues à ce jour[27].

Un autre objet qui est apparu lors de notre recherche et qui permettrait de développer nos réflexions est celui des pôles de santé publique qui ont été créés une dizaine d'années après les PASS, dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (remaniée en janvier 2016). Les activités de ces pôles ont été développées au travers de politiques publiques et traitent des « problèmes sociaux » avec l'outil du sanitaire.

Comme nous l'avons souligné à la fin de la seconde partie de ce travail, de nouveaux espaces hospitaliers ont été créés et sont en cours de création qui rassemblent différentes activités dites de santé publique. Ces activités (préventions, addictologie, centre d'interruption volontaire de grossesse, médecine du travail ou pénitentiaire, PASS, etc.) ont également en commun de se distinguer des activités hospitalières majoritaires en ce qu'elles n'entrent pas non plus dans la tarification à l'activité. On peut alors se demander si ces espaces hospitaliers qui concentrent des activités dont les missions biopolitiques se rapprochent de celles des PASS constituent un segment hospitalier en cours de consolidation et dans quelle mesure les modèles organisationnels hospitaliers dominants le pénètrent. Son étude permettrait également d'approfondir nos réflexions sur les nouvelles formes de régulation sociale par la sanitarisation de nouveaux domaines.

[27] Fassin, Didier, *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard: Seuil, 2010a, 358 p. ; Agier, Michel, *Gérer les indésirables: des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*, Paris, Flammarion, 2008, 349 p. ; voir aussi les différents auteurs de l'ouvrage Kobelinsky, Carolina, Chowra Makaremi, Collectif et Didier Fassin, *Enfermés dehors: Enquêtes sur le confinement des étrangers*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, 2009, 335 p.

# BIBLIOGRAPHIE

# LITTÉRATURE

## A


Abbott, Andrew D., *The system of professions: an essay on the division of expert labor*, Chicago, 1988, 435 p.

Acker, Françoise, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1, 2005, p. 161-181.

Acker, Françoise, « Les infirmières en crise ? », *Mouvements*, vol. 2, n° 32, 2004, p. 60-66.

Agamben, Giorgio, *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Éd. du Seuil, 1997, 213 p.

Agier, Michel, *Gérer les indésirables: des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*, Paris, Flammarion, 2008, 349 p.

Aïach, Pierre et Daniel Delanoë, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Economica, 1998, 251 p.

Aïach, Pierre, *Les inégalités sociales de santé : écrits*, Paris, Economica: Anthropos, 2010, 280 p.

Aïach, Pierre et Didier Fassin, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du praticien*, vol. 54, n° 20, 2004, p. 2221-2227.

Aïdan, Philip et Arnaud Veisse, « Silence: hôpital des réfugiés », *Vacarme*, vol. 42, n° 1, 1 Février 2008, p. 66-67.

Allermoz, Eric et Corinne Drault, « Accès aux soins et précarité. La situation se dégrade », *Médecins*, n° 35, Mai-juin 2014, p. 16-22.

Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Pocket, 1988, 406 p.

Arendt, Hannah, *Qu'est-ce que la politique?*, Paris, Éditions du Seuil, 1995, 216 p.

Argoud, Dominique, « L'Uniopss : un "ministère privé des Affaires sociales" ? », *Revue française des affaires sociales*, vol. 46, n° 3, juillet-septembre, p. 93-104.

Astier, Isabelle, « Le contrat d'insertion. Une façon de payer de sa personne? », *Politix*, vol. 9, n° 34, 1996, p. 99-113.

Astier, Isabelle, *Revenu minimum et souci d'insertion*, Paris, Desclée de Brouwer, 1997, 276 p.

Astier, Isabelle, « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations sociales*, n° 2, 2009, p. 52-58.

August, Patrick, « Les années 1990, de la morgue à La Force », *Maux d'exil*, n° 30, p. 5-6, décembre 2010.

# B

Baboulaz, Jean-Claude, « Au commencement était un frigidaire », *Maux d'exil*, n° 19, Février 2007, p. 5-6.

Bajoit, Guy, *Pour une sociologie relationnelle*, Paris, Presses universitaires de France, 1992, 308 p.

Barron, Pierre, Anne Bory, Sébastien Chauvin, Nicolas Jounin et Lucie Tourette, « L'intérim en grève: la mobilisation des travailleurs sans papiers intérimaires », *Savoir/Agir*, n° 12, p. 19-26.

Bartley, Mel, *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*, Hoboken, Wiley, 2004, 228 p.

Baszanger, Isabelle, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, 1981, 22-2. p. 223-245.

Baszanger, Isabelle, « Émergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *Revue Française de Sociologie*, vol. 31, n° 2, Avril 1990, p. 257-282.

Baszanger, Isabelle, « Introduction », in Strauss, Anselm L, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 11-63.

Baszanger, Isabelle, Martine Bungener et Anne Paillet (eds.), *Quelle médecine voulons-nous?*, Paris, la Dispute, 2002, 249 p.

Bateman-Novaes, Simone, « Bioéthique », in Lecourt, Dominique, François Delaporte, Patrice Pinell et Christiane Sinding, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 158-164.

Becker, Howard S., Blanche Geer, Everett C. Hugues et Anselm L. Strauss, *Boys in White. Student Culture in Medical School*, New Brunswick, Transaction Books, (1961) 1977, 456 p.

Becker, Howard, *Outsiders: Études de sociologie de la déviance*, Editions Métailié, (1963) 2012, 247 p.

Béliard, Aude, Aurélie Damamme, Jean-Sébastien Eideliman et Delphine Moreau, « "C'est pour son bien". La décision pour autrui comme enjeu micropolitique », *Sciences Sociales et Santé*, n° 3, Septembre 2015, p. 5-14.

Belorgey, Nicolas, *L'hôpital sous pression*, Paris, La Découverte, 2010, 330 p.

Belorgey, Nicolas, « "Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences". Une entreprise de "réforme" d'un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 189, n° 4, 2011, p. 16-33.

Benamouzig, Daniel, *La santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Sociologies », 2005, 479 p.

Benamouzig, Daniel, « Système de santé », in Fassin, Didier et Boris Hauray, *Santé Publique. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, p. 317-328.

Bercot, Régine, « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles », *Négociations*, vol. 1, n° 5, p. 35-49, 2006.

Bertaux, Daniel, *Le récit de vie*, Paris, Armand Colin, (2005) 2010, 126 p.

Bezes, Philippe, « Chapitre 8: Le tournant néomanagérial de l'administration française », in Borraz, Olivier, Virginie Guiraudon, Jacques Maillard de et Yves

Surel (eds.), *Politiques publiques*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, coll. « Gouvernances », 2008, p. 215-254.

Bezes, Philippe, Didier Demazière, Thomas Le Bianic, Catherine Paradeise, Romuald Normand, Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru et Julia Evetts, « New Public Management et professions dans l'État: au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, vol. 53, n° 3, Juillet 2011, p. 293-348.

Bezes, Philippe, « État, experts et savoirs néo-managériaux: Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 193, n° 3, 2012, p. 16-37.

Binet, Laurence, « CMU: chronique d'un combat contre une privatisation annoncée », *Messages Journal interne des Médecins sans Frontières*, n° 103, Avril-mai 1999, p. 2.

Black, Douglas et Margaret Whitehead, *Inequalities in health. The Black Report*, London, Penguin Books, Ltd., (1980) 1992, 450 p.

Boltanski Luc, *La découverte de la maladie. La diffusion du savoir médical,* Paris, Centre de sociologie européenne, 1968, 220 p.

Boltanski, Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 26, n° 1, 1971, p. 205-233.

Boltanski, Luc et Ève Chiapello, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999, 843 p.

Bonnet, François, « La distance sociale dans le travail de terrain: compétence stratégique et compétence culturelle dans l'interaction d'enquête », *Genèses*, n° 73, 19 Février 2009, p. 57-74.

Borgetto, Michel, « La protection sociale fondée sur l'emploi : un modèle inadapté ? », *Informations sociales*, n° 6, 2007, p. 6-17.

Borgetto, Michel, « Santé et action sociale: d'hier à aujourd'hui », *Les Tribunes de la santé*, vol. 38, n° 1, 2013, p. 29-40.

Bourdelais, Patrice, *Les épidémies terrassées. Une histoire de pays riches*, Paris, Éd. de La Martinière, 2003, 246 p.

Bourdelais, Patrice, « Health Visitors, a Central Figure in The Fight Against Tuberculosis. The Example of France (1920-1939) », in Sanden, A., *Seeing People*, LiU Trick, Linköping, p. 151-160, 2008.

Bourdelais, Patrice, « Histoire de la santé publique », in Fassin, Didier et Boris *Hauray, Santé Publique. L'état des savoirs,* Paris, La Découverte, 2010, p. 317-328.

Bourdieu, Pierre et Yvette Delsaut, « Le couturier et sa griffe: contribution à une théorie de la magie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 1, n° 1, 1975, p. 7-36.

Bourdieu, Pierre, *Le sens pratique*, Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun », 1980, 475 p.

Bourdieu Pierre et Loïc J. D. Wacquant, *Réponses : pour une anthropologie réflexive*, Paris, Ed. du Seuil, coll. « Libre examen Politique », 1992, 267 p.

Bourdieu, Pierre, *Questions de sociologie*, Paris, Les Editions de Minuit, 2002, 277 p.

Bourdieu Pierre Auteur, Jean-Claude Chamboredon et Jean-Claude Passeron, *Le métier de sociologue : préalables épistémologiques*, Berlin, 2005, 357 p.

Bourret, Paule, *Les cadres de santé à l'hôpital: un travail de lien invisible*, Paris, Seli Arslan, 2006.

Brodiez-Dolino, Axelle, « Entre social et sanitaire: les politiques de lutte contre la pauvreté-précarité en France au XX e siècle », *Le Mouvement Social*, vol. 242, nº 1, 2013, p. 9-29.

Broqua, Christophe, *Agir pour ne pas mourir! Act Up, les homosexuels et le sida*, Paris, 2006, 450 p.

Brugère, Fabienne, *L'éthique du care*, Paris, PUF, 2011, 127 p.

Bujon, Thomas, Christine Dourlens et Gwenola Le Naour (eds.), *Aux frontières de la médecine*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2014, 255 p.

Bujon, Thomas et Christine Dourlens, « Les médecins aux bords de leurs savoirs. Les concertations pluridisciplinaires face aux demandes de réassignation sexuelle », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 10,1, nº 1, 2016, p. 95-120.

Bungener, Martine et Anne-Sylvie Poisson-Salomon, *Travailler et soigner en réseau. Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne*, Paris, France, INSERM, 1998, 161 p.

# C

Calavita, Kitty, *Immigrants at the margins: law, race, and exclusion in Southern Europe*, Cambridge, Cambridge University Press, 2005, 257 p.

Calot, Gérard et Maurice Febvay, « La mortalité différentielle suivant le milieu social. Présentation d'une méthode expérimentée en France sur la période 1955-1960. Premiers résultats », *Études et conjonctures*, n° 11, 1965.

Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, (1966) 2009 224 p.

Carde, Estelle, « "On ne laisse mourir personne." Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, nº 2, 2006a, p. 57-80.

Carde, Estelle, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins: Etude en France métropolitaine et en Guyane française », Thèse doctorat, Université de Paris-Sud. Faculté de médecine, Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, 2006b, 539 p.

Carde, Estelle, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, vol. 19, nº 2, 2007, p. 99-109.

Carde, Estelle, « Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers. De l'Aide sociale aux politiques d'immigration », *Mouvements*, vol. 59, nº 3, 2009, p. 143-156.

Carricaburu, Danièle et Marie Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, France, A. Colin, 2004, 235 p.

Castel, Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio/Essais », (1995) 2007, 813 p.

Castel, Robert, *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*, Paris, Éditions du Seuil, 2009, 460 p.

Cefaï, Daniel et Edouard Gardella, *L'urgence sociale en action: ethnographie du Samu social de Paris*, Paris, la Découverte, 2011, 575 p.

Cefaï, Daniel, « Mondes sociaux », *SociologieS*, en ligne, consulté le 05 novembre 2015, URL: http://sociologies.revues.org/4921.

Champy, Florent, *La sociologie des professions*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2012, 258 p.

Chauchard, Jean-Pierre et Romain Marié, « La couverture maladie universelle: résurgence de l'aide sociale ou mutation de la sécurité sociale? », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, Décembre 2001, p. 137-156.

Chauvenet, Antoinette, « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973a, p. 61-76.

Chauvenet, Antoinette, « La qualification en milieu hospitalier », *Sociologie du Travail*, vol. 14, n° 2, 1973b, p. 189-205.

Chauvenet, Antoinette, *Médecines au choix, médecine de classes*, Presses universitaires de France, 1978, 255 p.

Chauvin, Sébastien, « En attendant les papiers. L'affiliation bridée des migrants irréguliers aux États-Unis ? », *Politix*, vol. 87, n° 3, 2009, p. 47-69.

Chauvin, Sébastien, Blanca Garcés-Mascareñas et Albert Kraler, « Employment and Migrant Deservingness », *International Migration*, vol. 51, n° 6, Décembre 2013, p. 80-85.

Chauvin, Sébastien et Blanca Garcés-Mascareñas, « Becoming Less Illegal: Deservingness Frames and Undocumented Migrant Incorporation », *Sociology Compass*, vol. 8, n° 4, Avril 2014, p. 422-432.

Chéronnet, Hélène et Charles Gadea, « Les cadres du travail social et de la santé face à la rationalisation managériale des services publics», *in Sociologie des groupes professionnels acquis récents et nouveaux défis*, Paris, la Découverte, 2009 p. 73-83.

Chimienti, Milena et Solomos John, « How do international human rights influence national healthcare provisions for irregular migrants? A case study in France and the United Kingdom », *Journal of Human Rights*, vol. 15, n° 2, Avril 2016, p. 208-228.

Clarke, Adele E., Laura Mamo, Jennifer R. Fishman, Janet K. Shim et Jennifer R. Fosket, « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *American Sociological Review*, vol. 68, n° 2, Avril 2003, p. 161-194.

Contandriopoulos, André-Pierre et Yves Souteyrand, *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, John Libbey Eurotext, 1996, 340 p.

Coburn, David, « Medical dominance then and now: critical reflections », *Health Sociology Review*, vol. 15, n° 5, Décembre 2006, p. 432-443.

Cognet, Marguerite, *Migrations, groupes d'origines et trajectoires: vers une ethnicisation des rapports socioprofessionnels?: une étude de cas dans un établissement public de santé de la région Ile-de-France*, Lille, Atelier national de Reproduction des Thèses, 1999.

Colombo, Francesca et David Morgan, « Évolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, 2006, p. 19-42.

Conrad, Peter, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, 1992, p. 209-232.

Conrad, Peter, *Deviance and medicalization. From badness to sickness*, Philadelphia, Temple Univ. Press, 1992 (1980), 327 p.

Conrad, Peter, *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2007, 204 p.

Corbin, Juliet M. et Anselm L. Strauss, *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*, 3rd ed., Los Angeles, Calif, Sage Publications, Inc, 2008, 379 p.

Coser, Lewis A., « The Sociology of Poverty », *Social Problems*, vol. 13, n° 2, 1965, p. 140-148.

Coutin, Susan, « Differences within Accounts of US Immigration Law », *Political and Legal Anthropology Review*, vol. 19, n° 1, 1996, p. 11-19.

Coutin, Susan, *Legalizing moves: Salvadoran immigrants' struggle for U.S. residency*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 2000, 228 p.

Cvajner Martina et Giuseppe Sciortino, « Theorizing Irregular Migration: The Control of Spatial Mobility in Differentiated Societies », *European Journal of Social Theory*, vol. 13, n° 3, 1 Août 2010, p. 389-404

# D

Danet, François, *La médecine d'urgence.* Vers *de nouvelles formes de travail médical*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2008.

Darley, Mathilde, « Le pouvoir de la norme. La production du jugement et son contournement dans les lieux d'enfermement des étrangers », *Déviance et Société*, vol. 34, n° 2, 2010, p. 229-239.

De Genova, Nicholas P., « Migrant "Illegality" and Deportability in Everyday Life », *Annual Review of Anthropology*, vol. 31, n° 1, Octobre 2002, p. 419-447.

Demazière, Didier, Charles Gadea et Howard S. Becker, *Sociologie des groupes professionnels acquis récents et nouveaux défis*, Paris, la Découverte, 2009.

Dézé, Alexandre, *Le Front national : à la conquête du pouvoir?*, Paris, A. Colin, 2012, 189 p.

Divay, Sophie et Charles Gadea, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, vol. 128, n° 4, 2008, p. 677-687.

Dodier, Nicolas, « L'Etat-providence, de François Ewald (Note de lecture) », *Sciences sociales et santé*, vol. 4, n° 3, 1986, p. 195-204.

Dodier, Nicolas et Agnès Camus, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 52, n° 4, 1997a, p. 733-763.

Dodier, Nicolas et Agnès Camus, « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, vol. 65, n° 1, 1997b, p. 109-119.

Dodier, Nicolas et Agnès Camus, « Openness and specialisation: dealing with patients in a hospital emergency service », *Sociology of Health & Illness*, vol. 20, n° 4, Juillet 1998, p. 413-444.

Dodier, Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, (2003) 2015, 578 p.

Domin, Jean-Paul, « Les assurances sociales et l'ouverture des hôpitaux à l'ensemble de la population : les prémices d'une politique globale de santé publique (1914-1941) », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1, 2002, p. 131-154.

Domin, Jean-Paul, « La nouvelle gouvernance sauvera-t-elle les hôpitaux publics? », *Mouvements*, vol. 32, n° 2, 2004, p. 55-59.

Domin, Jean-Paul, « La nouvelle gouvernance ou le couronnement de vingt ans de réformes hospitalières », Économies et Sociétés, C*ahiers de l'ISMÉA*, n° 8, 2007, p. 459-487.

Domin, Jean-Paul, « La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie : la consécration d'une régulation marchande ? », *Economie et Institutions*, vol. 2, n°15, 2010a, p. 5-40.

Domin, Jean-Paul, « Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise (1980-2009) », in *Actes du colloque « Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management »*, 2010b.

Domin, Jean-Paul, « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 17, 17 Juin 2015, revue en ligne, url: http://regulation.revues.org/11293.

Donzelot, Jacques, *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, France, Éd. du Seuil, 1994, 263 p.

Dourlens, Christine, *L'action publique à l'épreuve de la fragilité normative*, Habilitation à diriger des recherches, Université Jean Monnet - Saint-Etienne, 2010.

Dubar, Claude et Pierre Tripier, *Sociologie des professions*, Paris, France, A. Colin, 1998, 256 p.

Dubet, François, *La Galère. Jeunes en survie*, Paris, Fayard, 1987, 503 p.

Dubois, Vincent, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Éd. Economica, coll. « Études politiques », 2010 (1999), 204 p.

Dubois, Vincent, « Politiques au guichet, politique du guichet », in Borraz, Olivier et Virginie Guiraudon, *Politiques publiques 2*, Presses de Sciences Po (PFNSP), 2010, p. 265-286.

Dupont, Marc et Françoise Salaün Ramalho, *L'Assistance publique - Hôpitaux de Paris*, «Que sais-je?» n° 3505, Presses Universitaires de France, 2010, 81 p.

Durkheim Émile, Education et sociologie, Paris, France, Presses universitaires de France, (1922) 1999, 130 p.

Durkheim, Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France/Quadrige, 2002 (1895), 149 p.

Durkheim, Émile, *De la division du travail social*, Paris, PUF, Quadrige, (1893) 2004, 416 p.

Duval, Julien, *Le mythe du « trou de la Sécu »*, Paris, France, Raisons d'agir, 2007, 135 p.

Duvoux, Nicolas, « Configuration », in Paugam, Serge (ed.), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2010a, 52-54.

Duvoux, Nicolas, « L'injonction biographique dans les politiques sociales », *Informations sociales*, n° 6, 2010b, p. 114-122.

Duvoux, Nicolas, « Comment l'assistance chasse l'État social », *Idées économiques et sociales*, vol. 171, n° 1, 2013, p. 10-17.

# E

Elbaum, Mireille, « Protection sociale et solidarité en France », *Revue de l'OFCE*, n° 102, 20 Novembre 2007, p. 559-622.

Elias, Norbert et J. L. Scotson, *Logiques de l'exclusion: enquête sociologique au coeur des problèmes d'une communauté*, Paris, Pocket, 2001.

Engels, Friedrich, *La Situation de la classe laborieuse en Angleterre*, Paris, France, Ed. sociales, (1844) 1960, 411 p.

Evetts, Julia, « Introduction: Trust and Professionalism: Challenges and Occupational Changes », *Current Sociology*, vol. 54, nº 4, 1 Juillet 2006, p. 515-531.

Evetts, Julia, « A new professionalism? Challenges and opportunities », *Current Sociology*, vol. 59, nº 4, 1 Juillet 2011, p. 406-422.

Evetts, Julia, « Professionalism: Value and ideology », *Current Sociology*, vol. 61, nº 5-6, 2013, p. 778-796.

Ewald, François, *L'État providence*, Paris, France, B. Grasset, impr. 1986, 608 p.

# F

Fassin Didier, *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France, 1996, 324 p.

Fassin, Didier, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 55, nº 5, 2000a, p. 955-981.

Fassin, Didier, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et sociétés* 24, 2000b, p. 95-116.

Fassin, Didier, « Le culturalisme pratique de la santé publique », *in* Dozon, Jean-Pierre et Didier Fassin (eds.), *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, Paris, France, Éd. Balland, 2001a, p. 181-208.

Fassin, Didier, « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, nº 4, 2001b, p. 5-34.

Fassin, Didier, « Compassion and repression. The moral economy of immigration policies in France », *Cultural anthropology*, vol. 20, nº 3, 2005, p. 362-387.

Fassin, Didier, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, vol. 73, nº 1, 2006a, p. 137-157.

Fassin, Didier, « La biopolitique n'est pas une politique de la vie », *Sociologie et sociétés*, vol. 38, nº 2, 2006b, p. 35-48.

Fassin, Didier, *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard: Seuil, 2010a, 358 p.

Fassin, Didier, « Les inégalités de santé » in Fassin, Didier et Boris Hauray, *op. cit.*, 2010b, p. 413-424.

Fassin, Didier, Alain Morice et Catherine Quiminal (eds.), *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, Paris, Éd. la Découverte, 1997, 279 p.

Fassin, Didier, « Le corps exposé. Essai d'économie morale de l'illégitimité », in Fassin, Didier et Dominique Memmi (ed.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, coll. « Cas de figure », 2015 (2004), p. 237-266.

Fassin, Didier, Jacqueline Costa-Lascoux et Marie-Antoinette Hily, « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration », *Revue européenne de migrations internationales*, vol. 17, nº 2, 2001, p. 139-151.

Fassin, Didier, Anne-Claire Defossez et Valérie Thomas, « Les inégalités des chances dans l'accès aux secours d'urgence », *Revue française des affaires sociales*, 2001, p. 91-110.

Fassin, Didier et Alain Morice, « Les épreuves de l'irrégularité. Les sans-papiers, entre déni d'existence et reconquête d'un statut. » in Schnapper, Dominique (ed.), *Exclusions au coeur de la cité*, Paris, Anthropos, 2001, 324 p.

Fassin, Didier et Dominique Memmi (eds.), *Le gouvernement des corps*, Paris, France, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 2004, 269 p.

Fassin, Didier et Jean-Sébastien Eideliman (eds.), *Économies morales contemporaines*, La Découverte « Recherches », 2012, 405 p.

Fassin, Didier et Jean-Sébastien Eideliman, « Introduction. Défense et illustrations des économies morales », *in* Didier Fassin et Jean-Sébastien Eideliman (dir.), *Économies morales contemporaines*, Paris, La Découverte « Recherches », 2012, p. 9-18.

Farrell, Catherine et Jonathan Morris, « The `Neo-Bureaucratic' State. Professionals, Managers and Professional Managers in Schools, General Practices and Social Work », *Organization*, vol. 10, nº 1, 1 Février 2003, p. 129-156.

Fayard, Daniel, *Il y a vingt ans: le rapport Wresinski*, Revue Quart Monde, nº 200, 2006.

Feroni, Isabelle et Anémone Kober-Smith, « La professionnalisation des cadres infirmiers: l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue française de sociologie*, vol. 46, nº 3, 2005, p. 469-494.

Fillieule, Olivier et Bernard Pudal, « 8. Sociologie du militantisme. », in Agrikoliansky, Éric *et al.*, *Penser les mouvements sociaux*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 2010, p. 163-184.

Fischer, Nicolas, « La rétention administrative dans l'Etat de droit: genèse et pratique du contrôle de l'enfermement des étrangers en instance d'éloignement du territoire dans la France contemporaine », Thèse de doctorat, Institut d'études politiques, Paris, France, 630 p.

Fossier, Arnaud, « Le grand renfermement », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, nº 1, Janvier 2002, revue en ligne : http://traces.revues.org/4130.

Foucault, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1976a, 585 p.

Foucault, Michel, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976b.

Foucault, Michel, *Il faut défendre la société: cours au Collège de France, 1975-1976*, Paris, Gallimard/Seuil, coll. « Hautes études », 1997, 283 p.

Foucault, Michel, *Les anormaux: cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris, France, Le Seuil: Gallimard, 1999, 351 p.

Fou-cault, Michel, *Dits et écrits II. 1976 - 1988*, Paris, Gallimard, coll. « Dits et écrits. 1954 -1988 », 2001, 1736 p.

Foucault, Michel, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, EHESS, Gallimard, Seuil, 2004, 355 p.

Foucault, Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, « Collection TEL », 2008 (1975), 360 p.

Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 2009, 214 p.

Foucault, Michel, Blandine Kriegel, Anne Thalamy, François Béguin et Bruno Fortier, *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, Belgique, 1979, 184 p.

Franc, Carine et Marc Perronnin M, « Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS », *Questions d'économie de la santé,* 12, 1, 2007.

Freidson, Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, (1970) 1984, 369 p.

Freidson, Eliot, *Professionalism: the third logic*, Chicago, Etats-Unis d'Amérique, The university of Chicago press, 2001, 250 p.

# G

Gabarro, Céline, « CPAM: le soupçon érigé en pratique », *Plein droit*, vol. 92, n° 1, 2012a, p. 16-19.

Gabarro, Céline, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, 2012b, p. 35-56.

Gabarro, Céline, « Quand la Roumanie adhère à l'Union européenne : quels changements dans l'accès à la Couverture Maladie Universelle pour les ressortissants communautaires ? », in Lurbe i Puerto Kàtia et Le Marcis Frédéric (eds.), *Endoétrangers: exclusion, reconnaissance et expérience des Roms et gens du voyage en Europe*, Louvain-la-neuve, L'Harmattan Academia, 2012c, 272 p. (p.87-109).

Gabarro, Céline, *L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière. Quelles légitimités ? Quelles illégitimités ? Etude sur les usages des catégorisations sociales, racisantes et du soupçon dans le traitement des dossiers d'aide médicale d'Etat* (titre provisoire), thèse de sociologie en cours à l'université Paris Diderot, sous la direction d'Alain Morice.

Gauchet Marcel, *Le désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*, Paris, Gallimard, (1985) 2005, 457 p.

Geeraert, Jérémy, « Les enseignants du secondaire dans les banlieues populaires de Paris. La satisfaction au travail », mémoire de Master recherche « Sciences sociales » de l'université Paris V, sous la direction d'Olivier Schwartz, 2010.

Geeraert, Jérémy, « Le social à l'hôpital. L'accès aux soins des populations en situation de grande précarité économique et sociale », Mémoire de Master Recherche, Santé, Populations et Politiques sociales, EHESS, Paris 13, 2011.

Geeraert, Jérémy et Rivollier Elisabeth, « L'accès aux soins des personnes en situation de précarité », *Soins*, vol. 59, n° 790, Novembre 2014, p. 14-18.

Geeraert, Jérémy, « Healthcare Reforms and the Creation of an Ex-/Included Category of Patients — "Irregular Migrants" and the "Undesirable" in the French Healthcare System », accepté en octobre 2016 dans la revue *International migration.*

Gelly, Maud et Laure Pitti, « Une médecine de classe? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, n° 58, 29 Juin 2016, p. 7-18.

Georges, Claire, Harold Astre, Frédéric Pierru, Laurent Chambaud, Jean Debeaupuis et Benoît Vallet, *Soigner (l')humain: manifeste pour un juste soin au juste coût*, Rennes, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2015.

Georges-Tarragano, C., « Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS): tradition d'hospitalité et modèle d'organisation innovante », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 36, n° 1, Janvier 2015, p. 38-41.

Gerbier-Aublanc, Marjorie, « Du *care* à l'*agency*: l'engagement associatif des femmes d'Afrique Subsaharienne dans la lutte contre le VIH/sida en France, 2016 », université Paris 5, soutenue le 30 mai 2016.

Geremek, Bronisław, L*a potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*, Paris, France, Gallimard, (1987) 2010, 330 p.

Gilbert, Claude et Emmanuel Henry (eds.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique,* Paris, la Découverte, 2009, 290 p.

Gilligan, Carol, *In a different voice. Psychological theory and women's development*, Cambridge, 2016,184 p.

GISTI, *Liberté de circulation un droit, quelles politiques?*, Paris, Gisti, 2010, 162 p.

Glaser, Barney G. et Anselm L. Strauss, *La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin, 2009, 409 p.

Goffman, Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1, La présentation de soi*, Paris, France, Éd. de Minuit, 1973, 251 p.

Goffman, Erving, *Stigmate. les usages sociaux des handicaps*, traduit par Alain Kihm, Paris, France, Éd. de Minuit, 1975, 175 p.

Goffman, Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, France, Éd. de Minuit, (1961) 1984, 447 p.

Gori, Roland et Marie-José Del Vogo, « L'éthique : un retour de la clinique dans les pratiques de santé ? », *in* Brun Danièle dir., *5e Colloque de pédiatrie et psychoanalyse. La guérison aujourd'hui : réalité ou fantasmes*, Paris, Édition Études freudiennes, 2002, p. 127-150.

Gori, Roland et Marie-José Del Volgo, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, France, Flammarion, 2009 (2005), 336 p.

Goss, Mary E. W., « Patterns of Bureaucracy among Hospital Staff Physicians », in Elliot, Freidson *The Hospital in Modern Society*, New York, Free Press of Glencoe, 1963, p. 170-194.

Graber, Marjorie, *Compassion*, in Berlant, Lauren Gail (ed.), *Compassion. The culture and politics of an emotion*, New York, Routledge, coll. « Essays from the English Institut », 2004, p. 15-28.

Grenier, Bernard, « Décision médicale » in Lecourt, Dominique, François Delaporte, Patrice Pinell et Christiane Sinding, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 307-310.

Grignon, Claude et Jean-Claude Passeron,, *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Paris, France, Points, 2015, 358 p.

Guerrand Roger-Henri, Rupp Marie-Antoinette et Hahn Georges, *Brève histoire du service social en France: 1896-1976*, Toulouse, Privat, 1978, 183 p.

Guex, Sébastien, « La politique des caisses vides. État, finances publiques et mondialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 146-147, n° 1, 2003, p. 51-62.

Guillou, Anne Yvonne, « Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le «parcours thérapeutique» pour l'«expérience migratoire» », *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 1, 15 Novembre 2012, p. 63-71.

# H

Halbwachs, Maurice, *La mémoire collective*, Paris, Albin Michel, 1997.

Halioua, Bruno, *Blouses blanches, étoiles jaunes*, Paris, Liana Levi, 2000, 285 p.

Halioua, Bruno, « La xénophobie et l'antisémitisme dans le milieu médical sous l'Occupation vus au travers du Concours Médical », *M/S: médecine sciences*, vol. 19, n° 1, 2003, p. 107-115.

Hassenteufel, Patrick, *Les Médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1997, 384 p.

Hatzfeld, Henri, *Le grand tournant de la médecine libérale*, Économie et humanisme, Éditions ouvrières, 1963, 326 p.

Hatzfeld, Henri, *Du paupérisme à la Sécurité Sociale. Essai sur les origines de la Sécurité Sociale en France. 1850-1940*, Paris, Armand Colin, 1971, 349 p.

Henry Stéphane, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie: entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *Genre & Histoire*, n° 5, 28 Novembre 2009.

Herzlich, Claudine, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 41-59.

Hughes, Everett C., *Men and their work*, Glencoe, Ill., Free Press, 1958, 202 p.

Hughes, Everett C., *Le regard sociologique: essais choisis*, Paris, France, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 1996, 344 p.

Hughes, Everett C., *The sociological eye: selected papers*, 3rd printing., New Brunswick, NJ, Transaction Publ, coll. « Social science classics series », 2009, 584 p.

Illich, Ivan, *Medical nemesis. The expropriation of health*, Pantheon Books, 1982 (1975), 308 p.

Imbault-Huart, Marie-José, « Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital : convergences et contradictions », in *La société, l'hôpital et les pauvres*, Paris, Musée de l'AP-HP, 1996, p. 53-86.

Imbert, Jean, *Le Droit hospitalier de la Révolution et de l'Empire*, Paris, France, Recueil Sirey, 1954, 455 p.

Imbert, Jean, *Les Hôpitaux en France*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1966, 128 p.

Imbert, Jean et Michel Mollat, *Histoire des hôpitaux en France*, Privat, 1982, 568 p.

Isidro, Lola, « L'étranger et la protection sociale », doctorat de droit social, Paris 10, 2015.

Izambert, Caroline, « 30 ans de régressions dans l'accès aux soins », *Plein droit*, n° 3, 2010, p. 5-9.

Izambert, Caroline, « Les limites de l'universel. L'accès des sans-papiers à une couverture maladie en France depuis 1999 », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n° 6, 2 Juillet 2014, p. 199-215.

Izambert, Caroline, « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public: vers une nouvelle morale hospitalière? », *Agone*, n° 58, 29 Juin 2016, p. 89-104.

Izambert, Caroline, *Les politiques publiques et la santé des étrangers en France de 1975 à nos jours*. Thèse d'histoire en cours de préparation au Centre de Recherche Historique sous la direction de Nancy Green, à paraître.

## J

Jaisson Marie, *Les lieux de l'art. Études sur la structure sociale du milieu médical dans une ville universitaire de province*, Thèse de doctorat, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France, 1996.

Jaisson, Marie, « La mort aurait-elle mauvais genre? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, nº 3, 2002a, p. 44-52.

Jaisson, Marie, « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, nº 3, 2002b, p. 31-35.

Jamous, Haroun, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, France, Éditions du Centre national de la recherche scientifique, 1969, 257 p.

Jounin, Nicolas, *Chantier interdit au public: enquête parmi les travailleurs du bâtiment*, Paris, France, La Découverte, 2008, 274 p.

Jounin, Nicolas, « Aux origines des "travailleurs sans papiers". Les spécificités d'un groupe au service d'une identification généraliste », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 30, nº 1, 3 Octobre 2014, p. 131-152.

## K

Kaoutar, B., B. Gatin, H. de Champs-Leger, V. Vasseur, C. Aparicio, C. de Gennes, J. Lebas, P. Chauvin et C. Georges, « Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) parisiennes », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 35, nº 11, Novembre 2014, p. 709-714.

Karl-Trummer, Ursula, Sonja Novak-Zezula et Birgit Metzler, « Managing a Paradox: Health Care for Undocumented Migrants in the EU », *Finnish Journal of Ethnicity and Migration*, vol. 4, n° 2, p. 53-60.

Keck, Frédéric, « Les usages du biopolitique », *L'Homme*, nº 187-188, p. 295-314.

Kempfer, Jimmy, « L'abbaye des anges déchus de la planète Saint-Michel », *SWAPS, Santé, réduction des risques et usages de drogues*, nº 60, Mars 2010, p. 6-8.

Kerleau, Monique, « De la couverture maladie universelle aux politiques d'accès à l'assurance-maladie complémentaire: diversité des modèles et des protections », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 9, nº 1, 2012, p. 171-189.

Kobelinsky, Carolina, Chowra Makaremi, Collectif et Didier Fassin, *Enfermés dehors: Enquêtes sur le confinement des étrangers*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, 2009, 335 p.

Knibiehler, Yvonne, *Histoire des infirmières: en France au XXe siècle*, Paris, Hachette Littératures, 2008, 441 p.

Knibiehler, Yvonne, Véronique Leroux-Hugon, Odile Dupont et Yolande Tastayre, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française: 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984, 366 p.

Kuhlmann, Ellen, Viola Burau, Tiago Correia, Roman Lewandowski, Christos Lionis, Mirko Noordegraaf et Jose Repullo, « "A manager in the minds of doctors" a comparison of new modes of control in European hospitals », *BMC Health Services Research*, vol. 13, nº 1, 2 Juillet 2013, p. 246-257.

# L

Larcher, Pierre, L'intervention française sur les inégalités sociales de santé : une histoire et des enjeux », in Potvin, Louise, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones, « Réduire les inégalités sociales en santé », Inpes, 2010, p. 89-96.

Lascoumes, Pierre, « Représenter les usagers », in Baszanger, Isabelle, *Quelle médecine voulons-nous?*, La dispute., Paris, coll. « États des lieux », 2002, p. 107-125.

Lascoumes, Pierre, « L'usager dans le système de santé: réformateur social ou fiction utile? », *Politiques et management public*, vol. 25, nº 2, 2007, p. 129-144.

Lagroye, Jacques, *Sociologie politique*, Paris, France, Presses de Sciences po: Dalloz, 2002, 599 p.

Lebas, Jacques, *À la vie, à la mort. Médecin par temps d'épidémies*, Éditions du Seuil, Paris, 1993.

Lefèvre, Jérémie H., Laurent Karila, Solen Kernéis, Jean-Noël Fiessinger et Morgan Rouprêt, « Désintérêt des futurs médecins pour la médecine générale. Résultats d'une enquête nationale sur les choix de spécialisation auprès de 1870 externes français », *La Presse Médicale*, vol. 39, nº 3, Mars 2010, p. 58-65.

Lelong H., M. Casadevall, F. Haus, C.-A. Levezouet, C. Regnier, B. Durel, D. Torchin, G. Chicheportiche, H. Boronski, H. De Champs-Leger et J. Blacher, « Évaluation des pratiques préventives d'une consultation de médecine générale hospitalière », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 59, nº 2, Avril 2011, p. 107-113.

Linsig Doris, « Du social et du médical en soins palliatifs », Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme Supérieur en Travail Social, Université Pierre Mendes France, Grenoble, 2005, 175 p.

Lipsky, Michael, *Street-Level Bureaucracy*, 30th Ann. Ed.: Dilemmas of the Individual in Public Service, Russell Sage Foundation, 2010 (1980), 300 p.

Lochak, Danièle, « Les politiques de l'immigration au prisme de la législation sur les étrangers », in Fassin, Didier, Alain Morice et Catherine Quiminal (eds.), *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, Paris, Éd. la Découverte, 1997, 279 p. p. 29-46.

Luhmann, Niklas, *Systèmes sociaux : esquisse d'une théorie générale*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2010, 569 p.

# M

Maric Michel, Gregoire Emmanuel et Leporcher Lucie, « La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins », Document de travail, série Études et recherche, nº 81, 2008.

Marchant, Alexandre, « La difficile greffe de l'Outreach en France », *SWAPS, Santé, réduction des risques et usages de drogues*, nº 71, Février 2013, p. 9-12.

Martin, Pascal, « 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. 189, nº 4, 2011, p. 34-41.

Martin, Pascal, *Les métamorphoses de l'État social: la réforme managériale de l'assurance maladie et le nouveau gouvernement des pauvres*, Th. sociologie, Paris, EHESS, 2012.

Martin, Pascal, *Les métamorphoses de l'assurance maladie: conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres*, Rennes, PUR, 2016, 243 p.

Math, Antoine, « Les allocations familiales et l'Algérie coloniale A l'origine du FAS et de son financement par les régimes de prestations familiales », *Recherches et prévisions*, vol. 53, n° 1, 1998, p. 35-44.

Mbaye, Elhadji Mamadou, « Sida et immigration thérapeutique en France: mythes et réalités », *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 1, 2009, p. 43-62.

McClellend, Charles E. « Escape from freedom? Reflections on German professionalization 1870–1933 ». *In*: Burrage, M. and R. Torstendahl(eds), *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy*. London, Sage, 1990, p. 97–113.

Mechali, Denis, Sylvie Dehaudt et Marie-Laure Pintir, « Une permanence d'accès aux soins de santé, un lien de confiance avec le patient. », *Revue De L'infirmière*, vol. 214, Octobre 2015, p. 23-24.

Médecins sans frontières, « Le droit à la santé », *Le Monde*, 10 avril 1991.

Memmi, Dominique, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, Éditions La Découverte, coll. « Textes à l'appui », 2003, 308 p.

Ménoret-Calles, Brigitte, *L'accès aux soins des populations démunies. Situation et perspectives en 1996*, Paris, France, 1997, 175 p.

Merchiers, Jacques, « Y a-t-il des dispositions morales? », *L'Année sociologique*, vol. 54, n° 2, 1 Août 2007, p. 455-481.

Merton, Robert K., George G. Reader et Patricia L. Kendall (eds.), *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge, Harvard University Press, 1957, 360 p.

Mintzberg, Henry, *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation., 1996, 434 p.

Moisdon, J.-C., « L'hôpital entre permanences et mutations », *in* Baszanger, Isabelle, Martine Bungener et Anne Paillet (eds.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, France, la Dispute, 2002, p.35-54 (p. 38).

Molinier, Pascale, Sandra Laugier et Patricia Paperman (eds.), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, France, Payot, 2009, 302 p.

Mollat, Michel, *Les pauvres au Moyen Âge*, Bruxelles, Belgique, Éd. Complexe, 2006, 389 p.

Morel, Alain, Pierre Chappard et Jean-Pierre Couteron, *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie: en 22 fiches*, Dunod, 2012, 358 p.

Morse, Dean, *The peripheral worker*, New York, Columbia University Press, 1969, 202 p.

Moulin, Pierre, « Les soins palliatifs en France : un mouvement paradoxal de médicalisation du mourir contemporain », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, vol. 108, 2000, p. 125-159.

Murard, Numa, *La protection sociale*, Paris, Ed. La Découverte, coll. « Collection Repères », n° 72, 1993, 125 p.

Musso, Sandrine, « Sida et minorités postcoloniales. Histoire sociale, usages et enjeux de la cible des "migrants" dans les politiques du sida en France, » Paris, EHESS, 2008, 446 p.

Musso, Sandrine, Juliette Sakoyan et Stéphanie Mulot, « Migrations et circulations thérapeutiques: Odyssées et espaces », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 5, 2012.

# N

Noiriel, *Gérard, Le creuset français : histoire de l'immigration, XIXe-XXe siècle*, Paris, Editions Points, (1988) 2006, 447 p.

Noiriel, Gérard, *Immigration, antisémitisme et racisme en France, XIXe-XXe siècle: discours publics, humiliations privées*, Paris, France, Fayard, 2007, 717 p.

Noordegraaf, Mirko, « From « Pure » to « Hybrid » Professionalism Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains », Administration & Society, vol. 39, n° 6, 1 Octobre 2007, p. 761-785.

# O

Ogien, Albert, « Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 1 Décembre 2001, p. 51-57.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre, *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant, 2008, 365 p.

Orgerie, M. -B., N. Duchange, N. Pélicier, S. Chapet, É. Dorval, P. Rosset, É. Lemarié, C. Hervé et G. Moutel, « La réunion de concertation pluridisciplinaire: quelle place dans la décision médicale en cancérologie? », *Bulletin du Cancer*, vol. 97, n° 2, Février 2010, p. 255-264.

# P

Paillardet, Pascal et Olivier Nouaillas, « Le Dr Jacques Lebas, ou l'humanitaire ici et maintenant », *La vie*, n° 2515, novembre 1993.

Palier, Bruno, *Gouverner la sécurité sociale: les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige. Essais débats », 2005a, 502 p.

Palier, Bruno et Yves Surel, « Les "trois I" et l'analyse de l'État en action », *Revue française de science politique*, vol. 55, n° 1, 2005b, p. 7-32.

Panese, Francesco et Vincent Barras, « Médicalisation de la "vie" et reconfigurations médicales », *Revue des Sciences Sociales*, n° 39, 2008, p. 20-29.

Parizot, Isabelle, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social », 2003, 296 p.

Parsons, Talcott, *The social System*, New York, Free Press, 1951, 575 p.

Parsons, Talcott, *Éléments pour une sociologie de l'action*, Plon., Paris, 1955, 353 p.

Parsons, Talcott, « The Mental Hospital as a Type of Organization », in Greenblatt, M., D. Levinson et R. H. Williams (eds), *The Patient and the Mental Hospi-tal*, New York, The Free Press, 1957.

Paugam, Serge, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, (1991) 2009, 256 p.

Peneff, Jean, *L'hôpital en urgence. Étude par observation participante*, Editions Métailié, 1992, 268 p.

Perrow, Charles, « The Analysis of Goals in Complex Organizations », *American Sociological Review*, vol. 26, n° 6, 1961, p. 854-866.

Peslin, N., V. Pasquier, C. Plaçais, A. Coutant, C. Agard, J. Barrier et P. Lombrail, « Évaluation d'une nouvelle offre de soins: la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes », *Santé publique*, vol. 13, n° 4, 2001, p. 349-357.

Pétonnet, Colette, « La pauvreté dans les pays riches », *Points d'Histoire*, 1987, p. 120-126.

Petryna, Adriana, *Life Exposed. Biological Citizens after Chernobyl*, Princeton, Princeton University Press, coll. « In-formation », 2002, 264 p.

Pierru, Frédéric, « L'"hôpital-entreprise" Une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, vol. 12, n° 46, 1999, p. 7-47.

Pierru, Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, coll. « Collection Savoir-agir de l'Association raisons d'agir », 2007, 319 p.

Pierru, Frédéric, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », *in* Hibou Béatrice *La bureaucratisation néolibérale*, La Découverte « Recherches », Paris, 2013, p. 203-230.

Pierru, Frédéric, « Impératifs gestionnaires et phronesis médicale: esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien », *Quaderni*, n° 82, 5 Octobre 2013, p. 67-82.

Pinçon, Michel et Monique Pinçon-Charlot, *Sociologie de la bourgeoisie*, Paris, La Découverte, 2005.

Pinell, Patrice (ed.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2002, 415 p.

Pinell, Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 156-157, n° 1, 2005, p. 4-36.

Piras, Mauro , « Les fondements sociaux de l'agir normatif chez Durkheim et Weber. Le rôle du sacré », *Archives de sciences sociales des religions*, vol. 127, 2004, coll. « Max Weber, la religion et la construction du social », p. 139-166.

Pollak, Michael, *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, France, A.M. Métailié, 1988, 212 p.

Pollak, Michel, « Histoire d'une cause », *Autrement*, n° 130, mai 1992.

Prud'homme, Dorothée, *La racialisation en urgence: représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms (2009-2012)*, Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, 2015.

Puwar, Nirmal, *Space invaders: race, gender and bodies out of place*, New York, Berg, 2004, 187 p.

# R

Rambaud, Elsa, « L'organisation sociale de la critique à Médecins sans frontières », *Revue française de science politique*, Vol. 59, n° 4, 7 Septembre 2009, p. 723-756.

Rambaud, Elsa, *Médecins sans frontières: sociologie d'une institution critique*, Paris, Dalloz, 2015, 866 p.

Rater-Garcette Christine et Chauvière Michel, *La professionnalisation du travail social: action sociale, syndicalisme, formation, 1880-1920*, Paris, France, Canada, 1996, 209 p.

Renard, Didier, « Assistance et assurance dans la constitution du système de protection sociale française », *Genèses*, vol. 18, n° 1, 1995, p. 30-46.

Renard, Didier, « Assistance publique et bienfaisance privée, 1885-1914 », *Politiques et management public*, vol. 5, n° 2, 1987, p. 107-128.

Richard, Clémence et Nicolas Fischer, « A legal disgrace? The retention of deported migrants in contemporary France », *Social Science Information*, vol. 47, n° 4, 1 Décembre 2008, p. 581-603.

Ritz, Mahaut, *Sur les difficultés et le potentiel critique d'un concept de précarité en philosophie sociale*, thèse en cours de préparation à l'université de Grenoble Alpes et Humboldt Universität de Berlin sous la direction d'Éric Dufour et de Rahel Jaeggi.

Rivollier, Élisabeth, Élisabeth Piégay et Adeline Scanvion, « Exclusion, quelles prises en compte par l'hôpital? Quelles liaisons avec le territoire? », *Revue hospitalière de France*, n° 550, Janvier 2013, p. 41-46.

Rode, Antoine, « Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes », Thèse de doctorat, Université de Grenoble, France, 2010, 506 p.

Rose, Nikolas et Carlos Novas, « Biological Citizenship », *in* Ong, Aihwa et Stephen J. Collier (dir.), *Global Assemblages. Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Malden, Blackwell Publishing, 2005, p. 440.

Rose, Nikolas S., *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton, Princeton University Press, coll. « Information series », 2007, 350 p.

Rose, Nikolas, « Beyond medicalisation », *The Lancet*, vol. 369, n° 9562, 2007b, p. 700-702.

Rosen, G., « The Hospital: Historical Sociology », in Elliot, Freidson *The Hospital in Modern Society*, New York, Free Press of Glencoe, 1963.

Rosenberg, Clifford D., « The colonial politics of health care provision in interwar Paris », *French Historical Studies*, vol. 27, n° 3, 2004, p. 637-668.

Rousseau, Jean-Jacques, *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, Amsterdam, J. J. Rey, 1763.

# S

Sassen, Saskia, *La ville globale. New York, Londres, Tokyo*, traduit par Denis-Armand Canal, Paris, France, Descartes & Cie, 1996, 530 p.

Sassen, Saskia, « The repositioning of citizenship. Emergent subjects and spaces for politics », *Berkeley journal of sociology*, 2002, p. 4-26.

Sassen, Saskia, « Introduire le concept de ville globale », *Raisons politiques*, n° 3, 2004, p. 9-23.

Schuster, Liza, *The use and abuse of political asylum in Britain and Germany*, Londres, 2003, 310 p.

Schweyer, François-Xavier, « Les directeurs d'hôpital: des entrepreneurs locaux du service public hospitalier? », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 1 Décembre 2001, p. 115.

Schweyer, François-Xavier, « Les carrières des directeurs d'hôpital », *Revue française d'administration publique*, vol. 116, n° 4, 2005, p. 623-638.

Schweyer, François-Xavier, « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales*, n° XLIV-135, 1 Août 2006, p. 45-60.

Sciortino, Giorgio, « Between phantoms and necessary evils: Some critical ponts in the study of irregular migrations to Western Europe », Netherlands, Europe, *IMIS*, 2004 p. 17-44.

Scott, W. Richard, Martin Ruef, Carol A. Caronna et Peter J. Mendel, *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, 1 edition., Chicago, University Of Chicago Press, 2000, 452 p.

Siblot, Yasmine, « "Adapter" les services publics aux habitants des "quartiers difficiles". Diagnostics misérabilistes et réformes libérales », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 159, n° 4, 2005, p. 70-87.

Siblot, Yasmine, *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*, Paris, France, Science Po, les Presses, 2006, 347 p.

Sicard, Didier et Claude Le Pen, *Santé : l'heure des choix*, Paris, France, Desclée de Brouwer, 2004, 289 p.

Simmel, Georg, *Les pauvres*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2005 (1907), 102 p.

Smith, Harvey L., « Two lines of authority : the hospital's dilemma », in Eliot Freidson (ed.*), The hospital in modern society*, New York, Free Press, 1963, p. 59-64.

Spire, Alexis, « L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 169, n° 4, 2007, p. 4-21.

Spire, Alexis, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, 2008, 124 p.

Strauss, Anselm et R. Bucher, « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, vol. 66, n° 4, 1961, p. 325-334.

Strauss, Anselm, L. Schatzman, R. Bucher, D. Ehrlich et M. Sabshin, « The hospital and its negotiated order », in Eliot Freidson (ed.), *The hospital in modern society*, New York, Free Press, 1963.

Strauss, Anselm, « A social world perspective », *Studies in Symbolic Interaction*, vol. 1, 1978, p. 119-128.

Strauss, Anselm, L. Schatzman, R. Bucher, D. Ehrlich et M. Sabshin, « L'hôpital et son ordre négocié », in Strauss, Anselm, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 87-112.

Strauss, Anselm L., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992a, p. 311.

Strauss, Anselm L., *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Editions Métailié, 1992b, 192 p.

Steudler, François, « Hôpital, profession médicale et politique hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, 1973, p. 13-40, p. 34.

# T

Tabuteau, Didier, « 1983-2013: les évolutions de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 31, n° 1, 2013, p. 53-67.

Thiaudière, Claude, *Sociologie du sida*, Paris, France, Ed. la Découverte, 2002, 120 p.

Thiaudière, Claude, « La protection maternelle et infantile: politique de santé publique et spécialisation médicale », Regards sociologiques, n° 29, 2005, p. 23-34.

Ticktin, Miriam, « Where ethics and politics meet. The violence of humanitarianism in France », *American ethnologist*, 2006, p. 33-49.

Ticktin, Miriam, *Casualties of care: immigration and the politics of humanitarianism in France*, Berkeley, University of California Press, 2011, 295 p.

Ticktin, Miriam, « Innocence: understanding a political concept », conférence à l'*Annual Elizabeth Colson Lecture* à l'université d'Oxford le 11 juin 2015 https://soundcloud.com/refugeestudiescentre/innocence-understanding-a-political-concept-annual-elizabeth-colson-lecture-2015, consulté le 13 août 2016.

Ticktin, Miriam, « Humane violence: a critique of innocence », interview réalisée par le magazine *Archipelago* le 5 août 2015 (http://the-archipelago.net/2014/08/13/miriam-ticktin-humane-violence-a-critique-of-innocence/, consulté le 13 août 2016).

Thévenet, Amédée, Louis Dessaint et Bernard Kouchner, *L'aide sociale aujourd'hui*, Issy-les-Moulineaux, France, ESF, 2002, 436 p.

Thomas, Robyn et Annette Davies, « Theorizing the Micro-politics of Resistance. New Public Management and Managerial Identities in the UK Public Services », *Organization Studies*, vol. 26, n° 5, 1 Mai 2005, p. 683-706.

Tronto, Joan C., *Un monde vulnérable: pour une politique du « care »*, Paris, Éd. La Découverte, 2009, 238 p.

# V

Vassy, Carine et Frédéric Renard, « Quels malades pour l'hôpital public? Deux stratégies de segmentation », *Annales des mines*, coll. « Gérer et comprendre », 1992, p. 29-39.

Vassy, Carine, « Categorisation and micro-rationing: access to care in a French emergency department », *Sociology of Health & Illness*, vol. 23, n° 5, 2001, p. 615-632.

Vassy, Carine, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, vol. 32, n° 2, 2004, p. 67-74.

Veisse, Arnaud et Didier Maille, « Le statut paradoxal des malades étrangers », *Plein droit*, n° 47-48, Janvier 2012, p. 26-28.

Vezinat, Nadège, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009) », *Sociologie*, vol. 1, n° 3, 2010, p. 413-420.

Vickstrom, Erik, « Pathways into Irregular Status Among Senegalese Migrants in Europe », *International Migration Review*, vol. 48, n° 4, Winter 2014, p. 1062-1099.

Viguier, Frédéric, « Pauvreté et exclusion: des nouvelles catégories de l'État social », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 4, n° 2, 2008, p. 152-161.

Viguier, Frédéric, « La cause des pauvres: mobilisations humanitaires et transformations de l'État social en France (1945-2010) », thèse de doctorat de socio-logie, Paris, EHESS, 2010.

Viguier, Frédéric, « Les paradoxes de l'institutionnalisation de la lutte contre la pauvreté en France », *L'Année sociologique*, vol. 63, n° 1, 2013, p. 51-75.

Villermé, Louis-René, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers: employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Lyon, France, (1840) 2007, 191 p.

# W

Weber, Max, *Économie et société*, Paris, France, Pocket, 2003, p. 424.

Weller, Jean-Marc, *L'État au guichet: sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999, 255 p.

Worms Frédéric, Jean-Christophe Mino, Céline Lefève et Lazare Benaroyo, *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, 281 p.

# Z

Zarca, Bernard, « Idéologies et ethos de classe », *L'Homme et la société*, vol. 41, nº 1, 1976, p. 111-136.

Zola, Irving K., *Socio-Medical Inquiries*, Philadelphia: Temple Univ. Press, 1983, p. 349

# RAPPORTS

Aides, « Droit au séjour pour soins. Rapport de l'observatoire étrangers malades », 2013.

Bauer, Denise et Nathalie Goyaux, « Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Groupe de travail Santé et accès aux soins. Pour un accès égal et facilité à la santé et aux soins », 2012.

Conférence Régionale de Santé d'Île-de-France, « Rapport de la formation spécialisée "usagers" 2007-2008, 2009 ».

Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, « Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale », 2016.

CREDES, « Recours aux soins et morbidité des défavorisés: l'expérience de 5 centres associatifs de soins gratuits, Paris », 1990.

CREDES, Pascale Dupas, Andrée Jacob et Andrée Lecomte, « Evolution du recrutement des centres de soins gratuits de trois associations (CASA-REMEDE-MSF) », Paris, CREDES, 1991.

DGOS, « Rapport d'activité 2013 », 2013.

DHOS, « Enquête nationale 2008 sur la mise en œuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé PASS, 2008a ».

Direction de la Sécurité sociale, « Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2014 », 2015.

DRASS, « Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en Ile-de-France en 2009 », 2009.

DREES, « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003 », 2003.

DREES, « Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2003 », 2005.

DREES, « 60 années de dépenses de santé. Une rétropolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », *Études et résultats*, n° 831, février 2013.

DREES, « Le panorama des établissements de santé », 2014.

Fabre, Catherine, Vincent Baudot, Sibylle Toulemonde et Santé Gres Médiation, « Évaluation des permanences d'accès aux soins de Santé », 2003.

Fassin, Didier, Marie-France Couilliot et Carine Vassy, « La question sociale à l'hôpital », Bobigny, CRESP, 2001.

Fédération hospitalière de France et Médecins du Monde, « La prise en charge des personnes vulnérables. Agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé », 2014.

Goasguen, Claude et Christophe Sirugue, Rapport d'information n° 3196 à l'Assemblée Nationale sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information n° 3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale d'État, novembre 2015.

IGAS, Rapport n° 84077 « L'admission des étrangers à l'aide médicale hospitalière ».

Jégou, Jean-Jacques, « Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation », Sénat, 2011.

Lambert, Roseline, Julie St-Pierre et Lucie Lemieux, « Avenues politiques: intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé », *Institut national de santé publique*, Québec, 2014.

Lebas, Jacques, « Rapport mission pass: permanences d'accès aux soins. » Mai 2000, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000.

Médecins du Monde, « Sida, toxicomanie, les exclus des exclus », 1990.

Médecins du monde, « Un voyage chez les exclus. Rapport de la Mission France », 1991.

Médecins du monde. « "Je ne m'occupe pas de ces patients", Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale d'Etat dans 10 villes de France », octobre 2006.

Médecins du Monde, « Dossier de presse. Journée mondiale de lutte contre le sida », 2008.

Médecins du Monde, « État des lieux des Permanence d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent », 2010.

Médecins du Monde, « État des lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé en Île-de-France », 2011.

Médecins du Monde, « Publications 2010-2011-2012. Missions France », Médecins du Monde, 2012.

Médecins du Monde, « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France. Rapport 2013, 2014 ». letzte jahreszahl hinter >>?

Médecins du monde, « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport 2015 », octobre 2016.

Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, « Accueil et soins des personnes démunies dans les établissements de santé. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) », *Actes du colloque* du 23 octobre 2002, Paris., 2002, 95 p.

Ministère de la santé et des sports, « Rapport 2010 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé », 2010.

Observatoire régional de santé d'Île-de-France, « Situation sanitaire et sociale des «Rroms migrants» en Île-de-France », 2012. RROMS?

Oheix, Gabriel, « 60 propositions pour lutter contre la pauvreté et la précarité », Paris, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, 1981.

ONPES (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale), Santé et pauvreté, 2001.

ONPES (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale) et Cambois Emmanuelle, Les personnes en situations sociale difficile et leur santé, coll. « Les travaux de l'Observatoire », 2003.

ONPES (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale), « L'accès aux droits à une couverture maladie. Mémo récapitulatif à l'usage des professionnels de santé », 2012.

ORS-IDF (Observatoire régional de santé d'Ile-de-France), « La santé observée en Seine-Saint-Denis », 2011.

Potvin, Louise, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones, « Réduire les inégalités sociales en santé », Inpes, 2010.

Revol, Joseph et Hélène Strohl, « Groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité », Rapport général IGAS, 1987, 45 p.

Rieucau Jacques, « Rapport de l'activité des PASS de Haute-Normandie », Coordination des PASS de Haute-Normandie, 2012.

Roy Daouya et Boudoul Sandra, « Rapport de synthèse de l'enquête régionale des PASS », ARS Centre.

Wresinski, Joseph, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Conseil Économique et Social, 1987.

Yimaz, Engin et Denis Raynaud, « Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital? », 2010. *in* DREES, « Le panorama des établissements de santé », 2010.

# TEXTES LÉGAUX

Code de l'action sociale et des familles - Article L111-1 et article L111-2.

Code de la santé publique - Article L6146-1

Circulaire ministérielle n °2135 du 17 octobre 1978 relative à l'Assurance personnelle transitoire - Conditions de résidence des adhérents.

Circulaire DH/AF 1/DAS/RV 3 n° 33-93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Circulaire DH/AF1 n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Circulaire CRIM 2006 05 E1/21-02-2006 du 21 février 2006 relative aux conditions de l'interpellation d'un étranger en situation irrégulière, garde à vue de l'étranger en situation irrégulière, réponses pénales.

Circulaire N°DSS/DACI/2007/418 du 23 novembre 2007 relative au bénéfice de la couverture maladie universelle de base (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) des ressortissants de l'Union Européenne, de l'Espace économique européen et de la Suisse résidant ou souhaitant résider en France en tant qu'inactifs, étudiants ou demandeurs d'emploi.

Circulaire N°DGOS/ PF4/2011/420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale : PHRC national, PHRC interrégional, STIC, PREPS, PHRIP, PHRC cancer, STIC cancer, PRT cancer.

Circulaire N°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013b relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/04/cir_36777.pdf

Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013a relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

Décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics.

Décret n°93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

DHOS, Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS. Recommandations et indicateurs, 2008.

Contractualisation sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation : guide méthodologique, DHOS, 2008.

Haute autorité de santé, « Réunion de concertation pluridisciplinaire », mai 2014, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf, consulté le 17 octobre 2016. Loi du 15 juillet 1893 relative à l'aide médicale gratuite.

Loi du 21 décembre 1941 relative à la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils.

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Loi n° 81-82 du 2 février 1981 renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes.

Loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle.

Loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile.

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration.

Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

# SITES INTERNET

Appel d'offre PASS : http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/DOSAAT/AAP_PASS/AAP_PASS_2013-Cahier_des_charges.pdf

Collectif PASS : http://collectifpass.org/qui-sommes-nous/

Enquête CPAM / PASS E : <

Entretien avec F. Pierru au journal *L'Humanité,* le 5 juin 2015, http://www.humanite.fr/lhopital-est-los-lui-demande-encore-3-milliards-deuros-576113, consulté le 15 novembre 2016.

Définition Consommation de soins et de biens médicaux Insee, Insee, https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1485, consulté le 11 février 2017.

Description du FSUV sur le site de l'Assurance maladie www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/votre-caisse-somme/vous-informer/soins-urgents-en-etablissements-de-sante_somme.php, consulté le 13 décembre 2016.

Enquête CPAM menée à la PASS E : https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjB1ZGT8ejLAhWG7A4KHf3hB9AQFggnMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.appassra.org%2Ftheses-memoires%2F&usg=AFQjCNEf9H3UlaODc-qVpGs6z0KHX-FSVQ&sig2=-UIa0zGW0ErtaVwy45LXlQ.

Lettre ouverte de l'ODSE à Marisol Touraine : http://www.odse.eu.org/Lettre-ouverte-a-Mme-Marisol (consulté le 14 décembre 2016).

Site d'ATD-Quart Monde : www.atd-quartmonde.org/-Qui-sommes-nous-.html

Site du Comede : http://www.comede.org/A-propos-du-Comede

Site revue hospitalière : http://www.revue-hospitaliere.fr/Actualites/Revue-hospitaliere-de-France-Prix-2012

Site internet de l'Association des Directeurs d'Hôpital : http://www.adh-asso.org/spip.php?article657

Site de l'ordre des médecins, serment d'Hippocrate : https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311

Power Point des résultats de l'enquête DGOS sur les PASS de 2008 : https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjf5NG69dTLAhVG-A4KHSCbCm4QFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.appassra.org%2Fapp%2Fdownload%2F4474608462%2Frapport%2BEnqu%25C3%25AAte%2Bnationale%2BPASS%2BV2.pps%3Ft%3D1285104521&usg=AFQjCNG8pAkmj2_V3cHCYnXs4VoZwrfqtw&sig2=v9pdVXS8ke8t35XMJ2kJ6w

Vidéos du colloque national des PASS 2015 : http://collectifpass.org/lhumain-peut-il-rendre-le-soin-plus-performant/ ; http://collectifpass.org/lhumain-soignant-facteur-de-performance-introduction/

# TABLE DES ILLUSTRATIONS ET DES ENCADRÉS


| | | |
|---|---|---|
| Tableau n° 1 : | Entretiens | 39 |
| Tableau n° 2 : | Lieux d'enquête | 40 |
| Tableau n° 3 : | Répartition des PASS par région (2008) | 164 |
| Tableau n° 4 : | Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en Île-de-France | 164 |
| Tableau n° 5 : | Répartition budgets PASS selon le nombre de patients | 170 |
| Tableau n° 6 : | Résumé des questions de la « grille d'aide à la décision clinique en situation de complexité » | 449 |

| | | |
|---|---|---|
| Graphique n° 1 : | Consommation des soins et des biens médicaux exprimée en pourcentage du PIB | 83 |
| Graphique n° 2 : | Schématisation du rapport entre les trois principales couvertures maladie et les PASS | 121 |
| Graphique n° 3 : | Répartition 2009 de la dotation des "autres MIG" | 169 |

| | | |
|---|---|---|
| Carte n° 1 : | Répartition des PASS par région selon le nombre de bénéficiaires de la CMU-CMUc (2008) | 162 |
| Carte n° 2 : | Schéma de la policlinique et de la PASS René Barthe | 183 |

| | | |
|---|---|---|
| Encadré n° 1 : | Professeur Antoine Violette - Figure de l'espace de la médecine de la précarité et des circulations qui y ont lieu | 143 |
| Encadré n° 2 : | Champ hospitalier et espace du soin de la précarité | 157 |
| Encadré n° 3 : | Des modes de financement complexes, l'exemple du référentiel des PASS de la région Pays de la Loire | 171 |
| Encadré n° 4 : | Exemple de la présence de patients étrangers dans les PASS | 178 |
| Encadré n° 5 : | La PASS fantôme de l'hôpital M | 196 |
| Encadré n° 6 : | La PASS fantôme de l'hôpital N | 197 |
| Encadré n° 7 : | Extraits du compte rendu de la réunion du comité de pilotage de la PASS René Barthe | 293 |

| | | |
|---|---|---|
| Photographie n° 1 : | Photo de la salle d'attente de la PASS René Barthe | 212 |
| Photographie n° 2 : | Prix ADH des Valeurs Hospitalières 2016 Prix Coup de Cœur | 319 |

# ANNEXES

# TABLE DES ANNEXES

**Annexe 1 — Éléments Statistiques Sur Les Patients Des Pass** **525**
1 - 1 Les patients des PASS en France et en province 525
1 - 1 - 2 Les patients des PASS des hôpitaux de grandes villes de région 526
1 - 1 - 3 Des PASS des grandes villes de provinces qui concentrent la précarité 527
1 - 2 La région Île-de-France 528
1 - 2 - 1 Les deux enquêtes parisiennes 528
1 - 2 - 2 Des PASS qui concentrent la précarité et l'activité 530
1 - 3 Les PASS de province des zones à faible densité de population 532

**Annexe 2 - Parcours Biographiques Des Enquêtés** **534**
2 - 1 Paul Follereau 534
2 - 2 Anne Jourdan 534
2 - 3 Jean-Paul Vandenbulck 535
2 - 4 Dr Émilie Petit 536
2 - 5 Corinne Deschamps 537
2 - 6 Éloïse Fradet 537
2 - 7 Christiane Allée 538
2 - 8 Sarah Banamou 540
2 - 9 Margaux le Floch 540
2 - 10 Christine Lamarche 541
2 - 11 Gilbert Herault et Caroline Touraine. Les PASS à l'ARS. 542
2 - 12 Amandine Cornet, coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP 543
2 - 13 Noémie Mortier 544
2 - 14 Deux consultations à la pass de l'hôpital J — Extraits du carnet de terrain 545
2 - 14 - 1 Une demi-journée aux « Consultations de médecine PASS » de l'hôpital J avec Margaux Le Floch, dernier semestre de stage d'internat en médecine générale — stage fléché PASS — novembre 2011 — extraits de carnet de terrain 545
2 - 14 - 2 Une demi-journée aux « Consultations de médecine PASS » de l'hôpital J avec le Dr Galland, médecin généraliste à la retraite — mars 2012 — extraits de carnet de terrain 546

**Annexe 3 — Comptes Rendus Des Réunions De Concertation Pluridisciplinaire - Médico Sociale Et Éthique** **548**
3 - 1 RCP médico-sociale et éthique 3/7/12, PASS de l'hôpital C 548
3 - 2 RCP médico-sociale et éthique du 14 juin 2012 552
3 - 3 RCP MSE du 17 janvier 2012 555

**Annexe 4 — Grille De Décision Utilisées Lors Des Réunions De Concertation Pluridisciplinaire Médico-Sociale Et Éthique (Rcp-Mse)** **557**

**Annexe 5 — Exemples De Bons Pass** **560**
5 - 1 Bons PASS transversale 560
5 - 2 Exemple bon PASS dédiée 561

**Annexe 6 — Tableaux** **562**

# ANNEXE 1 — ÉLÉMENTS STATISTIQUES SUR LES PATIENTS DES PASS

## 1 - 1 Les patients des PASS en France et en province

L'évaluation des PASS menée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins[1] est la seule enquête qui ait été faite au niveau national, elle comporte deux volets. Le premier volet est une enquête transversale [1[2]] qui a été réalisée auprès des 1 102 patients qui se sont présentés un jour donné dans l'une des 229 PASS participantes. L'autre volet est une enquête longitudinale [2] menée pendant six mois auprès des PASS des hôpitaux de neuf moyennes et grandes villes de province du sud de la France, elle porte sur 2 224 patients qui ont totalisé 3 760 consultations.

### 1 - 1 - 1 Les patients des PASS en France

Le volet transversal de l'enquête [1] montre que la population des PASS est composée majoritairement d'adultes, dont la moyenne d'âge est de 41 ans (44 % d'entre eux ont entre 20 et 39 ans). Les informations sur le profil social sont autant d'indicateurs de la précarité de ces patients. Ainsi, les patients des PASS vivent seuls dans 60,5 % des cas (dans le sens où il n'est pas marié ou en vie conjugale). Un patient sur deux est de nationalité étrangère (50,5 %), dont 4 % de l'Union Européenne. Un patient sur dix (10 %) ne comprend pas la langue française et quatre sur dix ne peuvent pas la lire ou l'écrire. Les chiffres concernant la situation de logement sont particulièrement révélateur de cette précarité puisque six patients sur dix (61,5 %) n'ont pas de logement personnel (ils ne sont ni locataires, ni propriétaires). Ils sont souvent hébergés par de la famille ou des amis (35,5 %), vivent dans une structure d'hébergement (11,5 %) ou sont complètement sans-abri (5 % des patients). Les informations sur leurs revenus confirment ce tableau : quatre patients sur dix sont sans ressources (39,5 %), un sur dix perçoit le RMI (10 %) et seulement 7 % d'entre-eux sont salariés. Au niveau de la couverture maladie, quatre patients sur dix (39 %) n'ont aucune couverture maladie (17,5 % ont la CMU ou CMUc, 14 % sont affiliés au régime général et ont une mutuelle, 12,5 % n'ont pas de mutuelle et 5,5 % ont une AME).

Au niveau de la santé, 22 % des patients présentent un problème psychologique ou psychiatrique. Plus d'un tiers des patients a été hospitalisé suite à la prise en charge à la PASS. 40,5 % des patients ont reçu une prescription de médicaments, 30 % se sont vu prescrire des examens biologiques et 22 % des examens radiographiques.

---

[1] Fabre, Catherine, Vincent Baudot, Sibylle Toulemonde et Santé Gres Médiation, « Évaluation des permanences d'accès aux soins de Santé », 2003.

[2] Le chiffre entre crochets derrière les données statistiques indique l'enquête dont il provient.

### 1 - 1 - 2 Les patients des PASS des hôpitaux de grandes villes de région

Les chiffres de l'enquête transversale [1] ne font pas apparaître les grandes disparités qui existent entre les différentes PASS. L'enquête longitudinale, menée au sein des PASS des hôpitaux de neuf moyennes et grandes villes de province pendant six mois [2] dépeint un tableau un peu différent. Tout d'abord elle montre de gros écarts dans la fréquentation des PASS, celle du CHU de Bordeaux a reçu 761 patients en 6 mois alors que celle du Centre Hospitalier Général (CHG) d'Angoulême n'en a reçu que 89, révélant ainsi des différences dans le volume d'activité entre les PASS. Les caractéristiques des patients sont différentes de l'enquête longitudinale, les patients semblent cumuler davantage de facteurs de précarité. 61 % des patients sont de sexe masculin et l'âge moyen est de 37 ans (6 % de moins de 18 ans et 6 % de plus de 65 ans). 68 % des patients vivent seuls (soit 7,5 % de plus que dans [1]) et près de 60 % n'ont pas d'enfants à charge. Au niveau des origines nationales, seuls 30 % des patients des PASS de l'enquête sont originaires de France (alors qu'ils étaient que 49,5 % dans l'enquête transversale [1]. Ils sont également plus nombreux à rencontrer des problèmes de communication dû à une absence de maîtrise de la langue française (30 % [2], contre 10 % [1]). La précarité économique et sociale est très présente puisque 56 % des patients n'ont pas de ressources financières (contre 39,5 % [1]) et la situation du logement est précaire : trois patients sur dix sont hébergés (35,5 % [1]) et 12 % sont sans-abri ou vivent à l'hôtel (5 % [1]). Au niveau de la couverture maladie, les résultats sont assez similaires : l'absence de couverture maladie concerne 42 % des patients (contre 39 % [1]). L'enquête donne peu de données concernant l'état de santé des patients, les informations disponibles varient assez peu de celles de l'enquête transversale [1] : la prescription de médicament concerne 64 % d'entre-eux [2] (40,5 % [1]), les examens biologiques 32 % (30 % [1]) et les examens radiographiques 20 % (22 % [1]). Un patient sur dix est hospitalisé à la suite de la consultation médicale à la PASS et trois sur dix est pris en charge dans un service de spécialité.

Ces deux enquêtes montrent les différentes dimensions de la forte précarité des patients des PASS : précarité au niveau de la couverture de santé bien sûr, mais aussi précarité économique, administrative et sociale. D'autre part, ces deux enquêtes révèlent de disparités fortes de profils entre les PASS : les PASS qui ont participé à l'enquête longitudinales (pendant six mois) présentent des patients dont la précarité est plus importante. Notre hypothèse est que les PASS ayant accepté de participer à l'enquête longitudinale [2] font partie de celles qui disposent d'une structure fonctionnelle et financièrement relativement bien dotée, alors qu'il est probable que de nombreuses PASS ayant participé à l'enquête nationale [1] menée par questionnaires auprès de 229 PASS soient beaucoup moins développées.

### 1 - 1 - 3 Des PASS des grandes villes de provinces qui concentrent la précarité

Les PASS E et G, qui sont toutes les deux dans des CHU de villes moyennes du Sud-Est de la France[3], sont également des structures fonctionnelles qui ont une forte activité par rapport aux autres PASS de la région. D'après les chiffres des rapports d'activité respectifs de l'année 2010, la PASS G a reçu 453 patients (dont 235 nouveaux) dans ses locaux, ce qui correspond à 1 560 consultations médicales, alors que la PASS E en a reçu 706 pour 1 441 consultations médicales. Le nombre de patients est en augmentation constante et régulière à la PASS G, ils étaient environ 200 en 2001 et ils étaient 515 en 2012 (soit une augmentation de près de plus de 150 % sur la période). Comme au niveau national, deux tiers des patients (65 %) sont de sexe masculin à la PASS G ; les patients sont en très grande partie des adultes en âge de travailler (87,7 % ont entre 19 et 60 ans à la PASS G et 80,01 % ont entre 18 et 60 ans à la PASS E). Plus de la moitié des patients des deux PASS vit seule (dans le sens où le patient ne vit ni en couple ni en famille).

Mais l'homogénéité des profils des patients s'arrête ici. Lorsqu'on regarde la nationalité des patients la proportion des étrangers augmente de manière significative, surtout dans la PASS E : seuls 14,61 % des patients de la PASS E sont de nationalité française (alors qu'ils sont 30 % dans l'enquête sur les grandes villes de provinces [2]), un quart des patients (26,48 %) sont des ressortissants de l'UE et 59,34 % ont une autre nationalité. Dans la PASS G, les Français représentent 27 % des patients, 17 % des patients ont une nationalité d'un pays d'Europe de l'est (Russie, Ukraine, Géorgie, Arménie, etc.), auxquels s'ajoutent les « nouveaux » ressortissants communautaires originaires principalement de Roumanie (et peu de Bulgarie) qui constituent 19 % des patients. Un patient sur quatre (24,6 %) de la PASS G a la nationalité d'un pays qui a été une colonie française (principalement du Maghreb et d'Afrique de l'Ouest). Parmi les étrangers de la PASS G, un tiers d'entre-eux est en France depuis moins de trois mois (30 %) et deux tiers y est depuis moins de trois ans (66,8 %), 17,3 % sont en situation irrégulières et 24,3 % sont demandeurs d'asile. Dans la PASS E, ce sont 11,75 % des patients qui sont en situation irrégulière (13,83 % des patients étrangers) et 31,58 % ont une demande de titre de séjour en cours. Un nouveau patient sur cinq de la PASS G ne parle pas le français et un autre patient sur cinq le maîtrise mal (ce qui pose des difficultés lors de la consultation) (ce qui représente 40 % des patients contre 30 % dans l'enquête sur les PASS des grandes villes de provinces [2]).

Au niveau des indicateurs économiques, 98,30 % des patients de la PASS E ont un revenu qui est inférieur au seuil de pauvreté français (788 € par mois). Seuls 2 % des patients de la PASS G ont un travail stable (contre 10 % dans l'enquête [2]) et 7 % ont un travail instable, les 91 % patients restants n'ont aucune activité professionnelle (on retrouve les mêmes proportions dans la PASS E : 1,27 % des patients ont une activité professionnelle, 71 % n'ont aucune activité, 15 % sont mineurs, le reste vit des divers minimums sociaux). En ce qui concerne le logement, il est précaire pour 68,13 % des patients de la PASS E et 73,4 % des patients de la PASS G ; il y a cependant des différences importantes puisque plus d'un tiers des patients de la PASS G (36,7 %) est sans-logement, alors que cette situation concerne 13,17 % des patients dans la PASS E, cette différence s'explique en partie par la spécialité de

[3] Voir le récapitulatif des PASS de l'enquête dans le tableau n° 2 dans l'introduction p. 39.

la PASS G qui comprend une antenne en ville dont la moitié des patients sont sans-logement, mais la proportion des sans domiciles reste forte en comparaison, même dans la seule PASS de l'hôpital (28,9 %). En plus des sans-abris, le logement précaire de la PASS E comprend ceux qui fréquentent les logements d'urgence (12,32 %), ceux qui sont hébergés par un tiers (12,32 % aussi), ceux qui vivent en squat (11,18 %), à l'hôtel (7,64 %), etc. Pour comparaison, 12 % des patients de l'enquête [2] sont sans-abri ou vivent à l'hôtel, alors que cette proportion monte à plus de 21 % dans la PASS E.

En ce qui concerne la couverture maladie, deux tiers des patients de la PASS G ne dispose d'aucune couverture maladie lors de sa première consultation (cette proportion augmente d'année en année puisqu'ils sont plus de 70 % à ne disposer d'aucune couverture maladie en 2012), alors qu'ils sont 83,56 % à la PASS E ; respectivement 13,31 % et 11,6 % des patients des PASS E et G sont affiliés au régime général de la Sécurité sociale, mais n'ont pas de couverture maladie complémentaire. Le reste dispose la plupart du temps, soit d'une AME, soit d'une CMUc. Là aussi, la proportion des sans couverture maladie est beaucoup plus importante que dans l'enquête [2] où ils représentent 42 % des patients.

Les rapports d'activité des PASS E et G montrent que certaines PASS concentrent davantage de patients très précaires.

## 1 - 2 La région Île-de-France

Le rapport de la DRASS[4] sur les PASS d'Île-de-France en 2009 indique qu'il existe 45 PASS financées sur la région francilienne, dont 28 s'insèrent dans un hôpital de l'AP-HP. Dans le très sommaire document central qui recense l'activité en 2011 des 28 PASS de l'AP-HP (20 PASS généralistes et 8 PASS spécialisées), il est indiqué que 12 731 patients ont été vus. La répartition des patients entre les PASS montre ici aussi des grosses disparités entre les sites allant de 140 patients pour celui qui en a vu le moins et 1 609 pour celui qui en a vu le plus (pour rappel, la PASS du CHU de Bordeaux a vu 761 patients sur six mois, ce qui est du même ordre de grandeur). 26 834 consultations médicales et 31 077 entretiens sociaux ont été réalisées (avec les mêmes ordres de disparités entre les sites). L'AP-HP réaliserait 68 % de l'activité sur la région Île-de-France (IDF).

### 1 - 2 - 1 Les deux enquêtes parisiennes

L'enquête EvaPASS [3], réalisée en 2012 dans huit PASS fonctionnelles de la région parisienne auprès de 895 patients et l'enquête menée en 2008 sur le profil socio-démographique de 581 patients de cinq PASS de CHU parisiens [4][5], nous donnent une image fidèle des patients de ce type de PASS dans cette région. Les patients sont, pour près de deux tiers d'entre-eux, des hommes (64,8 % [3] ; 65 % [4]), leur âge moyen est de 43 ans (42 ans [4]) avec un écart-type de 15,1 années et un âge médian à 41 ans (écart interquartile allant de 31 ans à 53 ans)

[4] DRASS, Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en Ile-de-France en 2009, 2009.

[5] Kaoutar *et al.*, *op. cit.*, 2014.

[3]. C'est donc à une population largement composée d'adultes entre 30 et 50 ans qu'on a affaire, les enfants et jeunes, tout comme les personnes âgées, sont assez peu représentés. Huit patients sur dix sont de nationalité étrangère (78,3 % [3] ; 80 % [4]), il y a néanmoins de fortes différences entre les PASS participant à l'enquête allant de 0 % de Français à 34,8 % [3]. 7,5 % des patients sont en France depuis moins de trois mois et 30 % sur une période supérieure à trois mois et inférieure à trois ans [4]. La part des personnes nées à l'étrangers est plus importante encore : ils ne sont que 96 (10,7%) à être nés en France contre 750 (83,8 %) à être nés à l'étranger [3]. La précarité administrative est très présente parmi les patients étrangers dont 42,2 % sont en situation irrégulière et 13,4 % n'ont qu'une autorisation de séjour temporaire [3]. Un autre handicap que le patient de ces PASS doit surmonter est celui de la langue française qu'il ne maîtrise pas (19,4 % [3] ; 27,3 % [4]). Les facteurs de précarité économique et sociale sont aussi très présents dans le domaine du travail et des revenus : seuls 26,1 % d'entre-eux déclarent avoir un emploi (déclaré ou non) [3], ils sont par contre 42 % dans la seconde enquête ; 22,7 % déclarent n'avoir aucun revenu [4]. En ce qui concerne le logement, il est souvent très précaire : un patient sur dix (11,8 % [3], 7,2 % [4]) est sans-abri, 16,6 % [3] sont hébergés par un organisme ou une association et un quart des patients (24 % [3]) a un logement dit « précaire ». Seulement 45,4 % [3] (48,2 [4]) bénéficient d'un logement stable. Dans ce domaine aussi de grosses disparités existent entre les PASS participant à l'enquête, pour ne prendre qu'un exemple, le taux de sans-abris va de 1,4 % à 32 % des patients [1]. La précarité administrative se poursuit au niveau de la couverture maladie. Entre un patient sur cinq (20,7 % [4]) et un patient sur trois (32 % [3]) ne dispose d'aucune couverture maladie. Seulement 28,5 % [3] à 38,4 % [4] des patients sont affiliés au régime général de la sécurité sociale, entre 18,4 % [3] et 21 % [4] relèvent de l'AME et 16,9 % [4] à 18,4 % [3] de la CMU. Là aussi de fortes variations entre les PASS existent puisque dans une PASS seulement 1,3 % des patients relèvent du régime général de la sécurité sociale, tandis que 77 % des patients ne disposent d'aucune couverture maladie et dans une autre ce sont 40,4 % des patients qui sont rattachés au régime général et seulement 6,4 % des patients qui n'ont aucune couverture maladie [3]. La deuxième enquête précise que 60 % [4] des patients présentent au moins un des critères de précarité retenus : absence de logement stable, de couverture maladie, de revenus déclarés ou d'autorisation administrative de séjour.

Au niveau du suivi médical, plus des deux tiers des patients (64 % [3] ; 65 % [4]) ne disposent d'aucun suivi régulier en dehors de la structure et seulement 18,2 % [3] à 37,1 % [4] voient un médecin généraliste en dehors de la PASS. La deuxième enquête souligne que les patients bénéficiant d'une CMU déclarent moins souvent avoir un médecin traitant (44,6 %) que les patients affiliés au régime général (64,4 %), alors que les patients couvert par l'AME ne sont que 20 % à déclarer en avoir un [4]. Cette précision met en évidence que les freins à l'accès aux soins rencontrées par les patients des PASS ne sont pas seulement causés par une absence de sécurité sociale, mais confirme qu'elles ont aussi pour origine les difficultés à accéder à la médecine de ville pour certaines personnes, en particulier lorsqu'elles sont couvertes par l'AME. Cela corrobore les résultats de l'enquête menée par Médecins du Monde sur les refus de soins que rencontrent les bénéficiaires de l'AME et de la CMUc[6].

[6] Cf. Médecins du Monde, « Je ne m'occupe pas de ces patients », Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale d'État dans 10 villes de France, 2006 et le chapitre II dans la première partie.

Les pathologies des patients rencontrés dans les PASS soulignent le lien qui existe entre morbidité et précarité : 54,6 % [4] des patients ont au moins une maladie chronique[7], avec une prévalence des maladies infectieuses très importante (14,7 %, [4]). 2,4 % des patients [3] ont une sérologie positive au VIH[8], 5,9 % [3] ont une hépatite B[9], 4,3 % [3] une hépatite C[10], 3,3 % [3] de tuberculose, etc. Ces proportions sont moins importantes dans la deuxièmes enquêtes, elles sont respectivement de 0,8 %, 1,2 %, 0,3 % et NC. Plus de la moitié des patients ayant une pathologie chronique n'a pas de médecin traitant (58,4 % [4]) ou de suivi médical (51,2 % [4]). La seconde enquête souligne cependant que les patients présentant un des signes de précarité évoqués *supra* ne sont pas davantage concernés par les maladies que les autres ou par des maladies psychiatriques. Les vaccinations classiques n'ont souvent jamais été faites ou ne sont pas connues des patients et les pratiques dépistages des cancers (frottis vaginaux — 11,2 %, dépistages du cancer du colon — 4,2 %) sont très faibles [3]. Les troubles psychologiques ou psychiatriques sont également présents chez de nombreux patients (17,2 % [4]). Enfin, le pronostic vital, en l'absence de traitement, découpé en trois stades (« bon », « moyen » ou « mauvais »), est considéré par le médecin comme moyen ou mauvais chez 48,7 % des patients [4].

### 1 - 2 - 2 Des PASS qui concentrent la précarité et l'activité

L'enquête EvaPASS montre qu'il y a de grosses disparités entre les PASS quant au public qu'elles reçoivent. Certaines PASS dédiées parisiennes semblent en effet concentrer leur activité sur les patients les plus démunis, ce sont en également celle qui ont l'activité la plus importante. La PASS Apollinaire de l'hôpital C a totalisé 4 149 consultations en 2009 dont 64 % concernaient des patients sans aucune couverture médicale (2 642[11]). Une étude non publiée faite auprès de 50 patients de la de l'hôpital C[12] [5] sur la semaine du 14 décembre 2007 confirme cette hypothèse. Deux caractéristiques restent constantes : les deux tiers des patients sont des hommes et l'âge moyen est de 42 ans (répartis entre 20 et 79 ans). En ce qui concerne la nationalité, on observe que la part des patients étrangers est un peu plus importante (90 % [5], contre 80 % dans l'enquête sur les cinq PASS parisiennes [4]), dont 5,5 % d'Européens. La part des étrangers, dont la situation administrative est très précaire, y est plus importante puisque 30 % d'entre-eux sont en situation irrégulière et 42 % ont déposé une demande de régularisation (ce qui fait un ensemble de 72 % contre 55,6 % [4]), seulement 1,5 % d'entre-eux sont en situation régulière [5], alors qu'ils sont

---

[7] Pour avoir un ordre d'idée, cette prévalence est de 41 % au sein la population générale française (Labarthe Géraldine, « Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie », Études et résultats, n° 315, Juin 2004, p. 1-12.)

[8] Pour avoir un ordre d'idée, la prévalence des séropositifs au sein de la population générale est de 0,23 % selon l'institut de veille sanitaire, chiffre issue de la page internet (http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Aide-memoire, consulté le 8 juillet 2015).

[9] Cette prévalence est inférieure à moins de 1 % au sein de la population générale (source issue du site Hepatoweb, http://www.hepatoweb.com/hepatite-B-epidemiologie.php, consulté le 8 juillet 2015.

[10] La prévalence dans la population générale est de 0,55 % (source issue du site hepatites-info-service, chiffres de 2004, https://www.hepatites-info-service.org/?Hepatite-C-Chiffres, consulté le 8 juillet 2015).

[11] Ces chiffres correspondent au nombre de consultations et non au nombre de patient, il est important de noter que certains patients sont venus plusieurs fois.

[12] La PASS de l'hôpital C a également participé à l'enquête EvaPASS. La présente étude semble avoir repris les items de l'enquête EvaPASS, ce qui les rend facilement comparables.

38,3 % dans l'ensemble des cinq PASS parisiennes [4]. Dans la PASS Apollinaire de l'hôpital C, près d'un patient sur trois (31 % [5]) ne maîtrise pas la langue (contre 19 % [3] et 27,3 % [4]).

Les écarts se creusent fortement au niveau des autres marqueurs de précarité économique et sociale. 78 % des patients sont sans-emploi et 14 % en ont un seulement de manière ponctuelle (une personne seulement sur les cinquante enquêtés disposait d'un emploi stable [5], contre 43,5 % des patients des cinq PASS parisiennes [4]) et près des deux tiers d'entre-eux n'avaient aucun revenus (alors qu'ils ne sont que 22,7 % dans l'enquête [4]). Plus d'un tiers des patients connaissent une situation de logement très précaire : 17 % de sans-abri, 6 % alternent entre des hébergements temporaires et la rue, 15 % habitent alternativement dans différents hébergements temporaires, 35 % sont hébergés de manières stables et seulement 15 % disposaient d'un logement qu'ils louent (alors qu'ils sont 45,4 % [3] et 48,2 % [4] dans les autres enquêtes). Un tiers des patients ne disposent pas de lit personnel et près de la moitié dorment dans une chambre commune, un cinquième d'entre-eux ne disposent pas de sanitaires dans leur lieu d'habitation et 41 % des patients n'ont pas la possibilité de se préparer un repas chaud. Les patients de la PASS Apollinaire se distinguent également par la forte précarité de leur protection maladie : 48 % des patients ne disposent d'aucune assurance maladie, alors qu'ils ne sont que 20,7 % dans l'enquête [4] et 32 % dans l'enquête [3]. Dans l'enquête [5], 14 % des patients n'ont aucune possibilité de couverture sociale, 34 % sont en attente du traitement administratif de leur demande et 40 % ont une couverture maladie partielle.

En ce qui concerne la dimension de soin, seulement 12 % des patients ont un médecin généraliste (18,2 % [3] et 37,1 % [4]). Leur visite à la PASS Apollinaire a abouti à une prescription de médicament dans 78 % des cas, 33 % ont eu besoin d'examens biologiques et 19 % d'un bilan radiologique. 16 % des patients ont nécessité la programmation d'une consultation spécialisée (dont deux en psychiatrie), une des 50 consultation a été suivie d'un avis spécialisé immédiat (urologie) et une autre d'une hospitalisation immédiate (hématologie) ; 71 % des patients rencontrés avaient une pathologie chronique (alors qu'ils ne sont que 54,6 % dans [4]). Parmi ces 35 patients, 32 % des maladies chroniques n'étaient pas suivies ou traitées au moment de la consultation ; les médecins ont jugé le pronostic vital des patient comme « possiblement », « probablement » ou « sûrement » mauvais dans 39 % des cas (19 patients) et un quart des patients avaient un problème psychologique ou psychiatrique (17,2% [4]).

Les patients de la PASS Apollinaire de l'hôpital C ne sont pas représentatifs de ceux de toutes les PASS de la région parisienne. Les patients y rencontrent plus souvent des situations économiques, médicales, administratives et sociales particulièrement précaires que dans les autres PASS dédiées de la région. Cela laisse supposer qu'il existe, entre les PASS, différents canaux de recrutement des patients et des règles différentes d'insertion des patients au dispositif. Le rapport d'activité de l'année 2010 du service social de la PASS Apollinaire de l'hôpital C montre qu'il existe des spécificités quant au recrutement des patients. 18,7 % des nouveaux patients sont des ressortissants afghans et 9,6 % sont originaire du Pakistan. Ces deux nationalités sont les plus représentées à la PASS et représentent presque trois nouveaux patients sur dix.

## 1 - 3 Les PASS de province des zones à faible densité de population

La région de Haute-Normandie (qui regroupe les départements de la Seine-Maritime et de l'Eure) s'est dotée d'un coordinateur régional des PASS qui s'est attelé à créer un protocole et des outils de mesure de l'activité homogènes pour les dix structures de la région[13]. La production de rapports d'activité régionaux annuels très complets apporte des informations précieuses sur les patients et met en valeur les disparités qui existent entre les structures, dont nous apportons l'analyse de celui de 2012. L'analyse à l'échelle de la région nous donne des informations sur les différences entre les PASS des villes et les PASS situées dans des zones rurales. Les données portent sur les 3 436 personnes qui constituent la file active des dix PASS de la région. 52 % des patients sont des hommes (avec des variations importantes allant de 30 % d'hommes dans la PASS de l'hôpital de Lillebonne, qui couvre un territoire rural et semi-rural à 70 % dans la PASS de l'hôpital de Rouen qui a un territoire essentiellement urbain). 56,1 % des patients sont nés à l'étranger, mais cette proportion augmente largement dans les PASS des grandes villes comme dans celle du Havre où elle est de 87 % des patients et elle descend aux alentours de 10 % dans toutes les PASS rurales ou semi-rurales (Pont Audemer, Fécamp, Lillebonne, Dieppe). Un patient sur dix rencontre des difficultés liées à la langue et à l'expression. 41 % des patients vivent seuls et 71 % n'ont pas d'enfant à charge.

La précarité économique des patients est avérée pour une majorité (56 %) de patients qui ne dispose d'aucun revenus, mais ceux-ci se concentrent surtout dans les zones urbaines, alors que le quart (26 %) vivant des minimums sociaux (RSA, AAH[14], allocations familiales, pension d'invalidité) est beaucoup plus présent dans les zones rurales. Cependant, ici aussi seuls 4 % des patients disposent d'un salaire. La concentration de ceux qui n'ont aucune ressource dans les villes s'explique par le fait qu'elle concerne principalement les étrangers en situation irrégulière (ne disposant pas d'autorisation de travailler) et les étrangers en situations régulières qui n'ont pas le droit au RSA ou à l'ARE[15]. Au niveau du logement, moins de la moitié des patients a un logement stable (41 %), un patient sur cinq est sans-abri (19 %), un sur dix vit en foyer (11 %) et un patient sur quatre est hébergé par la famille ou des amis (26 %). En tout ce sont près de 60 % des patients qui vivent dans un logement précaire. En ce qui concerne la couverture maladie, plus de la moitié des patients (52 %) n'en bénéficie d'aucune. Parmi eux on peut distinguer les patients n'ayant pas trois mois de présence sur le territoire français (ou ne pouvant pas le prouver) et les personnes « n'ayant pas effectué les démarches d'affiliation ou de renouvellement[16] ». Ces patients se concentrent encore une fois dans les zones urbaines pour la même raison : ces situations concernent avant tout les étrangers. Il est également intéressant de noter qu'après la prise en charge à la PASS, les patients de Haute-Normandie ne sont plus que 6 % a ne pas avoir de couverture maladie. Cet élément montre que les patients ont la plupart du temps un accès aux droits théoriques, mais qu'il est bloqué en pratique.

---

[13] Coordination des PASS de Haute Normandie, « Rapport d'activité des PASS de Haute-Normandie 2012 », 2013.

[14] Allocation adulte handicapé

[15] Aide de retour à l'emploi

[16] En fait les blocages à l'accès aux droits en matière de couverture maladie sont beaucoup plus complexes que cela : le désengagement des Caisses d'assurance maladie dans l'activité d'accès aux droits et d'aide à la constitution des dossiers, les réformes managériales dans les antennes locales et les réformes des couvertures maladies pour les plus démunis ont tous contribué à un retard ou à un blocage de l'accès aux soins (voir chapitre II).

Cela souligne également la fonction de la PASS d'accès aux droits pour les catégories de patients « indésirables » exclus en amont.

Au niveau médical, on note qu'un patient sur dix (9 %) a des retards au niveau de ses vaccins, la même proportion a des troubles psychologique, 19 % connaissent une rupture de soins supérieures à un an (et 7 % inférieure à un an). Les pathologies rencontrées confirment également le lien entre pauvreté et état de santé puisque sur les 1 547 personnes vues, 19 cas de gale et six plaies chroniques ont été recensés, ainsi que 46 hépatites virales, dix tuberculoses et onze VIH positifs. De même, 232 troubles psychiatriques ont été repérés.

Les différences des caractéristiques des publics entre les zones urbaines et rurales sont confirmées par les résultats de l'enquête menée par l'ARS de la région Rhône-Alpes auprès de 13 PASS en 2010-2011[17]. Elle indique notamment que les PASS des petites agglomérations (comme Givors ou Annemasse), qui couvrent un territoire urbain peu dense et semi-rural, ont une part moins importante de personnes sans aucun droit à la protection maladie et une proportion plus importante de bénéficiaires des minimums sociaux. Les PASS des zones rurales (Montbrison, Die, par exemple) ont très peu d'étrangers primo-arrivant parmi leurs patients, ces derniers sont davantage représentés par des populations en situation de précarité sociale et isolés qui ont des droits à l'assurance maladie partiels et qui sont éloignés des soins.

[17] La synthèse des résultats de cette enquête est disponible à l'adresse internet suivante : http://www.appassra.org/enquetes-sur-les-pass/.

# ANNEXE 2 - PARCOURS BIOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

## 2 - 1 Paul Follereau

Né au début des années 1950, Paul Follereau a grandi en HLM dans une ville moyenne de la grande banlieue parisienne. Sa mère est dactylo et son père, électricien de formation, finira sa carrière en tant qu'ingénieur ; promotion qui permettra à la famille de s'installer dans un pavillon. Il a un frère de quatre ans son cadet. Après une année aux États-Unis et une classe préparatoire, Paul Follereau se tourne vers les études de médecine au début des années 1970. Pour expliquer ce choix, il évoque la guerre au Bangladesh, soulignant ainsi, dès le début, son attrait pour la médecine humanitaire (Médecins sans frontières, nouvellement créée à l'époque, avait fait du Bangladesh une de ses premières destinations). Son frère, qui fait ses études à l'École Normale Supérieure de Paris, le sensibilise aux sciences sociales.

Après avoir été chef de clinique en médecine interne dans un hôpital parisien de l'AP-HP, Paul Follereau devient praticien hospitalier (PH) dans l'hôpital A. Au cours de sa carrière médicale, il exerce notamment au Pérou. Par la suite, il se tourne vers la recherche et l'anthropologie. Il voyage au Sénégal et en Afrique du Sud où il s'intéresse à la construction des problème de santé en étudiant les cas du handicap et du sida dans le cadre d'un programme de recherche à l'INSERM. À la fin des années 1980, il passe un doctorat en sciences sociales et oriente sa carrière vers la recherche. Au moment de prendre son poste de maître de conférence d'une université parisienne en 1995, il met en place le centre René Barthe à l'hôpital A, c'est sa dernière activité en tant que médecin. Ce centre lui permet de faire des recherches en sciences sociales sur les thématiques des inégalités en santé et de l'accès aux soins. C'est au centre René Barthe qu'il rencontre personnellement des bénévoles d'une association de médecine humanitaire, association dont il devient le vice-président pendant deux années au début des années 2000. Depuis 2006, il préside une association de défense de la santé des étrangers.

## 2 - 2 Anne Jourdan

Anne Jourdan est née au début des années 1950. Elle a un fils. Elle fait des études de gestion et obtient un diplôme de troisième cycle. Elle exerce le métier de cadre de distribution dans une entreprise pendant 20 ans. Parallèlement, elle est syndicaliste au planning familial. Elle aimerait vivre plus complètement son engagement politique, c'est pourquoi, à la suite d'un pari avec un ami rencontré dans une association de parents d'élèves qui est cadre au Crédit Agricole, elle quitte le monde de l'entreprise pour devenir assistante sociale, métier qu'elle considère comme une forme d'engagement auprès des « précaires ». Après une courte période de travail dans une association d'aide aux personnes aveugles, elle arrive à l'hôpital un peu par hasard : « après avoir quitté une association qui avait fermé pour détournement de fonds [...]. Je cherchais rapidement du travail donc j'étais passée par Pôle emploi. Et, malgré mes quarante et quelques années, j'étais jeune professionnelle en travail social donc j'avais le choix entre

Médecins du monde et l'hôpital A. Et je me suis dit 'l'hôpital A' parce que mon fils se destinait à une carrière militaire et il fallait qu'un des parents soit fonctionnaire pour qu'il puisse accéder aux concours, donc voilà à peu près pour la petite histoire. »

C'est donc au début des années 1990 qu'elle atterrit dans le service des maladies infectieuses, au début de l'épidémie de sida. Elle y est confrontée à une majorité de patients toxicomanes qui cumulent des formes de précarités économiques, sociales et administratives ; elle s'investit fortement dans ce travail : « Voilà, donc très vite, on s'est rendu compte que peu de gens étaient au courant de, de l'accès aux soins, des droits, du peu de droits qu'ils avaient. Ils rentraient à l'hôpital à un stade avancé de la maladie, c'est toujours vrai aujourd'hui mais à l'époque c'était encore pire. Et, donc, bah c'est un petit peu ce qui m'a motivée… » Elle est peu intégrée dans l'équipe sociale de l'hôpital, elle travaille plutôt en indépendance par rapport à ces collègues et ne s'entend d'ailleurs avec aucune des deux cadres sociales, qui sont ses supérieures hiérarchiques. Par contre, elle s'intègre très bien dans l'équipe du service de maladie infectieuse avec qui elle développe un travail pluriprofessionnel (avec les médecins, les infirmières, les aides-soignantes, etc.) d'accompagnement des malades du sida — ce qui signifiait presque toujours à l'époque un accompagnement de fin de vie. En parallèle de son travail à l'hôpital Anne Jourdan est militante à AIDES, association de défense et d'accompagnement des personnes séropositives. Elle raconte avec émotion cet épisode de sa vie dont elle a gardé des amitiés fortes avec quelques personnes. Il contient pour elle des moments de solidarités fortes, mais aussi des combats menés (pour l'accès au dépistage par exemple) et des méthodes de travail innovantes (développement de réseaux, etc.).

En 1996, elle est débauchée par son chef de service, le Pr Gillon, pour travailler à l'espace René Barthe qu'il est train de créer avec le Dr Follereau. Elle y travaille pendant trois ans, puis décide de partir en 1999 car le travail y était trop intense et épuisant (elle voyait jusqu'à 60 patients par jour). Après un bref passage en Bretagne, elle revient dans sa banlieue parisienne, appelée par AIDES pour ouvrir une antenne locale de l'association. Elle devient salariée de l'association et s'occupe de l'insertion et de l'accès à l'emploi des personnes séropositives. Parallèlement, elle est bénévole dans une autre association qui propose du lien social à des personnes séropositives isolées.

Alors qu'elle a de plus en plus de mal à se reconnaitre dans le fonctionnement de Aides qui s'est éloigné des malades, elle démissionne de l'association pour prendre un autre emploi dans une association qui s'occupe de trouver un logement à des toxicomanes socialement désinsérés. Elle travaille encore aujourd'hui pour cette association.[18]

## 2 - 3 Jean-Paul Vandenbulck

Jean-Paul Vandenbulck est un médecin généraliste qui travaille en libéral dans un cabinet d'une ville de banlieue voisine de celle de l'hôpital A. Il milite depuis longtemps pour l'accès aux soins des populations démunies et notamment des sans-papiers, c'est dans

[18] Les citations sont des extraits d'un entretien mené avec Anne Jourdan en 2011 dans son bureau au sein l'association d'accompagnement de toxicomanes où elle travaille.

ce contexte-là qu'il connaît Paul Follereau et qu'il est devenu ami avec Thomas Lamontagne (Dr Lamontagne est un activiste pro-palestinien, il se rend au moins une fois par an en Palestine pour y enseigner et pratiquer la chirurgie). Il est marié et a trois enfants. Il est originaire d'un milieu social plutôt modeste : sa mère, divorcée, élève seule ses trois enfants, elle travaille comme employée de bureau, il vivent dans un appartement d'une cité HLM dans la même banlieue parisienne défavorisée où le Dr Vandenbulck vit et travaille aujourd'hui. Né au début des années 1950, il connaît un parcours universitaire post-soixante-huitard similaire à celui de Jacques Lebas (voir chapitre II, dans la première partie). Il milite pendant ses études dans des mouvements libertaires et organise entre autre des consultations sauvages auprès des migrants dans des appartements avec des amis de la faculté de médecine. À la fin de ses études, il décide de retourner dans la banlieue où il a grandi pour y fonder une famille et s'installer dans un petit cabinet médical avec un autre médecin militant. Il exerce comme médecin de famille au sein d'une cité HLM de mauvaise réputation. Il continue ses activités militantes par ailleurs, notamment au sein du Syndicat des médecins généralistes (SMG), politiquement marqué à gauche. Dans son cabinet, il prend en charge des toxicomanes séropositifs et s'engage dans les réseaux de santé qui naissent à ce moment-là. Il est notamment actif dans le réseau « Généralistes et toxicomanies ». Au milieu des années 1990, il poursuit l'aventure militante avec sa femme, pédiatre dans un centre de santé dans la même banlieue, avec qui il crée une antenne locale de la Cimade où ils accompagnent juridiquement des sans-papiers dans leurs démarches de régularisation. À cette période-là, il est actif sur la questions des régularisations pour raison médicale et est à ce titre en contact régulier avec le centre René Barthe. Il quitte la Cimade au milieu des années 2000 avec le sentiment de ne pas avoir été reconnu et soutenu dans son action. Quelques années après, après avoir été sollicité par le Dr Lamontagne, il accepte de prendre en charge le Centre René Barthe en assurant deux vacations d'une demi-journée de consultations de médecine générale sans rendez-vous et la direction de la PASS.

## 2 - 4 Dr Émilie Petit

Le Dr Émilie Petit est PH à temps partiel à l'hôpital C. Elle est spécialisée en rhumatologie.

Elle finit son internat en 1996 et en attendant une place de chef de clinique, elle postule à différents endroits et est embauchée dans le service de médecine interne de l'hôpital C pour coordonner les trois internes qui travaillaient à la consultation Apollinaire et faire quelques vacations. La structure est alors dirigée par le Pr Clémence Dubourg. Elle y reste pendant deux ans, période pendant laquelle elle réalise parallèlement un DEA de santé publique. C'est le moment où elle découvre la thématique de la précarité en médecine et qu'elle s'y intéresse. En 1998, le Dr Petit part faire son clinicat pendant deux ans. C'est également le moment où elle a ses deux enfants. Elle revient ensuite à l'hôpital C en 2001 pour travailler à la consultation Apollinaire. Elle passe le concours de Praticien hospitalier en 2003.

Dès la fin de son internat, elle ne s'intéresse plus beaucoup pour la rhumatologie et voit dans la consultation Apollinaire un projet qui l'intéresse.

## 2 - 5 Corinne Deschamps

Corinne Deschamps est une dame au fort caractère, elle a un contact facile et un parler franc. Elle a une carrière d'assistante sociale en polyvalence de secteur (employée par le département et travaillant au niveau de la ville). Elle a évolué dans l'encadrement en polyvalence de secteur dans un Centre communal d'action sociale (CCAS) d'un quartier nord de Paris. Lorsqu'elle a eu deux enfants en bas âge, elle a décidé de ralentir un peu et a pris un poste d'assistante sociale scolaire dans un collège dans la ville de l'hôpital A pendant trois ans. Après cela, elle a prit son poste actuel de cadre du service social de l'hôpital B. Elle vit avec son mari et ses deux enfants dans une petite ville de province à l'ouest de Paris.

## 2 - 6 Éloïse Fradet

Le Dr Éloïse Fradet est la responsable de la PASS dédiée de l'hôpital L, grand CHU d'une métropole de province. Elle naît au début des années 1960. Elle fait ses études de médecine dans la banlieue sud de Paris dans les années 1980 et devient médecin généraliste. Elle ne souhaite pas passer les concours de l'internat, estimant qu'aucune spécialité ne lui convient. C'est la médecine générale qui l'intéresse (cette discipline n'est pas une spécialité d'internat à l'époque). Elle aimerait intégrer un cabinet de groupe en ville. Elle interrompt ses études entre 1986 et 1988 pour faire deux années de « coopé » au Cameroun et accompagner son mari qui devait y faire son service civil. Ils partent avec leur enfant de cinq mois grâce à la « Mission protestante » qui est la seule organisation à envoyer des familles. Elle travaille pendant ces deux années dans un « hôpital de brousse », ce qui lui donne le goût d'un travail auprès de populations étrangères.

À son retour en France, alors qu'elle cherche un stage avec des horaires souples afin de s'occuper de ses deux enfants en bas âge, elle arrive (sur les conseils d'amis) dans une clinique de jour dirigée par un jeune professeur qui deviendra un spécialiste du sida. C'est là qu'elle rédige sa thèse et se familiarise avec la prise en charge du VIH. Elle y retrouve ce qui l'attirait dans la médecine générale, une vision globale du patient, une prise en charge à la fois médicale, sociale et psychologique, mais peut en plus travailler en équipe avec différents professionnels. Elle rapproche son travail auprès des patients VIH au travail qu'elle a fait au Cameroun :

> « Il y avait beaucoup de travail clinique que j'ai retrouvé, que j'avais connu au Cameroun où il n'y avait pas de moyens d'examens complémentaires, et dans le VIH, tu arrivais le matin tu ne savais pas ce qui allait se présenter, les gens arrivaient avec des complications parfois graves. Parfois urgentes. Et

beaucoup, beaucoup de clinique. Donc je me sentais à l'aise par rapport à ça. Et puis je retrouvais des patients migrants ! »[19]

Elle arrive à l'hôpital L en 1993 en tant que médecin généraliste attachée pour prendre en charge des patients dans le cadre de la consultation sida où elle a une patientèle qui comprend beaucoup de migrants. Le service hospitalier, qui avait un bâtiment propre, était plus ou moins spécialisé dans la précarité, il prenait notamment en charge les toxicomanes. Auprès des malades du sida, le Dr Fradet se familiarise aussi avec les soins palliatifs. Elle crée la PASS de l'hôpital L à la fin des années 1990 et en devient la médecin référente. Le Dr Fradet partage son temps depuis entre sa consultation auprès des malades séropositifs et la PASS. Elle s'intéresse également depuis le début des années 2000 à l'éducation thérapeutique. En 2011, à l'occasion d'un Diplôme Universitaire dans cette discipline, elle rédige un mémoire où elle présente un projet d'accompagnement des patients PASS qui ont acquis une couverture maladie vers le retour au droit commun.

## 2 - 7 Christiane Allée

Christiane Allée est la cadre du service social de l'hôpital C — CHU parisien où se situe la PASS Apollinaire. Au moment de notre entretien en juin 2012, il ne lui reste que quelques mois à travailler avant de prendre sa retraite. Originaire d'un milieu modeste parisien, son père est employé dans le luminaire de luxe et sa mère est comptable. Elle est renvoyée de son lycée « pour l'exemple » après avoir participé aux manifestations de 1968. C'est l'assistante sociale de son lycée qui lui conseille de s'orienter vers le travail social. Son diplôme en poche, elle commence sa carrière en 1973 dans un Centre Médico-psychologique (CMP) d'une ville de la banlieue ouest de Paris, où elle travaille pendant vingt ans. Parallèlement, elle continue à se former (maîtrise et DEA en sciences sociales « technique et communication », puis concours de cadre socio-éducatif). Lorsqu'elle passe cadre au début des années 1990, elle prend un poste dans un grand hôpital psychiatrique de la région parisienne où elle reste pendant cinq années et qu'elle quitte parce qu'elle était surchargée de travail (« Je travaillais 12 heures par jour ! »)

En 1997, elle est recrutée par la direction d'un hôpital général de Seine-Saint-Denis avec pour mission d'y monter une PASS transversale, un peu de la même manière que Corinne Deschamps à l'hôpital B. Le directeur de l'hôpital et son adjoint aux finances accompagnent de près Christiane Allée dans ce projet.

La PASS transversale mise en place se fait ici aussi en collaboration avec le service financier et le service des admissions. Le système est très organisé et ressemble beaucoup à la PASS de l'hôpital B mise en place par Corinne Deschamps, il permet de détecter les patients non couverts à tous les niveaux de l'hôpital. Un numéro de téléphone spécial est mis en

[19] Extrait d'entretien réalisé en mars 2012 à hôpital L.

place pour signaler les coordonnées des patients non couverts lorsque le service social est fermé. Le système de « bons PASS », constitué de bons de différentes couleurs selon la nature de l'acte (rose pour la radio, vert pour la pharmacie, etc.) permet une traçabilité détaillée des prestations accordées au niveau comptable et un grand contrôle des patients.

> « Il y avait une couleur pour chaque et ils (les patients PASS) se présentaient à l'hôpital pour faire leurs examens. Ce qui permettait que les services concernés, eux, en fin de mois avait un "récap" des patients qui avaient été suivis dans le cadre de la PASS. Donc on pouvait chiffrer le coup de tout ça. Et comme à l'époque c'était quand même un peu plus facile pour arriver à récupérer des droits, notamment de, d'Aide médicale. Et puis à partir de 2000, avec la mise en place de la CMU, on obtenait quand même un certain nombre de droits. »[20]

La trame narrative de la PASS se base sur une logique comptable qui devient ici aussi un fait social : « Bon, c'était un travail assez lourd évidemment, de suivre tous ces dossiers. Mais, je veux dire, c'était efficace dans la mesure bah où le patient récupérait des droits et puis, bah l'hôpital récupérait des finances aussi. L'un ne vas pas sans l'autre ». Ce discours participe à la redéfinition de l'orthodoxie du champ hospitalier. La seule grosse différence avec la PASS de l'hôpital B est qu'elle hébergeait également une consultation de médecine générale sans rendez-vous. Cette dimension médicale, portée par le chef des urgences qui est engagé sur les questions de précarité, fait de cette PASS une entité mixte, adoptant les pratiques néo-managériales et de la médecine de la précarité.

Parallèlement à son arrivée dans cet hôpital, elle s'inscrit dans le DU « santé - précarité » qui était dirigé par le Pr Clémence Dubourg — cette professeur de médecine interne de l'hôpital C qui y a créé une consultation précarité au milieu des années 1990 qu'on a évoquée dans la sous-partie sur les PASS opportuniste — afin de se former sur ces questions-là qu'elle ne connaissait pas bien.

Après quelques années, Christiane Allée quitte cet hôpital général de banlieue pour prendre un poste de cadre social dans l'un des grands hôpitaux psychiatriques parisiens. Elle évoque à ce propos le prestige de l'établissement, la cohérence avec sa carrière professionnelle et la proximité avec son lieu d'habitation, mais regrette le poste qu'elle quitte où elle se sentait valorisée. Elle ne reste que trois ans à ce poste où elle est en conflit avec le médecin-chef de son service. Elle prend donc son dernier emploi à l'hôpital C (CHU parisien) où elle est recrutée en tant que cadre socio-éducatif avec mission d'encadrement du service social pour « pouvoir réagir sur les questions sociales qui pouvaient se poser à l'hôpital. Et puis tout ce qui était fluidité de l'aval de l'hospitalisation ». Les deux premières années, elle travaille beaucoup avec la directrice en charge du service social sur le conventionnement avec les établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR) « pour faciliter les sorties "d'hospi" puisqu'on en était déjà à une DMS (Durée moyenne de séjour) la plus courte possible ». À côté de ces missions gestionnaires et pour répondre à une attente de la direction sur ce sujet, elle crée avec une autre cadre de santé de l'hôpital C un groupe de travail qui s'intéresse aux questions qui tournent autour des patients en situation de précarité et de l'accès aux soins, avec un volet de formation interne important (12 ou 13 formations différentes proposées à tous les personnels hospitaliers qui passaient en revue différents aspects de la

[20] Extrait d'entretien avec la cadre socioéducative Christiane Allée. Juin 2012, hôpital C.

prise en charge des patients précaires à l'hôpital, allant des obligations légales à la dermatologie, cinq sessions la première année, puis trois la seconde année). Christiane Allée incarne une forme d'ambivalence entre, d'un côté, une appropriation des nouvelles normes managériales et gestionnaires et, de l'autre, une appropriation des normes de la médecine de la précarité (vision globale du patient, prise en charge pluridisciplinaire, en amont et en aval, sur les différents aspects de la vie du patients, etc.).

## 2 - 8 Sarah Banamou

Sarah Benamou est l'assistante sociale de la PASS René Barthe depuis 2001. Elle est née au début des années 1950. Elle vit dans une ville voisine de celle de l'hôpital A dans la banlieue parisienne avec son mari et ses trois enfants. Elle grandit et vit en Algérie jusqu'en 1995 où elle fait sa formation d'assistante sociale et travaille à l'Assistance publique des enfants. Elle acquiert la nationalité française dans les années 1990 et arrive en France et à l'hôpital A en 1995 où elle commence par travailler dans le service de gastro-entérologie. Elle quitte l'hôpital quelques années après pour prendre un poste au Service social d'aide aux émigrants (SSAE), association qui accompagne les migrants dans l'élaboration des demandes d'asile. Elle avait déjà eu l'occasion de travailler avec cette association en Algérie. Elle retourne à l'hôpital A en 2001 parce que le statut de fonctionnaire lui apportait des sécurités quant à l'emploi (elle vient d'acheter une maison à crédit). Elle est au courant qu'un poste se libère grâce au contact qu'elle a gardé avec des collègues assistantes sociales dans cet hôpital.

## 2 - 9 Margaux le Floch

Le Dr Le Floch est une jeune médecin généraliste. Au moment où je l'ai rencontrée, elle était étudiante en dernière année de médecine générale et faisait son dernier semestre de stage à la PASS de l'hôpital J, grand CHU parisien. Elle était très intéressée par les questions d'accès aux soins et avait fait son précédent stage avec le Dr Jean-Paul Vandenbulck, à la fois dans son cabinet de ville et à la PASS René Barthe à l'hôpital A, CHU de la banlieue parisienne ; c'est ce dernier qui nous a mis en contact, notamment parce qu'elle avait besoin d'aide pour la méthodologie (méthode d'analyse qualitative) de la thèse qu'elle était en train de rédiger sur le retour dans les circuits de soins de droit commun des patients de la PASS. Son parcours de jeune professionnelle montre son intégration dans l'espace de la médecine de la précarité. Elle a fait ses études de médecine dans une faculté parisienne. Elle a suivie une option « médecine humanitaire », témoignant de centres d'intérêt proches de l'espace de la médecine de la précarité. Rapidement, elle a décidé de faire de la médecine générale « dans le sens qu'[elle] voulai[t] voir de tout, enfin des hommes, des femmes, des vieux et des petits »[21]. Elle n'a pas été enthousiasmée par le mode de fonctionnement du cabinet libéral, surtout en raison du rapport à l'argent (elle n'aime pas avoir à demander de l'argent). Cependant, elle a

[21] Extrait d'entretien réalisé en février 2012, hôpital J.

apprécié le principe de la consultation parce qu'elle y voit une relation avec le patient moins déséquilibrée que dans le service hospitaliers stationnaires : le patient choisit de venir vers le médecin, il y a un temps dédié au patient. Elle valorise également la démarche d'accompagnement sur le long terme et la prise en charge globale (encore un signe de l'intériorisation des normes du soin de la précarité). Elle a découvert les PASS lors de son premier stage dans un service d'urgences où, au fil des consultations, elle a réalisé que certains patients n'avaient pas de Sécurité sociale ou avaient des problèmes d'accès aux soins (situations dont elle n'avait jusque-là jamais perçu la réalité) et s'est renseignée auprès de l'assistante sociale du service sur la manière de les aider. À partir de ce moment-là, elle s'est intéressée aux questions de précarité en santé ; elle a rencontré une médecin qui faisait un mémoire sur la précarité aux urgences et qui lui a parlé du Comede et de son centre de soins situé dans l'hôpital du Kremlin Bicêtre. En fréquentant le Comede, elle a découvert le GISTI, association d'aide juridique aux immigrés (« c'est encore autre chose, mais finalement c'est un prolongement. Voilà, en fait à chaque fois je retombais sur les mêmes associations ou sur des associations qui faisaient un peu la même chose. »[22]). Elle n'a pas pu faire son stage au Comede pour des raisons administratives, elle a donc fait son stage en ville dans un cabinet classique, mais elle a choisi de le faire en Seine-Saint-Denis pour continuer à prendre en charge les patients démunis. Au Comede, on l'a orientée vers la PASS René Barthe de l'hôpital A où elle a fait une partie de son semestre de stage et y a découvert le travail d'une PASS dédiée, pour compléter son stage, elle a fait des consultations dans des plannings familiaux en Seine-Saint-Denis où elle s'est familiarisée avec les questions d'obstétrique et de gynécologie en lien avec les dimensions sociales de la vie des patientes.

## 2 - 10 Christine Lamarche

Christine Lamarche est une jeune médecin généraliste de 32 ans originaire de Paris. Ses deux parents sont psychosociologues à la retraite et travaillaient dans une université parisienne (le père était professeur).

Elle consulte deux demi-journées par semaine à la PASS Apollinaire dans l'hôpital C (CHU parisien). Elle voudrait y travaillé une demi-journée de plus pour pouvoir faire autre chose que de la clinique (recherches, coordination, etc.). Le reste du temps, elle travaille dans une « maison de santé » dans un quartier défavorisé du nord de Paris. La maison de santé accueille les populations « en situation de vulnérabilité » dans « l'objectif d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les inégalités sociales de santé »[23]. Dans cet esprit, les professionnels signent une charte éthique et prônent collectivement certaines bonnes pratiques : conventionnement en secteur 1, tiers payant, réseau de correspondants spécialistes en secteur 1, etc. La « maison » regroupe, à côté des quatre médecins généralistes, des infirmiers, des orthophonistes et des pédicures. Lorsque je demande à Christine pourquoi elle a choisi une « maison de santé », elle répond que le libéral n'a jamais été son « dada », surtout à cause du paiement à l'acte et du rapport à l'argent, elle dit aussi qu'elle aime le travail en

[22] *Id. Ibid.*

[23] Description du projet sur le site internet.

équipe et en réseau, la prise en charge globale et pluriprofessionnelle, etc. Elle a intégré ce projet qui existe depuis déjà plus de vingt ans grâce à des contacts qu'elle avait noué à l'université.

Christine Lamarche a fait ses études de médecine à Paris, elle a hésité au moment de la spécialisation entre la pédiatrie et la médecine générale. Lorsqu'elle explique son choix, elle évoque son médecin de famille qui a été un mentor pour elle. Pendant ses études, elle s'implique dans une association étudiante d'aide internationale qui a des projets en Afrique. Mais elle me dit qu'elle s'est vite rendu compte qu'il y avait aussi beaucoup de problèmes d'inégalités d'accès aux soins en France et qu'elle a décidé de se concentrer là-dessus.

Elle a découvert la PASS à la fin de ses études de médecine au moment d'écrire sa thèse qui portait « sur la prévention du VIH et des IST »[24]. La PASS Apollinaire faisait partie de son terrain (qu'elle n'avait pas choisi elle-même), elle y a réalisé un entretien avec un médecin et a discuté avec les patients dans la salle d'attente. En découvrant l'endroit, elle a eu l'idée d'essayer de revenir pour y travailler.

## 2 - 11 Gilbert Herault et Caroline Touraine. Les PASS à l'ARS.

Gilbert Herault est le chargé du suivi et du financement des MIG à l'ARS A. Son rôle est de conseiller les référents thématiques à l'ARS qui travaillent sur des domaines financés par des MIG. Une grosse partie de son travail consiste à construire avec eux des référentiels quant à la nature de l'activité financée par la MIG et les manières de la mesurer. Cette homogénéisation vise à avoir une meilleure visibilité et un meilleur contrôle sur les activités financées par les MIG.

G. Herault est fils d'un père préfet et d'une mère comptable, il est d'origine congolaise. Il naît à Paris au début des années 1980. Il fait des études de ressources humaines dans une université parisienne et se spécialise en économie de la santé à l'occasion d'un Master 2 de santé publique. Après avoir tenté les concours de directeur d'hôpital, il part quelques mois au Luxembourg pour une mission de chargé d'étude dans une administration publique de santé. Il prend ensuite un poste dans un hôpital parisien au sein de la direction économique pendant un peu plus d'un an. Il est engagé à l'ARS A après avoir envoyé une candidature spontanée. Selon lui, il a été engagé pour travailler sur la question des MIG parce qu'il avait montré son intérêt pour cette question dans sa lettre de candidature, il y avait expliqué que les MIG, en tant que financement, ne peuvent pas et ne doivent pas couvrir l'ensemble des activités, mais qu'elles viennent au contraire en complément des autres financements.

Caroline Touraine est la référente sur les thèmes de la cohésion sociale et de la précarité à l'ARS A, elle a notamment en charge le dossier des PASS et celui du PRAPS. Au contraire de G. Herault, elle est intégrée au monde du soin de la précarité.

C. Touraine a deux enfants. Elle naît dans les années 1950 d'une mère avocate (nous n'avons pas d'information sur la profession du père). Dans sa jeunesse, elle fait du « scoutisme intelligent » qu'elle situe dans un « mouvement d'éducation populaire mais engagé religieusement » et qui forme son engagement solidaire. Elle fait ses études de médecine à Paris,

[24] Le thème était l'évaluation de l'impact et de l'intérêt suscité chez les patients par la lecture de documents d'information sur le VIH et les IST.

elle voudrait devenir neurochirurgienne, mais rate le concours d'internat à Paris, mais est acceptée à Rennes. Son mari la quitte à ce moment-là ; déstabilisée, elle préfère redoubler que de partir à Rennes. C'est à ce moment qu'elle se dirige, un peu par hasard — pour être « peinarde » nous dit-elle — vers la santé-publique. Elle se passionne pour ces questions, mais regrette la pratique clinique. Pour ne pas la quitter complètement, elle fait en pointillé, mais tout au long de sa carrière, quelques vacations dans un CASO de Médecins du monde.

À la fin de ses études, elle part un an en Afghanistan en tant que médecin bénévole pour Médecins du monde. À son retour, la mairie d'une ville populaire et communiste de la proche banlieue parisienne lui propose un poste en tant que coordinatrice de santé d'un quartier défavorisé qu'elle occupe pendant une vingtaine d'années jusqu'à son arrivée à l'ARS en 2010. Elle est très marquée par le travail pour cette ville qui s'est particulièrement engagée dans les questions de santé publique et de santé communautaire. Elle s'occupe, entre autres, d'une mission sur la santé des jeunes, puis d'une mission toxicomanie. À son retour d'un second congé maternité, elle s'occupe de mettre en place un service « ville et santé » pour lequel elle embauche trois personnes à temps-plein. Avec son équipe, elle se penche sur la question de l'habitat insalubre, celle des femmes migrantes, celle de la précarité et des sans-abris. Alors qu'elle est intégrée au collège régional de Médecins du monde et qu'elle participe à ce titre-là à la Conférence régionale de santé, elle fait la rencontre du directeur de la santé publique du nouveau Groupement régional de santé publique qui l'a introduite au poste qu'elle occupe aujourd'hui à l'ARS.

Elle est également pendant plusieurs années vice-présidente d'une association de soins palliatifs et d'accompagnement à la mort.

## 2 - 12 Amandine Cornet, coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP

Elle est originaire d'une famille de « l'Assistance publique » depuis trois générations dont elle raconte l'histoire avec entrain. Son grand-père y avait été recueilli et élevé alors que cette institution s'occupait encore des enfants orphelins et placés et y a travaillé durant toute sa vie professionnelle pour terminer au poste de jardinier chef d'un des établissements hospitaliers du groupe. La grand-mère est présentée comme une « Bécassine », une Bretonne venue à Paris pour travailler comme personnel de maison ; après avoir rencontré le grand-père, elle rentre à l'AP-HP comme lingère. La mère d'Amandine Cornet a commencé sa carrière par travailler dans une crèche de l'AP-HP et l'a finie comme infirmière ; son père, qui vient d'une famille qui travaille dans le bâtiment, aux « magasins centraux » de l'AP-HP, à d'abord été menuisier puis chef du bâtiment dans un hôpital de l'institution. Amandine Cornet a d'abord passé un CAP en comptabilité avant de se tourner vers l'employeur familial et d'y travailler « à la caisse ». Elle s'ennuie à cet emploi, mais y découvre son goût pour le métier d'assistante sociale hospitalière grâce au contact d'une collègue. Après avoir raté une fois le concours d'assistante sociale, elle se rabat sur la comptabilité au sein d'une direction d'un établissement de l'AP-HP. Elle réussit le concours d'entrée à l'école d'assistante sociale de l'Hôtel Dieu en 1980. Elle était boursière. Elle se souvient avoir fait la fête à l'élection de F. Mitterrand en 1981. Pendant ses études, elle s'intéresse à la thématique des personnes âgées qu'elle découvre

grâce au livre de Simone de Beauvoir *La vieillesse.* Elle commence sa carrière en 1983 dans un grand hôpital parisien dans un service de rhumatologie où elle reste pendant 10 ans, elle travaille principalement auprès de personnes âgées pauvres et des SDF, chaque groupe réuni dans une chambre commune différente. Elle a son premier enfant en 1987. Elle décide de changer de service alors qu'une opportunité se présente. Le poste des urgences se libérait parce que sa collègue, qui « se faisait maltraiter par sa cadre de service », est partie. Et comme cela s'est toujours passé dans son « parcours professionnel » — elle ne veut pas parler de « carrière » — elle s'est dit « chiche, j'y vais ! J'me positionne sur les urgences. » Elle voulait venger sa copine. « On était un groupe à l'hôpital X, on avait grandi ensemble, on était très proches. »

> « C'est à ce moment-là que mon histoire familiale m'a portée, c'est à partir de ce moment que je me suis présentée dans les postes en disant "vous êtes chez moi ! L'AP, c'est moi, l'AP c'est ma maison, donc tu vas pas venir me faire chier !" C'est à ce moment-là que j'ai pris cette position-là. Et que ce soient les médecins, les chefs de service, les cadres de santé, "rien à foutre, tu me fais pas peur, t'es chez moi !" Et c'est comme ça que j'ai abordé les urgences. »[25]

Elle reste douze ans aux urgences. Elle est passée cadre aux alentours de 1998, et a combiné son poste d'assistante sociale aux urgences et de l'encadrement. Elle travaille à la création d'une PASS bucco-dentaire au sein de l'hôpital en 1998 et se spécialise un peu autour de la thématique de la précarité. Mais ce n'est pas tout, elle est devenue coordinatrice du service social de tout l'hôpital grâce à un projet qu'elle avait fait sur la « démarche qualité » et se retrouve à coordonner cinq cadres de service social, 58 assistantes sociales et 27 secrétaires. Elle a fait toute sa carrière dans le même hôpital et y connait les médecins, les assistantes sociales, etc. Au moment de la création du statut de cadre supérieur, elle ne peut plus éviter sa fonction dans les ressources humaines et elle décide donc de partir de cet hôpital. Le poste de la coordination du service social au siège de l'AP-HP était vacant et Amandine Cornet décide d'y postuler, elle a été choisie parmi dix responsables de services sociaux des hôpitaux de l'AP-HP en 2010.

## 2 - 13 Noémie Mortier

Noémie Mortier a tenté des études de médecines qu'elle n'a pas terminées et s'est réorientée en biologie dans la recherche clinique. Elle a travaillé pendant cinq ans (1985-1990) en parasitologie dans une unité mixte dans un hôpital de l'AP-HP et à l'INSERM. Elle a quitté ce travail quand elle est tombée enceinte. Après quelques années sans activité professionnelle, elle essaye sans succès de décrocher du travail au Muséum d'histoire naturelle, elle obtient en 2002 un poste de chargée de missions au Siège de l'AP-HP. Elle a d'abord travaillé au Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT) qui s'occupait d'évaluer, de diffuser et de promouvoir sur les sites de l'AP-HP des innovations (thérapeutiques, de prise en charge, diagnostic, etc.) provenant des équipes de l'AP-HP. À la fin des années 2000, elle change de service et prend son poste actuel à la Direction de la politique médicale (DPM) du Siège.

[25] Extrait d'entretien avec la coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP, février 2013, siège de l'AP-HP.

## 2 - 14 Deux consultations à la pass de l'hôpital J — Extraits du carnet de terrain

### 2 - 14 - 1 Une demi-journée aux « Consultations de médecine PASS » de l'hôpital J avec Margaux Le Floch, dernier semestre de stage d'internat en médecine générale — stage fléché PASS — novembre 2011 — extraits de carnet de terrain

L'infirmière qui est à l'accueil me donne une blouse blanche et je rentre ensuite dans le box où Margaux Le Floch consulte cet après-midi. Après avoir fait connaissance brièvement et discuté des modalités de l'observation, on discute brièvement de la PASS, elle m'explique notamment qu'ici beaucoup de consultations se font avec des patients qui ont une couverture maladie et qui reviennent d'eux-mêmes. Comme elle est interne en stage, elle n'a pas de patientèle fixe et reçoit donc surtout les urgences et les patients sans couverture maladie. À partir de la fiche patient qui est complétée au fur et à mesure de la consultation, j'obtiens des informations sur les patients.

Le **premier patient** est un jeune homme de nationalité mauricienne. Il parle assez bien le français. Le Dr Le Floch lui pose des questions sur sa situation sociale et sur des éléments qui de premier abord n'ont pas directement à voir avec la prise en charge médicale. Ainsi, j'apprends qu'il est épileptique et qu'il a été adressé à la PASS par Médecins du Monde parce qu'il a besoin de médicaments qu'ils n'avaient pas dans leur pharmacie. J'apprends également qu'il vit en foyer. Elle lui demande si ça se passe bien dans son foyer, il raconte un peu. Elle lui demande ensuite par qui il est suivi au niveau médical. Il montre alors des papiers, la carte du foyer et le papier de l'AME. Il montre également au médecin d'autres papiers d'une prise en charge par l'Armée du Salut. Elle demande s'il a des antécédents familiaux. Mais, la discussion dérive très vite sur ses propres problèmes, il confie ses anciens problèmes de boisson, de tabac. Il a tout arrêté depuis qu'il a trouvé un hébergement. Il poursuit ses confidences et nous dit qu'il est ancien héroïnomane. Il a un médecin traitant qui le suit normalement, mais il est en rupture d'AME et s'est donc rendu à Médecins du Monde qui l'a envoyé ici. Le médecin lui explique qu'il va devoir aller à la pharmacie de l'hôpital pour aller chercher ses médicaments contre l'épilepsie. Le Dr Le Floch poursuit la consultation en lui posant des questions sur sa situation familiale : sa femme est morte et il a une fille qui va au lycée à l'Ile Maurice et qu'il n'a pas vu depuis longtemps. La consultation se termine alors que le Dr Le Floch lui demande s'il veut faire un test de dépistage du VIH. Il accepte. Elle lui fait donc une ordonnance et lui explique où il peut faire la prise de sang et où est la pharmacie. Cette entrevue a duré plus d'une demi-heure. La consultation est ensuite interrompue par la visite d'un représentant de laboratoire qui vient présenter un nouvel antidépresseur. Le Dr Le Floch l'écoute poliment et accepte les échantillons.

La **seconde patiente** est accompagnée de son mari. Ce sont des Rroms de Roumanie. Ils ne parlent pas français. Ils sont déjà venus. Sur la fiche sociale, je vois qu'ils ont cinq enfants et qu'ils vivent dans une caravane. Elle vient pour des problèmes de dos, elle a fait des examens et le Dr Le Floch en interprète les résultats. Elle lui dit en articulant « Résultats : tout très bien » en montrant le papier et en souriant pour lui faire comprendre qu'il n'y a rien

d'inquiétant. Elle m'explique qu'ils sont en France depuis un an et que la patiente a déjà été prise en charge dans plusieurs hôpitaux (à l'hôpital B par exemple), elle a déjà des médicaments. La communication est très limitée, un peu de mimes, des gestes avec lesquelles le docteur accompagne le patient. Mais au moment d'expliquer la prescription, il est difficile de savoir ce qui est compris par la patiente…

La **troisième patiente** est une femme venue seule. Elle habite à Poissy à plus de 30 kilomètre de l'hôpital et à plus d'une heure de transport. Ce n'est pas la première fois qu'elle vient, elle n'a pas de couverture maladie et est prise en charge dans le cadre de la PASS. Elle est suivie pour un gland qui a grossi derrière ses yeux. Elle a besoin d'une chirurgie et d'une IRM. Elle est originaire du Pakistan. Elle a d'abord été prise en charge dans le CASO parisien de Médecins du monde avant d'être prise en charge ici à la PASS. Elle parle très bien français. Une hospitalisation à l'hôpital J est prévue le 19 janvier ; elle sera avancée si il y a des complications (selon les résultats de l'IRM). En attendant l'opération, elle prend des médicaments. Elle est prise en charge à la fois à la PASS et dans le service spécialisé de l'hôpital J, le Dr Le Floch me dit que la communication avec le service de spécialité est difficile, ils ne répondent pas au téléphone et ne communiquent pas les données médicales.

Le **quatrième patient** est un jeune homme. Il a déjà été vu plusieurs fois aux « Consultations de médecine PASS ». Il a une AME. Il a un diabète bien équilibré. Il vient parce qu'il a des champignons sur les pieds, mal au dos et est constipé. Il doit faire une prise de sang aujourd'hui, il est venu à jeun. Elle l'envoie dans un centre pour faire un prélèvement sur ses pieds pour ses champignons. Elle lui prescrit du paracétamol pour le dos et des sachets pour la constipation. Il vient ici depuis plus d'un an. Il a fait beaucoup d'examens (endocrino/oncologie). Note : étant donné qu'il a une AME, il pourrait aller voir un médecin en dehors de la PASS. Mais le Dr Le Floch ne l'y incite pas, au contraire elle lui dit de revenir ici.

### 2 - 14 - 2 Une demi-journée aux « Consultations de médecine PASS » de l'hôpital J avec le Dr Galland, médecin généraliste à la retraite — mars 2012 — extraits de carnet de terrain

J'arrive à 9h pour faire ma troisième journée d'observation à la PASS de l'hôpital J. L'agent d'accueil me dit que je pourrais observer la consultation du Dr Galland ce matin, j'acquiesce. Il faut que j'attende un peu parce qu'il n'est pas encore arrivé. Quand il arrive l'agent d'accueil me présente et explique au Dr Galland que je viens pour faire une étude de sociologie. Le Dr Galland a l'air enthousiaste et me fait entrer dans son cabinet. Lorsque je lui explique un peu plus précisément l'objet de mon travail, il me dit que sa consultation ne sera pas forcément intéressante pour moi parce qu'il ne fait pas vraiment de la PASS. Il consulte surtout sur rendez-vous (qui sont pris 15 jours à l'avance). Il voit des patients PASS juste de temps en temps entre deux patients, s'il y a besoin.

Le Dr Galland consulte à l'hôpital parce qu'il est à la retraite depuis quelques années et qu'il n'a donc plus le droit d'exercer dans son cabinet en ville. En effet, il existe des dérogations pour l'exercice à l'hôpital, il peut demander à continuer à y exercer quelques demi-journées par semaine pendant quelques années de plus.

Le premier patient est un homme de 71 ans au patronyme français. Il a un gros dossier médical. Le Dr Galland lui fait une blague en arrivant. Ils se connaissent depuis longtemps, c'est son médecin traitant depuis plus de 10 ans. Le patient à un problème de hanche. Le patient a quand même l'air d'être d'origine populaire, il a des tatouages sur les bras, une gourmette et un langage un peu populaire. C'est une visite de routine.

La **deuxième patiente** est une femme qui vient pour renouveler ses ordonnances. Elle voit normalement un autre médecin des « Consultations médecine PASS », mais il y avait trop de monde et elle ne voulait pas attendre parce qu'elle part à l'étranger. Elle travaille comme chercheuse dans un laboratoire de recherche de l'hôpital J et fait des recherches sur la maladie d'Alzheimer. Le Dr Galland est très intéressé par son travail, lui pose plein de questions auxquelles elle répond poliment et gentiment. Elle est venue pour avoir du Lexomil et du Stilnox, un calmant et un somnifère. Elle explique que son travail est très stressant, qu'elle voyage beaucoup pour présenter ses recherches. Le docteur ne pose pas plus de question et lui antidate une ordonnance pour plus tard.

La **troisième patiente** est une femme originaire d'Afrique assez âgée, elle a un gros dossier. Elle a eu un accident du travail, une chute ayant causé un traumatisme crânien. Elle a été aux urgences à X. Elle explique son accident : elle s'est blessée au pied, veut prolonger son arrêt de travail de quelques jours. Le docteur l'examine, lui demande quand ça fait mal, il est un peu suspicieux, dit que ce n'est pas normal qu'elle ait mal quand il fait certains gestes. Mais à la fin elle le convainc. Il lui prolonge son arrêt de travail. Elle a un médecin traitant. Note : le Dr Galland ne fait pas du soin de la précarité, il ne s'intéresse pas à sa Sécurité sociale ou à sa situation sociale. Il fait un arrêt de travail de cinq jours supplémentaires, elle veut un jour de plus, le docteur refuse. Il lui remplit un arrêt de travail, il manque le numéro de Sécurité sociale, il demande si elle sait le faire, elle dit non. Il le remplit. Elle doit revenir mercredi prochain.

L'aide soignante apporte un dossier en plus : c'est le fils d'une dame qui travaille ici.

Le **quatrième patient** est un jeune homme originaire de Côte d'Ivoire. Il vient ici avec des examens. Il est vu depuis un an par le Dr Galland. Sur son dossier, il est marqué par qu'il a été orienté par Médecins sans Frontières. Il a une bactérie gastrique et a besoin d'antibiotiques. Le docteur ne parle quasiment pas avec le patient, il lui a fait le diagnostic avec un jargon médical que le patient n'a pas l'air d'avoir bien compris. Avant de faire la prescription, il demande au patient s'il achète ses médicaments en pharmacie ou si c'est l'hôpital qui les lui donne (ce sont deux ordonnances différentes). Il les achète en pharmacie (ce qui signifie qu'il a une sécurité sociale).

La **cinquième patiente** est une jeune femme française qui a l'air d'appartenir à la classe moyenne. Elle s'est fracturée le petit orteil. Le docteur lui attache deux orteils ensemble avec du sparadrap et lui fait un arrêt de travail pour le jour même.

Le **sixième patient** est un vieil homme français de 70 ans qui parle avec un accent populaire. Il a des problèmes urinaires. Le docteur l'ausculte. C'est une visite de routine afin de renouveler des ordonnances.

Le **septième patient** est un homme français, c'est un patient habituel du Dr Galland, mais aujourd'hui il a été mal orienté, il voulait voir un gastro-entérologue.

## ANNEXE 3 — COMPTES RENDUS DES RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE - MÉDICO SOCIALE ET ÉTHIQUE

# 3 - 1 RCP médico-sociale et éthique 3/7/12, PASS de l'hôpital C

« Compte-rendu rédigé par : Dr Emilie Petit (médecin référente de la PASS) et Dr X (praticien attaché consultation Apollinaire)

Etaient présents

Dr X (praticien attaché consultation Apollinaire), M De Menthon Dr Y (PH, Médecine Interne, référente histiocytose), Dr Z (interne PASS), Dr E. Petit (PH PASS), S. Dupuis (ASE PASS), V. Lacourt (ASE, PASS), Pr. W (PU-PH cancérologie), Dr V. (CCA pneumologie), Madame U (direction)[26].

M M., 33 ans, arménien, arrivé en France en mai 2012 pour tenter de bénéficier de soins pour une histiocytose prise en charge jusqu'alors en Russie. Il aurait trouvé sur internet que l'hôpital C est un centre de référence de cette maladie et payé un passeur (5000 euros) pour venir en France. Le passeur aurait gardé le passeport du patient. Celui-ci s'est présenté aux urgences de l'hôpital C d'où il a été adressé à la consultation Apollinaire. Le patient est vu aux urgences le 28/5/12 puis à la consultation Apollinaire.

M M. se retrouve en France sans argent et sans hébergement (il dort parfois dans le hall de l'hôpital ou dans une église du 16ème arrondissement).

Le diagnostic d'histiocytose osseuse et pulmonaire a été porté en 2011. On peut y rattacher une surdité progressive de l'oreille droite évolutive depuis 2006 liée à l'atteinte osseuse du rocher par la maladie.

L'atteinte osseuse est au premier plan. Elle est compliquée au fémur droit de séquelles d'épisodes fracturaires et infectieux qui ont émaillé l'histoire de la maladie depuis 1997, date d'un accident de la voie publique responsable d'une fracture traitée par ostéosynthèse en Arménie. Il sera opéré 8 fois entre 1998 et 2007, et a eu un fixateur externe jusqu'en 2007. Après un intervalle libre jusqu'en 2011 survient une fracture spontanée du fémur droit. Le patient sera alors pris en charge en Russie. Une biopsie osseuse est alors réalisée et permet de poser le diagnostic d'histiocytose langerhansienne.

Un traitement par chimiothérapie par prednisone, vinblastine et méthotrexate est alors débuté. Il aurait reçu 3 cycles entre avril 2011 et avril 2012. Ce traitement aurait été prescrit en Russie et effectué en Arménie où les soins seraient moins chers.

Le décès de son père en avril 2012 le fait remettre en question la qualité de sa prise en charge, et motive son voyage en France pour un second avis. Il a pour projet d'être traité en France

[26] Tous les noms et lieux ont été modifiés pour respecter l'anonymat des enquêtés. Le nom des personnes ne participant pas directement à l'enquête ont été remplacé par des lettres.

et de retourner ensuite dans son pays d'origine. Ayant utilisé tout son argent pour venir, il sollicite d'être soigné en France, à titre « gratuit ».

Il a été reçu à la consultation Apollinaire 4 fois à partir du 29/5/12. Il a apporté son dossier médical, en russe et en arménien ainsi que les CD des TDM de mars et octobre 2011.

Les problématiques médicales au premier plan sont donc les suivantes :

- L'atteinte osseuse : Il s'agit de l'atteinte la plus symptomatique. Le patient marche avec difficulté, membre inférieur en extension, maintenu par une orthèse (réalisée sur mesure en Russie). La radio du fémur faite en Russie montre des lésions osseuses étendues associant lésions d'histiocytose et remaniements post-fracturaires et post-infectieux.

- L'atteinte pulmonaire : Elle se manifeste par la présence de multiples lésions kystiques dans la moitié supérieure des deux champs pulmonaires. Cette atteinte pulmonaire n'entraîne pas de retentissement fonctionnel majeur.

- Des lésions suspectes retrouvées sur un nouveau scanner pratiqué à l'hôpital C, considérant que les images des scanners de Russie n'étaient pas suffisantes

  - un nodule pulmonaire spiculé du lobe supérieur droit de 10 mm de diamètre pouvant faire suspecter une lésion néoplasique

  - une image nodulaire sur le rein droit de 20mm de diamètre

Les questions posées en RCP MSE sont les suivantes : Quel traitement pourrait être proposé ? Un éventuel traitement en France apporterait-il un véritable bénéfice par rapport au traitement qu'il pourrait recevoir en Russie ? Est-il légitime que ce patient bénéficie de soins « gratuits » en France ? En pratique, à court terme, jusqu'où envisager des explorations complémentaires ?

La situation sociale de ce patient est abordée. Il n'aurait jamais travaillé. Il serait en invalidité depuis l'âge de 18 ans. Il reçoit une pension dans son pays de résidence.
En France, il n'a donc ni domicile, ni revenu, ni lien familial ou social solide. Il vient cependant à tous les rendez-vous accompagné par un compatriote qu'il aurait rencontré à proximité de l'hôpital. Le patient ne parle ni le français ni l'anglais et c'est ce compatriote qui sert de traducteur.

Tenant compte du fait que venir en France pour se faire soigner ne permet pas d'obtenir l'AME, il est probable que le patient ne puisse pas bénéficier d'une couverture sociale. Ainsi, les soins qui seraient engagés le seraient en "non-valeur" pour l'hôpital.
Quoi qu'il en soit, l'obtention d'une couverture sociale ne règlerait évidemment pas les autres problèmes, en particulier celui de l'hébergement.

1) La question de l'histiocytose a été envisagée au préalable en RCP histiocytose où le dossier du patient a été présenté le 4 juin dernier par Dr Y. Il en ressort qu'avant toute prise en charge, une couverture sociale est nécessaire. La prise en charge médicale nécessiterait des mois de traitement et devrait être précédée par une biopsie osseuse, vu l'aspect très inhabituel des radios, afin de déterminer s'il existe des lésions d'ostéite chronique associée aux lésions d'histiocytose.

En ce qui concerne le traitement de l'histiocytose, Dr Y explique que d'un point de vue strictement médical, le premier temps du traitement serait une association de corticoïdes et de Velbé*, puis une réévaluation après 6 mois de traitement. En l'absence d'amélioration, un traitement par Cladribine* pourrait être proposé. Dans le cas particulier du patient et tenant compte du risque infectieux (réactivation d'une ostéite chronique), cette alternative ne peut être envisagée. La réalisation d'une biopsie osseuse est finalement jugée trop dangereuse car risquant une nouvelle infection ou de réveiller un processus inflammatoire.

Pour ce qui est de l'histiocytose, le traitement qui pourrait être envisagé en France ne serait pas supérieur au traitement qui pourrait être réalisé en Russie. Tenant compte des conditions de vie du patient en France, il est à craindre qu'il survienne plus d'effets indésirables que si ce traitement est réalisé dans son contexte de vie habituel.

2) L'atteinte osseuse peut être envisagée à part. Faut-il envisager une consolidation ? Un avis sera pris dans un deuxième temps auprès du Dr U, CCA en chirurgie orthopédique à l'hôpital O.

Etant donnée l'extension des lésions, tout est techniquement compliqué.

Un enclouage centro-médullaire est inenvisageable du fait de l'extension de l'atteinte osseuse.

Une osteosynthèse type vis-plaque comporterait un risque infectieux trop important.

Un fixateur externe pourrait être envisagé, mais il s'agit d'une solution très lourde et qui pourrait être pratiquée en Russie (cf fixateur externe d'Ilizarov).

Puisque le patient n'est pas douloureux, on peut être à peu près sûr qu'il n'y a pas de lésion pré-fracturaire menaçante dans l'immédiat. L'orthèse semble pouvoir protéger le fémur et étayer efficacement la marche. Il n'y a donc pas d'urgence à intervenir.

3) La question de la nécessité de biopsier des lésions scannographiques suspectes est posée.

La discussion est importante car en cas de découverte d'une lésion néoplasique, il pourrait être nécessaire d'envisager des explorations complémentaires (PET scan…) et une éventuelle chimiothérapie, difficile à réaliser pour ce patient sans hébergement.

Dr X et Pr W ont montré les images à la CCA de radiologie. Après discussion avec les intervenants et comparaison des images radiologiques aux données antérieures disponibles, il s'avère que les lésions pulmonaires et rénales n'évoluent pas depuis octobre 2011 et ne nécessitent donc pas de prise en charge en urgence. Une surveillance scannographique pourra être proposée dans 6 mois.

Conclusion

L'histiocytose langerhansienne est une maladie chronique qui ne nécessite pas de traitement en urgence et qui ne sera pas guérie quel que soit le traitement.

Le traitement proposé en Russie était adapté et celui qu'on pourrait lui proposer en France ne serait pas supérieur.

Le patient avait accès aux soins et des revenus dans son pays d'origine, ce qu'il n'a pas en France à ce jour.

Les lésions considérées comme suspectes sont stables depuis au moins un an. Elles ne nécessitent qu'une surveillance à distance, qui pourra être faite en Russie.

Tenant compte de tous ces éléments, il n'y a aucune légitimité à prendre en charge ce patient en France. Il apparait préférable pour le patient de poursuivre les soins dans son pays d'origine.

Cotation par la grille de décision multidimensionnelle

Le remplissage de la grille de décision multidimensionnelle donne un score de +20[27], score positif, donc en faveur de la décision prise de façon collégiale.

Proposition :

Le patient sera reconvoqué le 17 juillet à 16h pour une consultation en présence du Dr X, du Dr Y, du Dr T, du Pr W et d'un interprète professionnel arménien pour explication des conclusions de la RCP. »

[27] Voir la grille de décision des RCP-MSE aussi en annexe.

## 3 - 2 RCP médico-sociale et éthique du 14 juin 2012

« Etaient présents :

Mme Z (Accompagnatrice santé, Maison Information en Santé), Mme Y (ASE gastro), Dr X (Consultation PASS), Dr W (Soins Palliatifs), Dr V (interne), Mme U (ASE chirurgie générale), Mme T (directrice des finances du groupe hospitalier), DR E. Petit (Consultation PASS), S. Dupuis (ASE PASS), V. Lacourt (ASE PASS), Dr S (gastro-entérologie), Pr R (Espace Ethique AP-HP), Dr Q (oncologie), Dr P (interne).[28]

Exposé de la situation :

Patient : M. N, 42 ans, roumain

Situation sociale : en France avec 15 membres de sa famille depuis janvier 2012, sans couverture sociale, vit dans la rue de la mendicité.

Pathologie évolutive : cancer du rectum avec récidive loco-régionale et métastases pulmonaires multiples. Il s'agit donc d'une pathologie non curable.

Histoire de la maladie : Cancer du rectum traité à Crajova en Roumanie en 2011 par radiothérapie et chimiothérapie. Traitement pouvant être considéré comme optimal. Rechute à moins d'un an traitée par 2 cycles de chimiothérapie, mal tolérée par le patient. Décision de venir en France dans l'idée de guérir (à noter qu'on ne sait pas quelle information lui a été fournie en Roumanie).

Situation clinique : Le patient est pour le moment totalement asymptomatique.

Question : Quel traitement envisager ?

Les options thérapeutiques envisagées :

D'un point de vue médico-technique, l'option à envisager prioritairement est celle d'une chimiothérapie par voie intra-veineuse. Plusieurs options seraient envisageables. Les données actuelles mettent en évidence que le pronostic est équivalent en instituant d'emblée une chimiothérapie avec 3 molécules ou en envisageant une stratégie additive en l'absence de réponse à l'étape précédente (une puis deux puis trois drogues).

Dans un tel type de cancer, Dr S estime le pronostic médian de survie à 2 ans avec une chimiothérapie (sous réserve d'être dans des conditions optimales) et de 6 mois sans chimiothérapie.

[28] Tous les noms et lieux ont été modifiés pour respecter l'anonymat des enquêtés. Le nom des personnes ne participant pas directement à l'enquête ont été remplacé par des lettres. Les passages en rouge sont dans l'original du document.

Tenant compte de la spécificité de la situation du patient, il n'est pas possible d'envisager une chimiothérapie systémique. Chez ce patient vivant dans la rue, la toxicité potentielle du traitement serait bien supérieure au bénéfice attendu. Cette option n'est donc pas envisagée.

Deux options sont alors envisagées : une monochimiothérapie par 5 FU orale de type Xeloda* ou une abstention thérapeutique, tout au moins dans un premier temps.

Les éléments de la discussion

Tenant compte de l'absence d'hébergement, le risque d'une éventuelle chimiothérapie serait supérieur à son bénéfice. Ceci est d'autant plus vrai que le patient est asymptomatique et que le traitement n'apportera alors aucune amélioration fonctionnelle ni antalgique.

Même si des démarches pour obtenir une couverture sociale étaient envisagées, elles prendraient plusieurs mois (pas d'AME possible avant le 22 août) et surtout, elles ne permettraient pas au patient d'avoir de logement ni d'aides financières.

Il apparait que le patient a eu accès à des traitements adaptés en Roumanie. Il ne pourrait ainsi pas bénéficier d'une autorisation de séjour pour raison de santé. On note à ce propos que le patient a été pris en charge dans un centre utilisant des techniques de pointe comme l'atteste une analyse de biologie moléculaire réalisée en Roumanie (recherche du statut KIRAS).

La question du coût du traitement est également abordée, non qu'il s'agisse d'un élément intervenant isolément dans la décision mais qu'il doit être mis en perspective avec le bénéfice attendu. Le coût d'un mois de traitement pas Xeloda* est environ de 400 euros par mois. Si ce traitement était envisagé, il conviendrait ensuite d'envisager les options de délivrance de ce traitement : à la charge du patient en France, via le dispositif de délivrance de soins « gratuits » de la PASS ou bien en Roumanie par l'hôpital qui a institué le traitement.

A nouveau, ce sont les effets secondaires potentiels du Xeloda qui apparaissent comme en défaveur de l'institution de ce traitement tenant compte des conditions de vie du patient. En effet, Dr S rappelle qu'il y a environ 20% de toxicité de grade III ou IV, en particulier diarrhée profuse, mucite et syndrome mains-pieds, et que ces effets secondaires peuvent être dans certains cas à l'origine du décès de patients traités par Xeloda (diarrhée avec risque d'hypokaliémie, infection sur cytopénie).

La grille multidimensionnelle de décision[29] a été utilisée pour tester ces 2 options. Le résultat est le suivant : -14 pour l'option Xeloda* et 0 pour l'option abstention thérapeutique pour le moment

Commentaires

Cette situation caractérisée par un cumul de vulnérabilités illustre à nouveau que la décision ne peut être seulement du ressort médical.

[29] Voir la grille de décision des RCP-MSE aussi en annexe.

Pr R évoque ici l'émergence de questionnements sans repère existant pour y répondre. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des personnes malades semble ainsi montrer des limites dans ce type de situation.

La question de l'autonomie est ainsi posée de façon singulière. Comment mettre en avant cette valeur chez ce patient à l'autonomie réduite (situation financière, barrière de la langue, absence d'hébergement…).

On a abordé la question de la liberté de choix. Certes, ce patient a choisi de venir et se mettre lui-même dans cette difficile situation. Cependant, a-t-il vraiment eu le choix à titre personnel. N'a-t-il pas été contraint dans une logique collective imposée par la famille ou par le clan ?

La question de la valeur de justice se pose avec force dans cette situation. Celle-ci nous impose de penser le préjudice qu'elle peut entraîner pour les autres patients, les « tiers invisibles » dans la relation de soin. Elle pose la question de la tension entre une visée humanitariste et la rationalité économique.

Intégrer ce patient dans un dispositif de soin « gratuits » en France pourrait être considéré comme irrecevable dans une perspective de justice sociale.

Cette situation illustre l'extrême difficulté de la position du médecin devant faire face à des choix qui ne relèvent pas de son champ d'intervention. Cela met en évidence le manque d'un sas de régulation. La PASS apparait comme le lieu idéal pour élaborer cette fonction de régulation dans une nouvelle forme de collégialité. Elle constitue en effet une interface entre la ville et l'hôpital et elle repose sur une logique de décloisonnement médico-social.

Concernant enfin l'utilisation de la grille de décision, il est intéressant de noter que le résultat chiffré obtenu avec la grille de décision est concordant avec l'option choisie (nombre plus élevé pour l'option de l'abstention). D'un point de vue qualitatif, il est également intéressant de noter que les résultats des 2 options thérapeutiques concordent également avec le fait que la solution choisie est la moins mauvaise, sans être vraiment bonne (cotée à 0) mais cependant moins mauvaise que l'autre option, cotée négativement (-14). Ce résultat permet d'envisager que la grille a permis de valider ce qui avait été envisagé en amont lors du premier temps de la discussion. »

## 3 - 3 RCP MSE du 17 janvier 2012

« Mme M

Etaient présents : Mme A (ASE hémato), Dr PH E. Petit (Consultation PASS Apollinaire), Mme B (direction des finances du GH), M C (pharmacie), Mme C. Allée (Cadre sociale socioéducatif), Mme D. (direction du GH), Dr E (hématologie), Dr Lacombessie (Consultation PASS Apollinaire)[30]

Mme M, 56 ans, camerounaise, est atteinte d'une leucémie à plasmocytes, forme de myélome de mauvais pronostic.

Elle vient pour essayer de traiter cette maladie en France car on lui a expliqué qu'il n'y avait aucun moyen de guérison au Cameroun. Elle a obtenu un visa de tourisme. Elle est arrivée directement à l'hôpital C dès son arrivée à Roissy. Elle s'est présentée aux urgences de l'hôpital C. Devant la gravité de la situation, avec en particulier une anémie sévère à 3g/dl, elle a été hospitalisée en urgence en hématologie le jour même. Elle y est restée 2 semaines. Elle y a bénéficié d'une chimiothérapie (endoxan et prednisone) et de transfusion.

Mme M est fonctionnaire au Cameroun, couverte par une assurance et une mutuelle dans son pays d'origine. Elle n'a aucune famille en France. Elle est pour le moment hébergée par une compatriote en région parisienne.

Son projet était de guérir et de repartir au Cameroun.

Les hématologues lui ont expliqué que sa maladie n'était pas curable mais pouvait être mise en rémission, peut-être de façon prolongée (plusieurs années), avec nécessité de surveillance.

Malgré tout, à son âge, si elle était française couverte pas l'assurance maladie, une autogreffe pourrait être envisagée. Ce traitement couterait entre 200 et 300.000 euros.

Pour le moment, la proposition est un traitement ambulatoire et un support transfusionnel toutes les 2 semaines. Le traitement ambulatoire repose sur les molécules suivantes : thalidomide, endoxan et medrol. Le thalidomide coûte à lui seul 800 euros par mois.

La discussion porte sur la légitimité de la prise en charge de ce traitement par le dispositif PASS de la consultation Apollinaire.

Sachant que la patiente est couverte par une assurance jusqu'à 60.000 euros et que jusqu'à maintenant, 46.000 euros ont été dépensés, les dépenses médicamenteuses pourraient être prises en charge par celle-ci.

Les options envisagées pour obtenir le traitement sont donc les suivantes : délivrance par le service, délivrance en ambulatoire et paiement par la patiente, paiement pas la mutuelle, délivrance via le dispositif PASS.

[30] Tous les noms et lieux ont été modifiés pour respecter l'anonymat des enquêtés. Le nom des personnes ne participant pas directement à l'enquête ont été remplacé par des lettres.

Après analyse de la situation financière par Mme A, ASE en hématologie, la patiente ne peut en aucun cas payer et la mutuelle ne semble pas vouloir financer ces traitements. La patiente est donc adressée à la consultation Apollinaire (PASS) où le traitement est prescrit pour une semaine, puis renouvelé une nouvelle fois.

Depuis la RCP :

La patiente ne peut payer les traitements nécessaires. La société d'assurances camerounaise n'a semble t'il pas effectué de virement bancaire).
Le Dr E n'a pas réussi à joindre l'oncologue sur place a Douala pour le moment…
Nous sommes donc contraints de poursuivre la délivrance des médicaments dans la cadre du dispositif PASS pour le moment. Pour le support transfusionnel (environ toutes les 3 semaines, les hématologues procèdent à des hospitalisations avec un certificat d'urgence.

La situation sociale ne s'arrange pas. La personne qui l'hébergeait initialement lui a demandé de partir. Elle se retrouve hébergée chez une cousine, à Joigny, à 25 km d'Auxerre.

Pour ce qui est de l'accompagnement, nous l'avons mise en relation avec la psychologue et le représentante du culte protestant.

La délivrance des traitements dans le cadre du dispositif Apollinaire étant une solution transitoire, il est indispensable d'organiser une nouvelle RCP MSE afin d'envisager les perspectives à moyen et long terme. »

# ANNEXE 4 – GRILLE DE DÉCISION UTILISÉES LORS DES RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE MÉDICO-SOCIALE ET ÉTHIQUE (RCP-MSE)

**Grille d'aide à la décision clinique en situation de complexité V10**

*En prenant en compte les éléments bio-psycho-sociaux de la situation, la grille aide le clinicien à décider quelle serait l'option clinique la plus pertinente à proposer au patient. Elle facilite également l'examen comparatif de plusieurs alternatives thérapeutiques (intervention moins spécifique, soins de support traitement de la douleur...)*

Présentation générale du cas

Identité du patient :
Age, sexe :
*Principales informations relatives à sa situation personnelle :*

Exposition du cas clinique - Pathologie (*description du problème justifiant le recours à la grille décisionnelle*) :

Pour ce cas, ... alternatives thérapeutiques peuvent être envisagées *(si trois alternatives sont étudiées, prévoir une grille supplémentaire)* :
1)
2)

**La grille ci-dessous permet de décrire la situation clinique et le contexte personnel du patient ainsi que ses facteurs de motivation.**
**Elle se décompose en 4 catégories de critères. Chaque critère est présenté sous la forme d'une question à choix multiple dont la formulation est soit une alternative (oui/non/ NA = critère non pertinent pour ce cas), soit une échelle chiffrée, une échelle de pourcentage ou une échelle qualitative.**

**Vous considèrerez l'opportunité d'entreprendre le traitement proposé ou, dans certains cas, l'alternative entre deux traitements envisagés, au regard de la situation présente du patient.**
**S'il faut comparer entre 2 options de traitement (traitement intensif ou non-spécifique, traitement à visée curative ou palliative, prise en charge ou non-intervention...) , il est préférable de traiter un critère après l'autre, en considérant à chaque fois la pertinence de différentes options de traitement, comme la grille le propose.**
Vous pèserez chaque critère **en regard de chaque alternative de traitement (cotation n°1, puis cotation n°2) .** Votre évaluation se fera sous forme d'une notation positive, négative ou neutre **(de +3, 0, à –3). La note + 3 signifie « situation très en faveur de l'adoption de ce traitement ». La note - 3 signifie «situation très en défaveur de l'adoption de ce traitement».** *Pour certains critères, il sera normal que les notes attribuées à l'option d'un traitement curatif intensif soient très différentes de celles attribuées à l'option de traitement palliatif. Pour d'autres critères, les évaluations seront plus nuancées.*
**Attention : chaque critère doit être pesé pour lui-même. La pondération des critères s'opère d'elle-même à travers le décompte des points totalisés (résultat comptabilisé en bas des colonnes cotation n°1, cotation n°2).** *Toutefois, puisque les critères visent à décrire une situation, les éléments considérés présentent un lien logique entre eux ; on peut s'attendre à ce que les réponses fournies dans votre appréciation s'articulent et se complètent.*

| | ALTERNATIVE N°1 | | ALTERNATIVE N°2 | |
|---|---|---|---|---|
| CRITERES CLINIQUES | | | | |
| Critères | Situation du patient<br>Commentaires éventuels avec l'alternative de traitement 1 | Cotation Alternative 1 | Commentaires éventuels avec l'alternative de traitement 2 | Cotation Alternative 2 |
| 1- Âge (>80ans, 50-80, <50 ans), Terrain | | | | |
| 2- Evaluation de l'état général (PS) : 4, 2/3, 1 ou 0 *(attention 4= état très dégradé dans le score oms)* | | | | |
| 3- Evaluation de l'état cognitif et autonomie (IADL), altération importante, discrète, NA | | | | |
| 4- Notion d'urgence médicale vitale : oui/NA/non | | | | |
| 5- Durée prévisible du traitement : <6 mois, 6 à 12 mois, > à 6 mois | | | | |
| 6- Probabilité de guérison à ce jour : <10%, 10-70%, >70% | | | | |
| 7- Probabilité d'amélioration significative : Amélioration de l'autonomie *(ex sortir d'hospitalisation)* et/ou du retentissement fonctionnel <10%, 20-60%, >70%) | | | | |
| 8- Probabilité d'amélioration significative : Diminution de la douleur *(si contrôle insuffisant par antalgiques )* <10%, 10-70%, >**70%)** | | | | |
| 9-Facteurs de mauvais pronostics (échec d'un premier traitement) : oui, NA, non | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 10- Rapidité de l'évolution spontanée en l'absence de l'intervention : lente, intermédiaire, NA, rapide | | | | |
| 11- Médiane de survie : <1 an, 1 à 3 ans, > 3 ans, NA | | | | |
| 12- Importance des effets secondaires prévisibles du traitement et/ou interactions médicamenteuses potentielles : forts, moyens, faibles, NA | | | | |
| 13- Poids des séquelles liées à l'intervention prévisibles : lourdes, faibles, pas de séquelles, NA | | | | |
| 14- Eléments de nature médicale susceptibles d'entraver le retour au pays (si souhaité) : oui, non, NA | | | | |
| 15- Complications possibles des co-morbidités significatives : oui, non, NA | | | | |
| 15b Altération de l'état nutritionnel : dénutrition sévère ou modérée, dénutrition légère, pas de dénutrition | | | | |
| 16- Pathologie psychiatrique risquant d'entraver les soins : Oui / Non | | | | |

## CRITERES ADMINISTRATIFS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 17- Ressources humaines et moyens du service : place disponible, Place/ressources incertaines, NA | | | | |
| 18- Accès possible à une structure adaptée : Critères administratifs non remplis/NA / critères remplis. | | | | |
| 19- Coût traitement : >30.000 €, intermédiaire ou NA, <5.000 € | | | | |
| 20- Solvabilité (en absence de couverture sociale) : non, NA ou partielle, oui | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 21- Traitement accessible ailleurs (dont pays d'origine) : non, NA, oui | | | | |
| 22- Possibilité du retour au pays (ou départ dans un autre pays) : non, NA, oui | | | | |
| 23 - Projet de séjour durable ou d'installation en France formulé par le patient : oui, non, NA, | | | | |
| 24- Délai avant reprise possible d'une activité professionnelle : >12 mois, 3-12 mois, <3 mois | | | | |

## CRITERES SOCIOLOGIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 25- Hébergement/logement stable : non, NA, oui | | | | |
| 26- Existence de liens sociaux et familiaux en France: non, NA, oui | | | | |
| 27- Existence de liens sociaux et familiaux forts dans le pays d'origine : oui, NA, non | | | | |
| 28- Evaluation de la motivation à être soigné : mauvaise, NA ou incertaine, bonne | | | | |
| 29- Capacité d'adaptation aux contraintes associées aux soins : (mauvaise, NA ou incertaine, bonne) | | | | |
| 29b Capacité à avoir une offre alimentaire régulière et/ou accès possible à une complémentation nutritionnelle | | | | |
| 30- Implication des proches : mauvaise, NA ou incertaine, bonne | | | | |
| 31- Questionnement lié aux valeurs ou croyances pouvant entraver le suivi du traitement (suggéré par le patient ou la famille) : oui, NA, non | | | | |

## CRITERES RELATIONNELS (INTERACTION AVEC LE PATIENT)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 32- Formulation de la demande par le patient : Oui, Non, NA | | | | |
| 33- Instauration d'un dialogue ouvert avec le patient : (Oui, NA, Non) *NA = dialogue impossible vu l'état du patient* | | | | |
| 34- Cohérence de la proposition thérapeutique avec la demande du patient : bonne, faible, NA | | | | |
| 35- Qualité de la relation entre le patient et l'équipe de soin (membres du service) : tendue, NA ou incertaine, bonne | | | | |
| 36- Avis de l'équipe de soin sur la prise en charge du patient : favorable, NA ou NSP, contre | | | | |
| COMMENTAIRES SUR L'ALTERNATIVE 1 | | TOTAL COTATION | COMMENTAIRES SUR L'ALTERNATIVE 2 | TOTAL COTATION |

COMMENTAIRES, DISCUSSION de L'EQUIPE DE RCP SUR LES ALTERNATIVES DE TRAITEMENT ET DECISION FINALE

| |
|---|
| Evaluation du consentement du patient après information de la décision (compréhension, accord/ désaccord, points à expliquer, à préciser...) |

# ANNEXE 5 – EXEMPLES DE BONS PASS

## 5 - 1 Bons PASS transversale

Centre hospitalier intercommunal André Grégoire

**BON RADIOLOGIE**

Etabli par le Docteur .....
Pour M.....

En date du : /___/___/___/

Cachet et signature du médecin :

Coller l'étiquette ici

NE PAS PRESCRIRE SUR CE DOCUMENT

| Date | Identification du service | Codification de l'acte | Réservé à la caisse-inscription |
|---|---|---|---|
| | | | |

Centre hospitalier intercommunal André Grégoire

**BON PHARMACIE**

Etabli par le Docteur .....
Pour M.....

En date du : /___/___/___/

Cachet et signature du médecin :

Coller l'étiquette ici

A joindre à l'ordonnance

NE PAS PRESCRIRE SUR CE DOCUMENT

| Date | Identification du service | Codification de l'acte | Réservé à la caisse-inscription |
|---|---|---|---|
| | | | |

Centre hospitalier intercommunal André Grégoire

**BON LABORATOIRE**

Etabli par le Docteur .....
Pour M.....

En date du : /___/___/___/

Cachet et signature du médecin :

Coller l'étiquette ici

NE PAS PRESCRIRE SUR CE DOCUMENT

| Date | Identification du service | Codification de l'acte | Réservé à la caisse-inscription |
|---|---|---|---|
| | | | |

101

## 5 - 2 Exemple bon PASS dédiée

**PASS**
**FICHE DE LIAISON – 2011 – T$^{ts}$ EXTERNES**

| | |
|---|---|
| **NOM :** | Date : |
| **Prénom :** | NIP : |
| **Né(e) le :** | Service : |
| Adresse : | Assistante sociale :<br>Tampon AS ou service : |
| Date d'arrivée en France : | **Soins externes :** ☐ |
| Soins urgents : ☐ | **Médicaments :** ☐ |
| N° de Sécurité sociale : | |
| Adresse Caisse : | |
| CMU :<br>OD :<br>CMUC :<br>AME | **PASS définitive du …….. au ……..**<br>**Mise en attente :**<br>☐ **1 mois**<br>☐ **3 mois**<br>☐ **Renouvellement** |

**Motif du renouvellement :**

**PASS**
**FICHE DE LIAISON – 2011 – PATIENTS**
**Accès aux soins externes et / ou pharmacie**

| | |
|---|---|
| **NOM :** | Date : |
| **Prénom :** | NIP : |
| **Né(e) le :** | Service : |
| Adresse : | Assistante sociale :<br>Tampon AS ou service : |
| Date d'arrivée en France : | **Soins externes :** ☐ |
| Soins urgents : ☐ | **Médicaments :** ☐ |
| N° de Sécurité sociale : | |
| Adresse Caisse : | |
| CMU :<br>OD :<br>CMUC :<br>AME | **PASS définitive du ……. au ……..**<br>**Mise en attente :**<br>☐ **1 mois**<br>☐ **3 mois**<br>☐ **Renouvellement** |

# ANNEXE 6 — TABLEAUX

**Tableau 1 : trajectoires des professionnels des PASS dans l'espace du soin de la précarité hors hôpital**

| | |
|---|---|
| **Espace associatif et militant** | **Anne Jourdan** (ancienne assistante sociale, PASS René Barthe, ancienne militante à Aides et dans une autre association d'accompagnement de personnes séropositives) ;<br>**Dr Lebas** (ancien médecin référent et fondateur, PASS, hôpital H, ancien président de Médecins du monde) ;<br>**Dr Follereau** (ancien médecin référent, PASS René Barthe, hôpital A, ancien vice-président d'une grande association humanitaire internationale d'aide médicale et actuel président d'une association d'aide aux étrangers malades. Son engagement associatif est venu après la PASS) ;<br>**Dr Lamontagne** (médecins attaché, PASS René Barthe, actif dans une association de formation médicale en Palestine) ;<br>**Dr Vandenbulck** (médecin référent, PASS René Barthe, a milité dans plusieurs associations d'aide aux sans-papiers et dans des réseaux de soin de type « ville-hôpital », syndiqué au SMG) ;<br>**Dr Mégnen** (médecin référent, PASS de l'hôpital B) ;<br>**Dr Lacombessie** (médecin attachée, PASS Apollinaire, hôpital C, a été bénévole à Médecins sans frontières, international et en France) ;<br>**Dr Chaumont** (interne médecine, PASS Apollinaire, hôpital C, a fait du bénévolat avec ONG à l'international) ;<br>**Dr Mulet** (médecin référent, PASS psy, hôpital F, militant au syndicat MG France et responsable du Centre 15) ;<br>**Dr Blanchet** (médecin référent, PASS, hôpital G, militant à ATD quart monde) ;<br>**Dr Bartineau** (médecin référente, PASS, hôpital I, bénévole Médecins du Monde) |
| **Médecine de ville** | **Dr Lamarche (**médecin attachée, PASS Apollinaire, hôpital C et à une « Maison de santé » dans le nord de Paris) ;<br>**Dr Vandenbulck** (médecin référent, PASS René Barthe, médecin généraliste en libéral engagé en banlieue parisienne) ;<br>**Dr Pasquier** (médecin attachée, PASS René Barthe, travaille dans un centre de santé et dans une PMI) ;<br>**Dr Lacombessie** (médecin attachée, PASS Apollinaire, hôpital C, travaille dans un centre de santé et dans une PMI) ;<br>**Dr Le Floch** (médecin, interne, PASS, hôpital J) |
| **Prise en charge du VIH (réseau « ville-hôpital » dans les années 1990** | **Dr Vandenbulck** (médecin référent, PASS René Barthe, a participé à des réseaux de soin de type « ville-hôpital ») ; |

**Tableau 2 : répartition des enquêtés professionnels des PASS entre « outsiders » et « insiders » à l'espace de la médecine de la précarité**
**Définition insider : être ou avoir été impliqué dans un autre lieu de l'espace du soin de la précarité.**
**Voir les deux tableaux de circulation des acteurs dans l'espace du soin de la précarité.**

| | Outsiders | Insiders |
|---|---|---|
| **Assistantes sociales**<br><br>**Légende : (AS) et infirmières (I)** | **Sarah Benamou** (AS, PASS René Barthe) ;<br>**Jeanine** (ancienne I, PASS René Barthe) ;<br>**Fatima Belmoktar** (AS, PASS René-Barthe)<br>**Véronique Lacourt** (AS, PASS Apollinaire, hôpital C) ;<br>**Flavie Legrand** (AS, PASS Apollinaire, hôpital C) ;<br>**Anne** (I, PASS Apollinaire, hôpital C) ;<br>**Lise** (I, PASS Apollinaire, hôpital C) ;<br>**Stéphanie Dupuis** (AS, PASS Apollinaire, hôpital C) ;<br>**Marie Boucaux** (I référente, PASS hôpital D) ;<br>**Nicolas Favry** (AS, PASS, hôpital E) ;<br>**deux assistantes sociales**, (PASS, hôpital K)<br>**deux assistantes sociales** (PASS, hôpital L) | **Anne Jourdan** (AS, PASS René Barthe) ; |
| **Médecins**<br>**Légende : Médecin référent (MR) Médecin attaché (MA)** | **Dr Petit** (MR, PASS Apollinaire, hôpital C) ;<br>**Dr Lachot** (MR, PASS Gynéco, hôpital C) ; **Dr Biard** (MR, PASS, hôpital J) ;<br>**Dr Galland** (MA, PASS, hôpital J) | **Dr Lebas** (ancien MR et fondateur, PASS, l'hôpital H) ;<br>**Dr Follereau** (ancien MR, PASS René Barthe) ;<br>**Dr Lamontagne** (MA, PASS René Barthe) ;<br>**Dr Vandenbulck** (MR, PASS René Barthe) ;<br>**Pr Gillon** (co-fondateur de la PASS René Barthe) ;<br>**Dr Pasquier** (MA, PASS René Barthe) ;<br>**Dr Lamarche** (MA, PASS Apollinaire) ;<br>**Dr Lacombessie** (MA, PASS Apollinaire, hôpital C) ;<br>**Dr Chaumont** (interne médecine, PASS Apollinaire, hôpital C) ;<br>**Dr Martineau** (MR, PASS, hôpital D) :<br>**Dr Brassière** (MR, PASS, hôpital E)<br>**Dr Blanchet** (MR, PASS, hôpital G) ;<br>**Dr Rabuteau** (MR, PASS, hôpital H)<br>**Dr Bartineau** (MR, PASS, hôpital I) ;<br>**Dr Le Floch** (médecin, interne, PASS, hôpital J) ; **Dr Fradet** (MR, PASS, hôpital L) ;<br>**Dr Meyer** (MR, PASS, hôpital M) |
| **Cadres de service social (CSS)** | **Corinne Deschamps** (responsable, CSS, PASS, hôpital B) ; | |
| **Totaux** | **19** | **18** |

**Tableau 3 des circulations des professionnels des PASS dans l'espace hospitalier du soin de la précarité**

| | |
|---|---|
| **Prise en charge du VIH (ancienne génération) et toxicomanie** | **Dr Lebas** (ancien médecin référent et fondateur, PASS, hôpital H) ;<br>**Pr Gillon** (co-fondateur de la PASS René Barthe) ;<br>**Anne Jourdan** (ancienne assistante sociale, PASS René Barthe, hôpital A) ;<br>**Dr Mégnen** (médecin référent, PASS, hôpital B) ;<br>**Dr Martineau** (médecin référent, PASS, hôpital D) ;<br>**Daniel Brasseur** (ancien infirmier, PASS René Barthe, hôpital A),<br>**Dr Blanchet** (médecin référent, PASS, hôpital G) ;<br>**Dr Fradet** (médecin référente, PASS, hôpital L) |
| **Prise en charge du VIH (nouvelle génération)** | **Dr Lamarche** (médecin attachée, PASS Apollinaire, hôpital C, avait fait sa thèse de médecine générale sur le VIH, c'est par ce biais qu'elle est arrivée) ;<br>**Dr Lacombessie** (médecin attachée, PASS Apollinaire, hôpital C, a fait un DU sur le VIH) ;<br>**Dr Meyer** (médecin référente, PASS, hôpital M) |
| **Médecine carcérale** | **Dr Martineau** (médecin référent, PASS, hôpital D) ;<br>**Dr Brassière** (médecin référente, hôpital E) ;<br>**Dr Rabuteau** (médecin référente, PASS, hôpital H) |
| **Médecine palliative / gériatrie** | **Dr Brassière** (médecin référente, hôpital E) |
| **Urgences** | **Corinne Lamouche** (coordinatrice service social AP-HP) |
| **Médecine de santé publique ; épidémiologie** | **Patricia Lacombessie** (médecin attachée, PASS Apollinaire, hôpital C |

**Tableau 4 : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS**

| | **Enquêté** (e = entretien ; o = observation) | **Profession et statut** (PH = praticien hospitalier AS = Assistante sociale) | **Sexe** | **Tranche d'âge** |
|---|---|---|---|---|
| Hôpital A, CHU Banlieue parisienne PASS René Barthe | Dr Vandenbulck (o) | Médecin généraliste attaché, responsable de la PASS | M | 60 et plus |
| | Dr Lamontagne (e+o) | Médecin PH | M | 50-60 |
| | Dr Pasquier (o+e) | Médecin généraliste Attachée | F | 40-50 |
| | Sarah Benamou (o+e) | AS PASS | F | 40-50 |
| | Fatima Belmoktar (o+e) | AS Urgences + PASS | F | 30-40 |
| | Jeanine (e) | Infirmière policlinique | F | 60 et plus |
| | Dr Follereau, ancien responsable de la PASS René Barthe (e) | Médecin PH | M | 60 et plus |
| | Anne Jourdan, ancienne AS de la PASS René Barthe (e) | AS | F | 60 et plus |
| Hôpital B, hôpital général, banlieue parisienne | Corinne Deschamps (e) | Cadre socioéducatif, responsable de la PASS | F | 40-50 |
| | Dr Mégnen (e) | Médecin PH | H | 60 et plus |
| Hôpital C, CHU Paris | | | | |
| PASS Apollinaire | Dr Petit, responsable de la PASS (e) | Médecin PH | F | 40-50 |
| | Dr Lacombessie (e+o) | Médecin généraliste Attachée | F | 30-40 |
| | Véronique Lacourt (e+o) | AS PASS | F | 50-60 |
| | Stéphanie Dupuis (e) | AS PASS | F | 30-40 |
| | Dr Chaumont (e+o) | Médecin généraliste, interne | F | 20-30 |
| | Christiane Allée (e) | Cadre socioéducatif | F | 60 et plus |
| | Anne (e+o) | Infirmière | F | 40-50 |
| | Lise (e+o) | Infirmière | F | 40-50 |
| | Dr Lamarche (e+o) | Médecin généraliste | F | 30-40 |

| | **Enquêté** (e = entretien ; o = observation) | **Profession et statut** (PH = praticien hospitalier AS = Assistante sociale) | **Sexe** | **Tranche d'âge** |
|---|---|---|---|---|
| PASS Spécialisée, gynécologie | Dr Lachot (e) | PH, responsable de la PASS | F | 50-60 |
| Direction | Marie Pralaut (e) | Directrice des affaire financière | F | 30-40 |
| Hôpital D CHU, Banlieue parisienne | Marie Boucaux (e) | Infirmière, référente de la PASS | F | 30-40 |
| Hôpital E CHU, ville moyenne de région | Nicolas Favry (e+o) | AS PASS | H | 30-40 |
| | Dr Baissière (e) | PH, responsable de la PASS | F | 50-60 |
| Hôpital F Hôpital psychiatrique, métropole de région | Dr Mullet (e) | Médecin généraliste attaché, responsable de la PASS | H | 60 et plus |
| Hôpital G CHU, ville moyenne de région | Dr Blanchet (e) | PH, responsable de la PASS | H | 40-50 |
| Hôpital H CHU, Paris | Dr Rabuteau (e) | PH, responsable de la PASS | F | 50-60 |
| Hôpital I CHU, métropole de région | Dr Bartineau (e+o) | PH, responsable de la PASS | F | 30-40 |
| Hôpital J CHU, banlieue parisienne | Dr Biard (e) | PH, responsable de la PASS | H | 50-60 |
| | Dr Le Floch (e+o) | Médecin généraliste, interne | F | 20-30 |
| | Dr Galland (o) | Médecin généraliste, attaché | H | 60 et plus |
| Hôpital K CHU, banlieue parisienne | AS Urgences (e) | AS Urgences + PASS | F | 20-30 |
| | AS Maternité (e) | AS maternité + PASS | F | 20-30 |

| | **Enquêté** (e = entretien ; o = observation) | **Profession et statut** (PH = praticien hospitalier AS = Assistante sociale) | **Sexe** | **Tranche d'âge** |
|---|---|---|---|---|
| Hôpital L CHU, métropole de région | Dr Fradet (e) | Médecin généraliste attachée, responsable de la PASS | F | 50-60 |
| | AS 1 (e) | AS PASS | F | 20-30 |
| | AS 2 (e) | AS PASS | F | 20-30 |
| Hôpital M CHU, Paris | Dr Meyer (e) | PH, responsable de la PASS | F | 30-40 |
| Médecins du monde, banlieue parisienne | Dr Valet (e) | Responsable du CASO | F | 60 et plus |
| Médecins du monde, ville moyenne de région | Coline Charton (e) | Bénévole | F | 50-60 |
| Association B | Florent Picard (e) | Juriste, salarié de l'association | H | 30-40 |
| AP-HP | Amandine Cornet (e) | Coordinatrice des services sociaux de l'AP-HP, chargée du dossier PASS | F | 50-60 |
| | Noémie Mortier (e) | Chargée de mission rattachée au département de la politique médicale, chargée du dossier PASS | F | 50-60 |
| ARS A | Caroline Touraine (e) | Cadre en charge du dossier des PASS | F | 40-50 |
| | Gilbert Herault (e) | Chargé de mission, suivi et financement des Missions d'intérêt génral | H | 20-30 |
| ARS B | Paul Demange (e) | Coordinateur des PASS | H | 50-60 |
| DGOS | Pauline Chartier (e) | Chargée de mission, en charge du dossier PASS et précarité | F | 50-60 |