



HAL
open science

**Accueillir et soigner les exilés face aux politiques de
dispersion : reconfigurations sociales et territoriales des
pratiques de soin et enjeux de coordination
médico-sociale**

Isabelle Siffert

► **To cite this version:**

Isabelle Siffert. Accueillir et soigner les exilés face aux politiques de dispersion : reconfigurations sociales et territoriales des pratiques de soin et enjeux de coordination médico-sociale. Géographie. Université Rennes 2, 2024. Français. NNT : 2024REN20007 . tel-04678806

HAL Id: tel-04678806

<https://theses.hal.science/tel-04678806v1>

Submitted on 27 Aug 2024

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.

THESE DE DOCTORAT DE

L'UNIVERSITE RENNES 2

ECOLE DOCTORALE N° 645
Espaces, Sociétés, Civilisations
Spécialité : *Géographie*

Par

Isabelle SIFFERT

Accueillir et soigner les exilés face aux politiques de dispersion

Reconfigurations sociales et territoriales des pratiques de soin et enjeux de coordination médico-sociale

Thèse présentée et soutenue à Rennes, le 4 avril 2024.
Unité de recherche : UMR 6590 Espaces et Sociétés

Rapporteurs avant soutenance :

Emmanuel ELIOT
Anaïk PIAN

Professeur en géographie, Université de Rouen Normandie
Professeure en sociologie, Université de Strasbourg

Composition du Jury :

Examineurs :

Nicolas DUVOUX
Emmanuel ELIOT
Bénédicte MICHALON
Anaïk PIAN
Arnaud VEÏSSE

Professeur en sociologie, Université Paris 8
Professeur en géographie, Université de Rouen Normandie
Directrice de recherche CNRS, Université Bordeaux Montaigne
Professeure en sociologie, Université de Strasbourg
Médecin

Directrices de thèse :

Anne-Cécile HOYEZ
Estelle d'HALLUIN

Chargée de recherche CNRS, Université Rennes 2
Maîtresse de conférences en sociologie, Nantes Université

THESE DE DOCTORAT DE

L'UNIVERSITE RENNES 2

ECOLE DOCTORALE N° 645
Espaces, Sociétés, Civilisations
Spécialité : *Géographie*

Par

Isabelle SIFFERT

Accueillir et soigner les exilés face aux politiques de dispersion

Reconfigurations sociales et territoriales des pratiques de soin et enjeux de coordination médico-sociale

Thèse présentée et soutenue à Rennes, le 4 avril 2024.
Unité de recherche : UMR 6590 Espaces et Sociétés

Rapporteurs avant soutenance :

Emmanuel ELIOT
Anaïk PIAN

Professeur en géographie, Université de Rouen Normandie
Professeure en sociologie, Université de Strasbourg

Composition du Jury :

Examineurs :

Nicolas DUVOUX
Emmanuel ELIOT
Bénédicte MICHALON
Anaïk PIAN
Arnaud VEÏSSE

Professeur en sociologie, Université Paris 8
Professeur en géographie, Université de Rouen Normandie
Directrice de recherche CNRS, Université Bordeaux Montaigne
Professeure en sociologie, Université de Strasbourg
Médecin

Directrices de thèse :

Anne-Cécile HOYEZ
Estelle d'HALLUIN

Chargée de recherche CNRS, Université Rennes 2
Maîtresse de conférences en sociologie, Nantes Université

Isabelle SIFFERT

Accueillir et soigner les exilés face aux politiques de dispersion

Reconfigurations sociales et territoriales des pratiques de soin et enjeux de coordination médico-sociale

Thèse de doctorat en géographie

Université Rennes 2

Thèse présentée et soutenue à Rennes, le 4 avril 2024.

Unité de recherche : UMR 6590 Espaces et Sociétés

Rapporteurs avant soutenance :

Emmanuel ELIOT
Anaïk PIAN

Professeur en géographie, Université de Rouen Normandie
Professeure en sociologie, Université de Strasbourg

Composition du Jury :

Examineurs :

Nicolas DUVOUX
Emmanuel ELIOT
Bénédicte MICHALON
Anaïk PIAN
Arnaud VEÏSSE

Professeur en sociologie, Université Paris 8
Professeur en géographie, Université de Rouen Normandie
Directrice de recherche CNRS, Université Bordeaux Montaigne
Professeure en sociologie, Université de Strasbourg
Médecin

Directrices de thèse :

Anne-Cécile HOYEZ
Estelle d'HALLUIN

Chargée de recherche CNRS, Université Rennes 2
Maîtresse de conférences en sociologie, Nantes Université

Remerciements

À l'heure de clôturer ce travail, il est enfin temps de remercier tous ceux qui m'ont entourée, soutenue et inspirée pendant ces longues années.

Mes premiers remerciements vont à mes directrices de recherche, Anne-Cécile Hoyez et Estelle d'Halluin dont l'accompagnement et le soutien si bienveillant ont été le moteur de cette aventure. Merci pour la confiance que vous avez placée en moi en encadrant ce travail, vos conseils, votre patience et votre disponibilité. Merci également pour avoir su trouver les mots lors des périodes de doute qui ont jalonné le chemin de la thèse.

J'adresse ensuite un sincère remerciement à Emmanuel Eliot, Anaïk Pian, Nicolas Duvoux, Bénédicte Michalon et Arnaud Veïsse pour avoir accepté d'être membres de ce jury. Un grand merci également à Clélia Gasquet-Blanchard pour avoir suivi avec attention et bienveillance l'évolution de ce travail dans le cadre du comité de suivi de thèse individuel.

Je remercie les membres du laboratoire Espaces et Sociétés et du département de géographie de l'Université Rennes 2 pour leur accueil, en pensant particulièrement aux doctorants et doctorantes avec qui j'ai partagé les joies et peines de la thèse. J'en profite également pour remercier l'équipe de l'Observatoire du Samusocial de Paris pour m'avoir généreusement accueilli dans ses bureaux au début de mon enquête de terrain.

Parce que sans eux ce travail n'existerait pas, j'exprime ma gratitude à tous mes interlocuteurs restés anonymes dans ce travail. Merci de m'avoir accordé votre confiance et votre temps. Je remercie en particulier celles et ceux qui m'ont ouvert la porte de leur institution pour me permettre de progresser sur mon terrain de recherche.

Mes remerciements vont ensuite à Mathilde Sempé qui, entre la découverte d'une chouette amitié, une collaboration et un soutien précieux, a été l'une des plus belles rencontres de cette thèse. Il me tarde de la suite !

Un grand merci à tous mes amis qui ont su créer un cercle protecteur pendant ces années de thèse, mais aussi les précédentes. Merci pour tous nos chouettes moments passés ensemble mais aussi votre soutien dans les périodes de doute. J'ai beaucoup de chance de vous avoir et je me réjouis de nos futures aventures ! Un merci tout particulier à Mathilde, Clarisse et Léa d'être un peu mes anges gardiennes, ainsi qu'à Laura et Elodie pour vos relectures attentives et votre soutien précieux tout au long de la thèse. Au moment de finir ce travail, je pense aussi particulièrement à Rodolphe qui a vu cette thèse commencer et aurait été fier de la voir se terminer.

Je remercie tendrement mes parents et mes frères pour leur soutien et leur amour, et pour avoir été des sources d'inspiration depuis toujours. Merci aussi à Louise, Caroline et Yann de rendre notre famille encore plus belle. C'est aussi l'occasion de remercier la famille de Lucas qui a suivi cette aventure avec attention.

Enfin, merci à Lucas sans qui cette thèse n'aurait sans doute jamais pu aboutir. Merci pour ta patience et ton soutien infailibles, mais surtout pour avoir pris si bien soin de moi et de notre amour pendant toutes ces années. Qu'il dure toujours.

Table des matières

Remerciements	3
Table des matières	6
Tables des illustrations.....	10
Table des acronymes.....	12
Introduction générale.....	13
1. Contexte et cheminement du sujet.....	14
1.1. Le point de départ : la reterritorialisation de l'accueil des demandeurs d'asile en France	14
1.2. Des demandeurs d'asile aux exilés en situation précaire, une nécessaire réflexion sur les catégorisations de la migration	18
2. Définition de l'objet de recherche et problématisation	25
2.1. L'accès aux soins des exilés, un objet de recherche au carrefour de différents champs politiques, interventionnels et scientifiques	25
2.2. Une approche territoriale de l'accès aux soins des exilés	31
2.3. Axes et hypothèses de recherche :	41
2.4. L'émergence d'une « crise sanitaire » au cours d'un travail sur l'action médico-sociale : ré-interrogations et nouveaux paramètres	45
3. Plan de la thèse	46
CHAPITRE 1. Reconstituer et enquêter auprès d'un « système d'acteurs ». Enjeux et difficultés d'une approche multi-située.....	49
1. L'enquête auprès des acteurs médico-sociaux et sociaux non hébergeant : cheminer au sein d'un système d'acteurs	51
1.1. Choix des acteurs enquêtés : de l'entrée sur le terrain à la reconstitution d'un système	51
1.2. L'engagement ethnographique	57
1.3. Un statut de chercheur évolutif : entre observatrice et participante, sociologue et cartographe	61
2. L'enquête auprès des équipes d'hébergement social, une enquête partiellement empêchée	63
2.1. Choisir des structures d'hébergement au sein d'un paysage institutionnel particulièrement complexe	63
2.2. Un protocole d'enquête particulièrement perturbé par la crise sanitaire	68
3. La reconstitution de trajectoires de soins des exilés, d'une volonté à un renoncement.....	71
3.1. Qui et où rencontrer des exilés ? intérêts et biais dans les choix et critères d'inclusion.....	71
3.2. Un protocole méthodologique expérimental	73

PARTIE 1. L'action médico-sociale territorialisée auprès des exilés en situation de précarité : regards sur un département périurbain francilien 79

CHAPITRE 2. La construction de l'accès aux soins des exilés comme problème médico-social .81

1. De patients singuliers à exclus parmi d'autres, la progressive dé-singularisation de la santé des exilés au XX^{ème} siècle 82

- 1.1. La santé des exilés au tournant du XX^{ème}, un problème façonné par l'hygiénisme et le colonialisme 82
- 1.2. Les exilés au cœur de la mobilisation associative contre l'exclusion des soins84
- 1.3. L'épidémie de sida, un tournant politique et territorial dans la représentation et le soin des exilés88
- 1.4. Vers une approche épidémiologique et sociale de la santé des exilés91

2. Les exilés dans les politiques de lutte contre les exclusions, entre inclusion et isolement dans le système de santé 94

- 2.1. « Moins d'exclus mais plus exclus » : les limites d'une politique d'accès universel aux soins.95
- 2.2. PRAPS et politiques de la ville : un ciblage des exilés dans les politiques de santé publique ?.....97
- 2.3. Les dispositifs publics de soins gratuits, entre inclusion et confinement des exilés dans le système de santé98

3. Le problème de la santé des exilés à l'heure des politiques de dispersion 102

- 3.1. Des reconfigurations de l'accueil appelant à de nouvelles mobilisations.....102
- 3.2. La formalisation d'une « politique publique de santé des exilés » ?106
- 3.2. L'affirmation de logiques de ciblage à l'heure de « l'aller-vers »108

CHAPITRE 3. Soigner les exilés précaires avec des moyens précaires. Contraintes spatiales et managériales de l'action médico-sociale à l'heure de la nouvelle gestion publique 115

1. Planifier l'accès primaire aux soins des exilés sur un département périurbain 116

- 1.1. Les délégations départementales de l'ARS, un « intermédiaire des politiques publiques » au pouvoir de décision limité.....117
- 1.2. L'ARS face aux limites de la territorialisation de l'accès aux soins sur un département périurbain..119
- 1.3. Composer avec des dynamiques de marginalisation à différentes échelles126

2. L'accessibilité fonctionnelle des services de soin gratuit à l'épreuve des logiques gestionnaires 133

- 2.1. Les RDS précarité, acteurs du soin gratuit par du travail gratuit134
- 2.2. Les PASS hospitalières, des micro-services dans un « bricolage » managérial138
- 2.3. Maintenir son activité dans le temps à l'épreuve des moyens142
- 2.4. Une précarité matérielle et technologique qui structure le quotidien : reflet d'une marginalisation dans le système de santé ?.....144

3. La coordination à l'épreuve et au secours des logiques gestionnaires 149

- 3.1. Négocier du temps et des espaces de coordination, un enjeu difficile pour des petites équipes.....150
- 3.2. La collaboration partenariale, remède aux limites de chacun ?154
- 3.3. Les limites du local : des enjeux de coordination renouvelés à l'épreuve de l'instabilité résidentielle des exilés.156

CHAPITRE 4. Héberger les exilés et leurs problèmes de santé. L'hébergement social à l'épreuve de la sanitarisation du social.....	163
1. L'hébergement social des exilés face aux applications locales d'une politique d'hébergement des vulnérables	164
1.1. La prise en compte de la vulnérabilité dans les politiques d'hébergement des demandeurs d'asile : entre logiques de protection et de tri.....	165
1.2. La mise en œuvre paradoxale d'une politique d'hébergement des vulnérables.....	172
2. L'accompagnement dans l'accès aux soins comme mission de l'hébergement social	181
2.1. Une question de division sociale et spatiale du travail	181
2.2. « On n'est pas médecin ». L'accompagnement dans l'accès aux soins comme enjeu de positionnement des professionnels de l'hébergement	189
2.3. Les interventions de partenaires sur place : une ressource ambivalente dans l'accompagnement médico-social des hébergés	194
Conclusion de la première partie.....	200

PARTIE 2. L'accompagnement médico-social des exilés en tension entre prise en charge spécifique et décloisonnement du système de santé

201

CHAPITRE 5. La construction d'une expertise locale de l'accès aux soins des exilés. Des acteurs médico-sociaux en prise avec les logiques de ciblage dans la santé sociale.....

203

1. La création de consultations « migrants », entre ciblage de vulnérabilités spécifiques et opportunités de développement	203
1.1. Répondre à l'évolution de la demande sur le territoire et l'inadaptabilité de l'existant	204
1.2. Des espaces d'expérimentation d'approches de la santé des exilés.....	208
1.3. Des approches spécialisées face à leurs propres contradictions	211
2. De la construction au partage local d'une expertise : des acteurs « passeurs » des pratiques de soins auprès des exilés.....	215
2.1. Recevoir : se former auprès de partenaires et d'acteurs référents de la santé des exilés	216
2.2. Produire et transmettre une culture locale du soin des exilés	218
2.3. Une mission insufflée par certains individus : portraits de passeurs	223
3. Des acteurs en tension dans leur approche spécialisée des exilés.....	228
3.1. Des spécialisations populationnelles locales controversées	229
3.2. L'accueil des personnes avec une couverture sociale dans les dispositifs de soins gratuits : souplesse à la marge et enjeux de justice locale	233

CHAPITRE 6. Sortir les exilés des dispositifs dédiés aux populations précaires. Enjeux et pratiques d'orientation vers la médecine de droit commun.....

245

1. Rechercher des partenaires médicaux en ville sur un désert médical : stratégies et contraintes	246
1.1. Une mission essentielle paradoxalement peu institutionnalisée	246
1.2. Des stratégies de prospection fragiles.....	251
2. Pratiques d'accompagnement et logiques d'orientation entre critères territoriaux et fonctionnels.....	255
2.1. Répondre aux contraintes de mobilité dans l'accès à la médecine de ville	256
2.2. Approches parisiennes VS approches localistes : des stratégies d'orientation en faveur de l'accessibilité fonctionnelle	260

3. Un soin négocié avec les professionnels de santé.....	265
3.1. Des prises en charge conditionnées par des quotas et des règles.....	266
3.2. L'interprétariat et les certificats médicaux comme objets de négociation du soin des exilés.....	268
3.3. L'accompagnement pour des problèmes de santé psychique dans une injonction à la « dépsychiatriation ».....	270

PARTIE 3. De la dispersion des exilés à celle des équipes médico-sociales : le déploiement du « hors-les murs » face à la « crise de l'accueil ».....	275
--	------------

CHAPITRE 7. La « mise en mobilité » de l'action médico-sociale pour répondre à l'accueil des exilés. Une reconfiguration du soin et de la posture d'accompagnement.....	279
--	------------

1. Du développement du « hors-les-murs » des RDS à la mise en place de l'équipe mobile sanitaire régionale : la mobilité comme réponse à l'accueil des exilés.....	280
---	------------

1.1. Des réseaux de santé précarité de plus en plus mobiles, au service d'une diversité de registres du soin .	280
1.2. L'équipe mobile sanitaire régionale « migrants » : l'intervention mobile au service des politiques migratoires.....	289

2. La mobilisation dans la crise sanitaire du Covid-19, d'un contexte extraordinaire à l'institutionnalisation de la « mise en mobilité ».....	294
---	------------

2.1. Logiques et pratiques d'une mobilisation exceptionnelle dans un contexte de crise sanitaire	294
2.2. La routinisation du contexte épidémique et l'affirmation d'un « aller-vers » à plusieurs registres	299
2.3. De la gestion de crise au Ségur de la santé : vers l'institutionnalisation de l'intervention mobile dans l'action auprès des exilés précaires.....	303

3. Les vertiges du pouvoir de l'« aller-vers » face aux politiques migratoires.....	308
--	------------

3.1. Intervenir sur les lieux de vie des exilés, une démarche qui expose à des situations déstabilisantes .	308
3.2. Négocier sa position de soignant dans un climat de défiance politique.....	312
3.3. S'adapter voire résister aux politiques migratoires ?	316

CHAPITRE 8. « L'aller-vers » comme condition de travail et configuration partenariale : enjeux de disponibilité et de coordination.....	323
--	------------

1. Le « travail de disponibilité » des intervenants mobiles.....	323
---	------------

1.1. Des équipes positionnées entre urgence et accompagnement.....	324
1.2. Gérer sa disponibilité, un enjeu de justice sociale et spatiale	328
1.3. La mobilité, garantie d'une meilleure disponibilité ?.....	330
1.4. L'ambivalence du téléphone portable dans la gestion de la disponibilité.....	333

2. La coordination médico-sociale à l'épreuve de la mobilité des soignants.....	338
--	------------

2.1. De la difficulté de construire un collectif en équipe mobile	338
2.2. La coordination partenariale à l'épreuve de la mobilité	343
2.3. Les dynamiques d'orientation face à la dispersion des lieux d'intervention.	351

Conclusion générale.....	357
---------------------------------	------------

Bibliographie	365
----------------------------	------------

Annexes	383
----------------------	------------

Tables des illustrations

Figures

Figure 1 : Schéma du système d'acteurs territorialisé de l'accès aux soins des exilés	33
Figure 2. Design général de l'enquête de terrain.....	50
Figure 3. Projection spatialisée de la progression au sein du système d'acteurs médico-sociaux et sociaux non hébergeant	54
Figure 4. Matrice chronologique pour le recueil de données biographiques : parcours administratif, trajectoire résidentielle et trajectoire de soins	75
Figure 5. Synthèse des acteurs enquêtés	77
Figure 6. La migration, une expérience transversale des déterminants sociaux de la santé.....	93
Figure 7. Composition des équipes des trois PASS enquêtées à la fin de l'année 2020	139
Figure 8. Questionnaire de détection des vulnérabilités des demandeurs d'asile.....	168
Figure 9. Classification par thématique des formations organisées par les réseaux de santé précarité entre 2018 et 2020	220
Figure 10. Synthèse des activités « hors-les-murs » des réseaux de précarité entre 2009 et 2019.....	281

Cartes

Carte 1. Évolution de la répartition spatiale des places du dispositif national d'accueil entre 1999 et 2019 selon le type de bassin de vie (Berthomière et al., 2020)	17
Carte 2. Découpage morphologique de la région Île-de-France par l'Institut Paris région en 2017	37
Carte 3. Répartition des places d'hébergements social en Seine-et-Marne.....	65
Carte 4. Localisation des structures d'hébergement enquêtées	68
Carte 5. Répartition et couverture territoriale des dispositifs médico-sociaux dédiés à l'accès aux soins des populations précaires sur le département Seine-et-Marnais.....	121
Carte 6. Accessibilité par les transports en commun des structures médico-sociales impliquées dans l'accueil des exilés précaires.	124
Carte 7. Gouvernance hospitalière sur le département de la Seine-et-Marne.....	127
Carte 8. Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières en Île-de-France en 2020	130
Carte 9. Secteurs des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) franciliennes en 2020.....	131
Carte 10. Cartographie des interventions de partenaires médico-sociaux dans les centres d'hébergement enquêtés.....	195
Carte 11. Principaux lieux d'orientation par les équipes d'hébergement pour les personnes avec une couverture sociale.....	261
Carte 12. Evolution du secteur d'intervention de l'équipe mobile sanitaire régionale « migrants » ..	290
Carte 13. Principaux lieux d'orientation de l'équipe mobile sanitaire régionale	352

Tableaux

Tableau 1. Synthèse de l'enquête auprès des acteurs médico-sociaux et sociaux non-hebergeant : observations et entretiens réalisés	58
Tableau 2. Personnes interrogées en entretien semi-directifs dans le cadre de l'enquête auprès des acteurs médico-sociaux et sociaux non hébergeant. Synthèse par fonction professionnelle.....	60
Tableau 3. Principales caractéristiques des structures d'hébergement enquêtées	67
Tableau 4. Personnes interrogées dans le cadre de l'enquête auprès des structures d'hébergement social. Synthèse par fonction occupée.....	70
Tableau 5. Personnes suivies dans le cadre de la reconstitution de trajectoires de soin.....	73
Tableau 6. La tension entre universalisme et ciblage dans la construction de la santé des exilés comme problème scientifique, social et politique.....	113
Tableau 7. Financements du RDS Sud en 2018	135
Tableau 8. Composition des équipes sociales des centres d'hébergement enquêtés.....	184
Tableau 9. Evolution de l'activité de la « consultation migrants » de l'équipe mobile psychiatrie précarité (2011-2019).....	214
Tableau 10. Classification des 84 interventions « hors-les-murs » du RDS Sud entre août 2020 et septembre 2021 selon le type d'action et l'acteur initiateur de la démarche.....	300

Photos

Photo 1. La signalétique bricolée d'un service PASS	146
Photo 2. Pancarte affichée à l'entrée du RDS Sud rappelant les règles d'accès à la consultation gratuite	242
Photo 3. Exemples de plans donnés aux patients pour se rendre vers des cabinets médicaux du territoire, RDS Sud.....	257

Encadrés

Encadré 1. Les figures de la coordination médico-sociale dans deux petits services PASS	150
Encadré 2. Les principales mesures du « plan Vulnérabilités » de 2021	170
Encadré 3. Interroger le parcours migratoire en consultation	211
Encadré 4. Retour sur la création et l'intervention de deux équipes mobiles entre avril et juin 2020 dans la gestion locale de l'épidémie de covid-19.....	296
Encadré 5. Extrait de journal de terrain, mars 2021 : sentiments d'impuissance et d'illégitimité dans l'intervention sur un squat.....	310

Table des acronymes

ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
AME	Aide Médicale d'État
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Atelier Santé Ville
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CADA	Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CAES	Centre d'Accueil et d'Evaluation des Situations
CASO	Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (MDM)
CAO	Centre d'Accueil et d'Orientation
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CH	Centre d'Hébergement
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU(M)	Centre d'Hébergement d'Urgence (Migrants)
CLAT	Centre de Lutte Anti-Tuberculose
CLS	Contrat Local de Santé
CMU(-c)	Couverture Maladie Universelle (-complémentaire)
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours de santé complexes
DNA	Dispositif National d'Accueil des Demandeurs d'Asile
DRIHL	Direction Régionale de l'Hébergement et du Logement
EMPP	Equipe Mobiles de Psychiatrie - Précarité
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GHT	Groupeement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patients Santé et Territoire
HUDA	Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile
IDF	Île-De-France
LHSS	Lits Halte Soins Santé
LLE	Loi de Lutte contre les Exclusions
MDS	Maison des Solidarités
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI	Centre de Protection Maternelle et Infantile
PRAHDA	Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition
PUMA	Protection Universelle Maladie
QPV	Quartier Prioritaire de la politique de la Ville
SIAO	Service Intégré de l'Accueil et d'Orientation
SPADA	Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH/Sida	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquise

Introduction générale

En mars 2023, le gouvernement français annonçait la création de « sas d'accueil temporaires », nouveaux dispositifs de mise à l'abri destinés à accueillir les personnes exilées en situation de précarité vivant en campement d'habitat en région Île-de-France¹. Gérés par des associations opératrices de l'État, ils ont pour mission de « procéder à un examen de la situation administrative des personnes » afin de leur proposer une « orientation vers un hébergement adapté ». Au nombre de 10, ces centres dont l'ambition est de desserrer le système d'hébergement d'urgence francilien, ont été installés dans chaque région de France métropolitaine à l'exception de l'Île-de-France et de la Corse. Plus précisément, ce sont les communes de Marseille, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Besançon, Rouen, mais aussi Olivet dans le Loiret, Beaucouzé dans le Maine-et-Loire, Montgermont en Ille-et-Vilaine et Geispolsheim en Alsace qui ont été choisies pour accueillir ces centres au cours de l'année 2023. La création de ces nouveaux dispositifs, perçue par de nombreux acteurs associatifs comme une mesure de « nettoyage de l'espace public »² en perspective des Jeux Olympiques de l'été 2024, nous renvoie très directement à celle des centres d'accueil et d'orientation (CAO) en 2015 dans le cadre du démantèlement des campements calaisiens et parisiens, ou encore celle des centres d'accueil et d'évaluation des situations (CAES) du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile (DNA) depuis 2018. Elle témoigne alors du renforcement des logiques de dispersion territoriale dans l'accueil des exilés en situation précaire sur le territoire français depuis une dizaine d'années. Ces dynamiques territoriales dans les politiques migratoires suscitent des réponses citoyennes contrastées, entre rejet et inquiétudes de voir s'installer des exilés sur leurs territoires, et mobilisations de soutien aux exilés. Du côté de l'action publique, elles interrogent les capacités des acteurs de l'action sociale et sanitaire à répondre à l'accueil de ces personnes exilées pour la plupart en situation de grande précarité. Comment, sur des territoires inégalement dotés en services d'aide sociale et de soin, organiser leur accès à un accompagnement social et aux soins ? Quelles réponses et ressources des acteurs de l'action sociale et médico-sociale à l'évolution des besoins sur leur territoire ? Ce sont ces interrogations générales qui ont guidé cette recherche.

Au croisement de la géographie de la santé et de la sociologie de l'action publique, cette thèse s'inscrit dans les réflexions sur les mobilisations des acteurs de l'action sociale et sanitaire dans l'accueil des exilés en s'intéressant particulièrement à la problématique de l'accès aux soins. À partir d'une enquête ethnographique menée sur un territoire périurbain de la région francilienne, elle se propose d'analyser les recompositions sociales et territoriales et les enjeux de coordination des acteurs impliqués dans l'accès aux soins des exilés à l'épreuve des logiques de répartition spatiale dans les politiques migratoires. Dans ce chapitre introductif, nous allons voir comment s'est construit ce sujet, à quel contexte plus précisément il est venu répondre ainsi que le cadre conceptuel et les hypothèses qui le guident.

¹ Circulaire NOR : IOMK2305900 du 13 mars 2023 « Lignes directrices pour la prise en charge administrative et l'orientation des personnes mises à l'abri au sein de sas d'accueil temporaire »

² Voir par exemple le communiqué du Gisti du 20 octobre 2023, « Les sas : accueil temporaire ou antichambre de l'expulsion ? » <http://www.gisti.org/article7116>

1. Contexte et cheminement du sujet

Ce premier temps restitue le cheminement de mon sujet de recherche. Alors que celui-ci s'est d'abord centré sur l'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés, nous l'avons finalement élargi à l'ensemble des exilés en situation de précarité. Après la présentation du contexte politique qui initia cette recherche, il s'agit alors ici de restituer comment une réflexion sur les catégorisations de la migration, à l'épreuve également du terrain ethnographique, a conduit à un élargissement du sujet.

1.1. Le point de départ : la reterritorialisation de l'accueil des demandeurs d'asile en France

Ce projet de recherche est né d'un contexte politique bien particulier, celui de la reterritorialisation de l'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés en France depuis 2015. Cette année-là, marquée par l'amplification et la mise en visibilité d'une « crise de l'accueil des migrants » en Europe, connaît un redéploiement territorial majeur du dispositif national d'accueil (DNA) des demandeurs d'asile qui organise leur accueil sur le territoire français.

1.1.1. La « crise de l'accueil des migrants » et la reterritorialisation du dispositif national d'accueil depuis 2015

L'année 2015 a en effet marqué un tournant dans les représentations et la gestion du phénomène migratoire en Europe. Érigée en symbole, la photo d'Aylan, un enfant syrien retrouvé mort sur une plage turque, provoque une émotion à l'échelle mondiale et une vague de dénonciation de l'indifférence et du manque de coordination des nations européennes dans l'accueil de personnes fuyant des crises politiques à travers le monde. Dans les mois qui suivent, plusieurs États européens, notamment la Grèce, l'Allemagne, l'Italie et la France, sont marqués par la mise en visibilité d'une « crise de l'accueil » des populations migrantes, matérialisée par la multiplication de campements dans l'espace public de personnes vivant dans des conditions de vie extrêmement précaires. Cette expression, revendiquée par de nombreux chercheurs et acteurs associatifs (Akoka et al., 2017, Wihtol de Wenden, 2018, Lendaro et al., 2019, Gouze, 2019), répond à celle de « crise migratoire » pour qualifier l'augmentation des flux migratoires vers l'Europe depuis les années 2010 consécutives à l'intensification de conflits au Moyen-Orient et en Afrique. Par leurs travaux, ils ont montré comment la recontextualisation des flux migratoires dans leurs dynamiques temporelles (les migrations n'augmentent aujourd'hui pas plus vite qu'il y a 30 ans) et géographiques (ce sont surtout les pays voisins qui accueillent les personnes fuyant leur pays) invitent à nuancer l'idée de « crise migratoire » et pointer davantage celle d'une « crise de l'accueil » (Beauchemin et Ichou, 2016). Celle-ci renvoie à la fois au cloisonnement des frontières de l'Union Européenne, au durcissement des politiques de régularisation, aux difficultés d'accès à un hébergement social et aux services ou encore à l'invention politique du « délit de solidarité ».

Cette crise de l'accueil a marqué une accélération des politiques de reterritorialisation des dispositifs d'accueil, par une intensification des pratiques d'évacuations de campement et de mise à l'abri et des réformes structurelles du DNA. En France, les campements se multiplient à Paris et sur des zones frontalières, en particulier Calais, d'où les personnes cherchent à transiter vers l'Angleterre. La « jungle » de Calais, constituée depuis les années 2000, déjà démantelée à plusieurs reprises,

connait une extension majeure³. Face à l'urgence sociale qui se pose, le gouvernement français annonce en juin 2015 un plan pour « répondre au défi des migrations » dont l'une des principales mesures est la mise à l'abri des personnes⁴. Le plan inaugure une série d'opérations de démantèlement des campements parisiens et calaisiens. Entre juin 2015 et novembre 2016, la Préfecture de Paris réalisera 31 opérations de démantèlement de campements installés dans la capitale menant à l'évacuation d'environ 21 000 personnes vers plus de 250 lieux mobilisés pour des durées variables (Eberhard et al., 2018). Les plus provisoires sont des gymnases ou salles de fêtes où les personnes restent quelques jours ou semaines. On retrouve également des hôtels sociaux où des places sont mises à dispositions pour accueillir des personnes évacuées. Mais le caractère inédit de ces évacuations réside dans l'ouverture de nouvelles structures d'hébergement destinées à un accueil plus pérenne, les centres d'hébergement d'urgence migrants » (CHUM) répartis sur l'ensemble de la région francilienne. À partir d'octobre 2015 commence parallèlement un nouveau démantèlement des camps calaisiens, qui s'étalera jusqu'à octobre 2016. Les personnes sont évacuées depuis Calais par bus vers des hébergement provisoires équivalents appelés centres d'accueil et d'orientation (CAO) répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain à l'exception de l'Île-de-France et la Corse. À la lumière des travaux qui ont décrit ces opérations d'évacuation, la caractérisation de « crise » renvoie alors moins au nombre important de personnes mises à l'abri qu'au caractère inédit, rapide et répété des opérations de démantèlement des campements, conduisant à des ouvertures précipitées et improvisées des structures d'hébergement sur l'ensemble du territoire français (Gardesse, 2020, Bouagga, 2020).

Ces opérations de mise à l'abri depuis Paris comme Calais ont reposé sur une même stratégie de répartition territoriale de l'accueil des personnes migrantes. À l'automne 2016, les 259 CAO ouverts sont répartis sur l'ensemble des régions françaises, mobilisant des communes urbaines des principales métropoles mais aussi de nombreuses communes périurbaines voire rurales (Berthomière et al., 2020). En Île-de-France, sur les 85 CHUM encore ouverts au printemps 2017, 13 (15%) étaient situés à Paris, 37 (44%) sur les départements de petite couronne, et 35 (41%) en grande couronne francilienne (Siffert et al., 2018). Ces logiques de répartition territoriale sont communes à la plupart des pays de l'UE (Boswell, 2001) et ne sont pas nouvelles. En France elles sont en effet relativement inhérentes à l'organisation de l'accueil de réfugiés sur le territoire et à la création des centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) dans les années 1990 (Bonerandi et al., 2004). Toutefois, la création des CAO et CHUM en 2015 donnent à ces logiques une ampleur nouvelle qui continuera de s'affirmer dans les futures transformations du DNA. En 2018, la création des premiers centres d'accueil et d'évaluation des situations (CAES), dédiés à un accueil très provisoire avant réorientation, viennent directement répondre à une logique de « déconcentration » de Paris et Calais. En région francilienne, 6 CAES dont 1 situé à Paris, 2 en petite couronne et 3 en grande couronne sont ainsi venus remplacer le

³ La préfecture de Calais estime que le nombre de personnes vivant sur les lieux serait passé de 2000 à 6000 entre mars et septembre 2015.

⁴ Communiqué de presse du 17 juin 2015 par Bernard Cazeneuve, ministre de l'Intérieur et Sylvia Pinel, ministre du Logement, de l'Égalité des territoires et de la Ruralité, suivi par la circulaire interministérielle du 22 juillet 2015 relative à la mise en œuvre du plan " répondre au défi des migrations : respecter les droits — faire respecter le droit "

centre de premier accueil (CPA) « la Bulle » ouvert à l'automne 2016 à Paris porte de la Chapelle⁵. Un schéma visible en annexe 1 retrace l'historique de l'évolution du DNA et les caractéristiques des différents dispositifs qui se sont succédés.

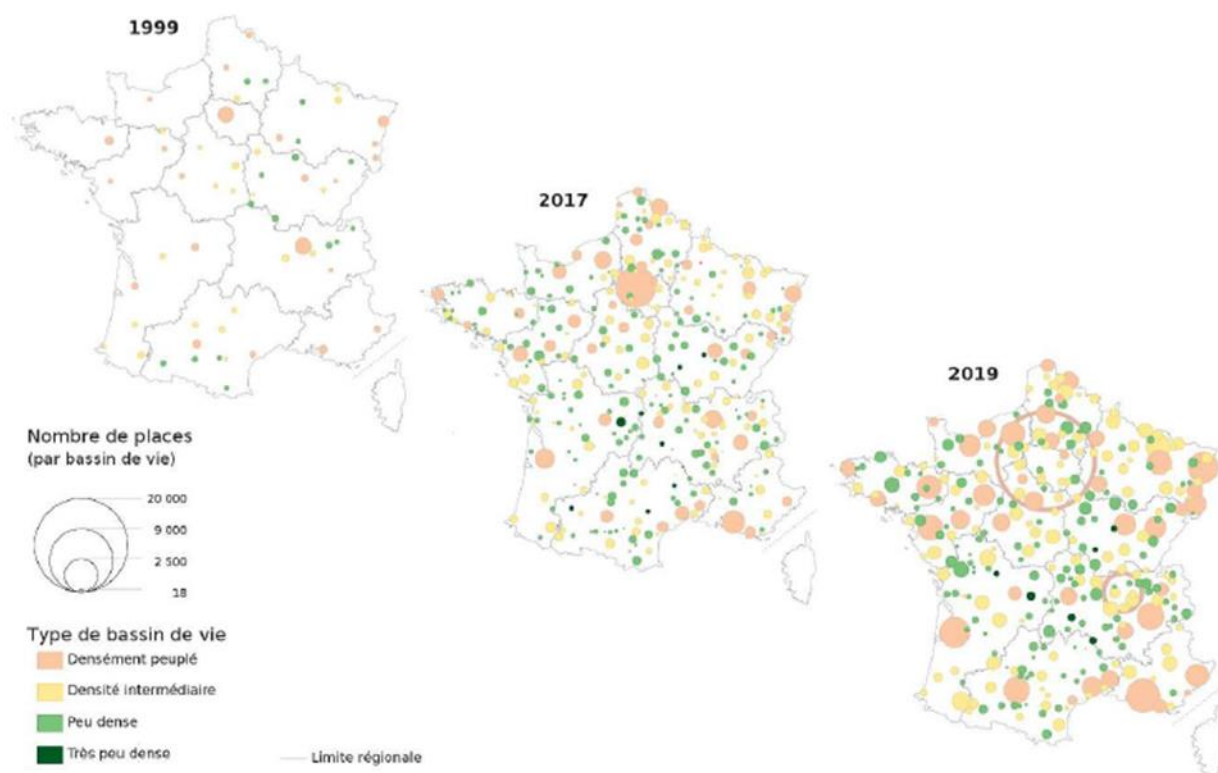
Ces logiques de répartition territoriale reposent sur un principe de « solidarité territoriale » selon lequel les territoires doivent se partager la responsabilité de l'accueil des réfugiés. Elles sont construites à différentes échelles, poursuivant l'idée d'une répartition des « charges » d'abord entre les pays de l'Union Européenne, puis au sein de chaque pays entre les régions. Alors que l'intensification des flux migratoires touche différemment les pays européens, plusieurs pays se sont engagés au cours de l'année 2015 dans des accords de répartition donnant lieu à des mesures relativement inédites de relocalisation, c'est-à-dire des transferts de réfugiés d'un État membre de l'Union européenne vers un autre. En septembre 2015, la France s'engageait à recevoir environ 20 000 personnes réfugiés en Italie ou en Grèce⁶. Au niveau infrarégional, la loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile a structuré une logique de répartition multiscalair de l'accueil des personnes en mettant en place un schéma national et des schémas régionaux de l'accueil des demandeurs d'asile. Ces schémas, définis pour 2 à 3 ans, fixent la répartition des places d'hébergement pour demandeurs d'asile et réfugiés et l'organisation des dispositifs d'enregistrement des demandes et de suivi social. Ainsi, toutes les nouvelles structures créées depuis 2015 répondent à ces logiques de « répartition équilibrée ». Les principaux arguments mobilisés sont la disponibilité immobilière dans les espaces de faible densité et l'idée que les l'accueil de populations exilées sur ces territoires, dont certains ont connu une déprise démographique, pourrait participer à leur revitalisation.

Des premières opérations d'évacuation à l'été 2015 à la généralisation des CAES en 2019, le DNA a ainsi connu, en seulement quelques années, une reterritorialisation majeure, marquée par la mobilisation relativement inédite de villes petites et moyennes et des espaces ruraux (Berthomière et al., 2020, Flamant et al., 2020, Gardesse & Lelévrier, 2021). Les cartes produites par le programme de recherche Camigri (les campagnes françaises dans la dynamique des migrations internationales) illustrent cette diversification des territoires d'accueil en faveur des territoires périurbains et ruraux (cf. **Carte 1**).

⁵ Le CPA puis les CAES incarnent une fonction de tri, « d'évaluation des situations » dont l'objectif est de déterminer une orientation (ou non dans le DNA) selon la situation juridique et parfois sanitaire. Les CAES sont apparus d'abord en Île-de-France et autour de Calais avant d'être généralisés à l'ensemble du territoire en 2019

⁶ Instruction INTV1524992 du 9 novembre 2015 relative à la mise en œuvre du programme européen de relocalisation à partir des décisions du Conseil de l'Union européenne des 14 et 22 septembre 2015.

Carte 1. Évolution de la répartition spatiale des places du dispositif national d'accueil entre 1999 et 2019 selon le type de bassin de vie (Berthomière et al., 2020)



Réalisation : ANR Camigri, O. Pissot. Données de l'OFII et la Cimade.

Dès lors, cette nouvelle géographie de l'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés interroge les capacités des territoires, ou plutôt des acteurs qui les composent, à accueillir ces personnes exilées, pour la grande majorité primo-arrivantes et arrivées sur le territoire français avec très peu de ressources. Alors que l'accès à la santé fait partie des enjeux majeurs de l'accueil des exilés, l'installation de populations sur des territoires caractérisés par une moindre densité de services et une moindre accessibilité par les transports en communs interroge particulièrement les possibilités d'accès aux soins et l'organisation des acteurs de l'accueil et du soin. Cet enjeu a représenté le point de départ de notre réflexion.

1.1.2. La rencontre avec le sujet : d'un stage à un projet de thèse

Ma rencontre avec ce sujet remonte au printemps 2017 lors d'un stage effectué au sein de l'Observatoire du Samusocial de Paris. Au cours de ce stage, je coordonne une enquête commandée par l'Agence régionale de santé (ARS) concernant l'accès aux soins des personnes accueillies dans les quelques 80 CHUM alors ouverts en Île-de-France. Alors que l'ARS met en place des mesures de soutien des équipes des centres dans l'accompagnement vers les soins des hébergés, sa demande est alors d'évaluer les ressources mobilisées et les difficultés rencontrées par les équipes sociales dans cette mission. Pour y répondre, nous déployons une enquête par entretiens téléphoniques auprès des équipes sociales - la dispersion territoriale des centres dans la région rendant compliquée une enquête sur site. L'enquête révèle des difficultés communes dans l'accompagnement vers le soin des exilés, en particulier concernant l'accès aux soins psychiques, mais aussi des disparités importantes dans les ressources mobilisées et les stratégies d'accompagnement des équipes selon les associations

gestionnaires et la localisation. Par ailleurs elle met en évidence des réseaux de ressources mobilisées distincts entre équipes sociales de centres d'un même territoire, suggérant de faibles dynamiques de collaborations entre équipes sociales (Siffert et al., 2018). Ces résultats invitent à poursuivre une approche territorialisée de l'accompagnement vers les soins des personnes accueillies dans le DNA. Partant de cette expérience, je rédige un projet de recherche doctorale avec la perspective suivante : poursuivre l'étude de l'accès aux soins des personnes en demande d'asile accueillies sur le territoire francilien, avec comme perspective d'étudier sur un territoire plus restreint, ou éventuellement plusieurs dans une perspective comparative, le système d'acteurs impliqués dans leur accès aux soins.

Le sujet tel qu'initialement formulé portait donc sur l'accompagnement dans le soin des demandeurs d'asile. L'entrée par cette catégorie spécifique d'exilés répondait donc aux évolutions récentes du DNA, avec l'ambition d'interroger la capacité des équipes sociales d'hébergement et des acteurs médico-sociaux à les accompagner à promouvoir leur accès aux soins. Si la problématique générale du sujet est restée la même, me confronter aux catégorisations de la migration, notamment à l'épreuve de l'enquête ethnographique, m'a amené à élargir mon entrée populationnelle. Bien que cette réflexion se soit faite très progressivement, j'ai choisi de revenir dès maintenant sur ce cheminement scientifique me semblant essentiel pour exposer ensuite rigoureusement la problématique de cette recherche.

1.2. Des demandeurs d'asile aux exilés en situation précaire, une nécessaire réflexion sur les catégorisations de la migration

La question de la qualification des personnes migrantes traverse certainement, à un moment, tout chercheur qui étudie l'expérience migratoire. Elle fait l'objet de nombreuses réflexions et constitue même aujourd'hui un objet de recherche à part entière de la sociologie (Calabrese & Veniard, 2018, Akoka, 2018, Bourgois, 2019, Brücker et al., 2019, Lepoutre & Malogne-Fer, 2022). Dès la construction du sujet et de la problématique, celui qui étudie les migrations doit choisir les justes termes pour désigner les personnes dont il souhaite étudier l'expérience. Les catégories de la migration sont cependant dérangeantes, considérées comme des « fictions administratives » (Akoka, 2020) qui ne correspondent pas à une réalité sociologique, à l'expérience de la migration par les sujets concernés. Néanmoins, en tant que constructions institutionnelles, les catégories déterminent des droits et des dispositifs dont on ne peut s'extraire quand on étudie la mise en œuvre des politiques publiques et les pratiques des acteurs. L'enjeu pour le chercheur n'est alors pas de s'extraire de ces catégories mais au contraire de « décrire leurs usages en expérience » (Véniat, 2021). Il se confronte aussi à la dimension politique des catégories, à la signification qu'on leur attribue dans les discours politiques et médiatiques. En choisissant les termes utilisés pour désigner les personnes migrantes (migrants, réfugiés, exilés, etc.), il ne définit et circonscrit pas seulement la population étudiée mais se positionne dans le champ des représentations associées à ces termes. De mon côté, cette problématique du choix des justes catégories m'a travaillé tout au long de la recherche, au fil des lectures mais surtout « à l'épreuve du terrain ». L'enquête ethnographique, à la lumière de la littérature, m'a conduit progressivement à me repositionner non seulement sur les termes que je souhaitais utiliser, mais aussi, nécessairement, sur l'objet même de la recherche.

1.2.1. Le point de départ : choisir d'étudier les demandeurs d'asile

Initialement, mon sujet de thèse se focalisait sur la catégorie des demandeurs d'asile en raison, des logiques de dispersion territoriale qui traversent spécifiquement le DNA mais aussi des particularités juridiques qui encadrent le statut de demandeur d'asile dans l'action sociale menant à l'hypothèse de spécificités dans leur accompagnement médico-social.

Un demandeur d'asile est une personne étrangère ayant déposé auprès de l'État une demande de protection internationale. La procédure d'asile permet d'obtenir le statut de « réfugié », défini en 1951 par la Convention de Genève comme « toute personne ayant quitté son pays par crainte d'y subir des persécutions du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, justifiant une protection par un autre pays que celui dont il a la nationalité »⁷. J'abordais cette catégorie en pleine conscience qu'il s'agit d'une catégorie juridique regroupant des personnes évoluant dans des situations sociales et économiques très différentes. Si les demandeurs d'asile bénéficient historiquement d'un dispositif d'accueil spécifique, la réalité est qu'une part croissante, et même désormais une majorité des demandeurs d'asile et réfugiés n'y ont pas accès. On estime que le DNA accueille environ 40% des demandeurs d'asile en cours de procédure⁸. *In fine*, la majorité se retrouvent donc en dehors du DNA, dans les mêmes situations résidentielles et sociales que les autres catégories de « migrants ». Ces situations sont alors extrêmement variables et évolutives, de l'hébergement privé par des tiers (famille, compatriotes, citoyens...) à des situations d'habitat précaire informel (campements, squats...), en passant parfois par des structures d'hébergement social dits de « droit commun » comme les centres d'hébergement d'urgence (CHU), les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les hôtels sociaux, etc. Face à cette multiplicité de situations sociales et résidentielles, la perspective que je donnais à mon travail était alors d'étudier aussi le recours aux soins de demandeurs d'asile vivant hors du DNA, afin d'interroger l'existence de ressources médico-sociales et de pratiques d'accompagnement différenciées entre personnes hébergées dans le DNA, dans un dispositif de droit commun ou une autre situation résidentielle. Un argument important dans ce choix était que les demandeurs d'asile bénéficiaient, au moment de commencer cette thèse, d'un droit particulier en matière d'accès aux soins par rapport aux autres étrangers reconnus en situation régulière sur le territoire, à savoir un accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C, désormais Complémentaire santé solidaire – CSS) sans attendre trois mois de présence sur le territoire. Dans une perspective de reconstituer des trajectoires de recours au soin des personnes au prisme de leur situation résidentielle, le choix de circonscrire à la catégorie juridique des demandeurs d'asile permettait alors de comparer des trajectoires de personnes ayant les mêmes droits mais des situations résidentielles différentes.

⁷ Organisation des Nations Unies, Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés, entrée en vigueur le 22 avril 1954. Depuis 2003 le droit d'asile est élargi par la protection subsidiaire, pouvant être accordée à une personne dont la situation ne répond pas au statut de réfugié mais pour laquelle il existe des menaces de peine de mort, exécution, tortures ou violences (dans le cadre de conflits armés notamment).

⁸ Les chiffres communiqués par l'OFII dans son rapport annuel ne permettent pas de calculer précisément la part des demandeurs d'asile qui bénéficient d'un hébergement dans le DNA (par le fait que de plus en plus de demandeurs n'y sont plus éligibles et que certaines places sont occupées par des personnes qui ne sont plus en procédure) mais la Cimade estime ce chiffre à environ 40% depuis plusieurs années.

1.2.2. *Se confronter à l'artificialité et aux implicites des catégories de la migration*

Avant même de se confronter à l'usage local des catégories, deux points ont participé à remettre en question mon approche par la catégorie des demandeurs d'asile : l'artificialité des catégories administratives pour qualifier les réalités sociales et les représentations autour de celles-ci.

Si la distinction entre « réfugiés » et « demandeurs d'asile » paraît aujourd'hui évidente, il s'agit en réalité d'une distinction récente, qui n'a pas toujours été. Comme l'a retracé Karen Akoka dans ses travaux menés auprès de l'OFPRA, cette distinction est étroitement associée à l'évolution des politiques d'octroi de la protection internationale et des représentations de l'étranger dans la société (Akoka, 2020). Dans la définition donnée par la convention de Genève (cf. *supra*), le terme de réfugié englobe toute personne qui a cherché à quitter son pays pour fuir des persécutions. Il désigne à la fois ceux qui sont en procédure de demande de protection internationale et ceux qui l'ont obtenue. On dit alors que la procédure d'asile est reconnaîtive dans le sens où elle « reconnaît » un statut de réfugié à quelqu'un qui est déjà considéré comme tel. Certains droits sont même rétroactifs. C'est seulement dans les années 1980, que l'OFPRA va commencer à utiliser le terme de « demandeur d'asile » pour désigner ceux en cours de procédure et garder le terme de « réfugiés » uniquement pour ceux qui ont obtenu la protection. L'apparition de cette catégorie est alors venue mettre fin à cette idée que celui qui demande l'asile est déjà symboliquement réfugié. C'est à la même période qu'apparaît également le terme de « déboutés » (qui n'est pas une catégorie administrative officielle) pour désigner ceux qui, contrairement aux réfugiés n'obtenaient pas la protection internationale. En suggérant que seuls ceux obtenant finalement le statut étaient des « vrais » réfugiés, les notions de demandeurs d'asile et déboutés ont alors contribué à changer le regard sur la légitimité d'une partie des personnes demandant l'asile. Face à l'artificialité et aux représentations politiques derrière cette distinction, des chercheurs mais aussi des acteurs de l'action médico-sociale et/ou des militants expriment des résistances à cette distinction. Ce fut le cas notamment d'une directrice d'association médico-sociale rencontrée lors de l'enquête de terrain : *« Y a que dans les découpages administratifs qu'ils sont demandeurs d'asile. Mon parti pris c'est de les appeler réfugiés, qu'ils soient demandeurs d'asile, débouté...Je m'appuie sur la définition du réfugié comme une personne qui vient chercher refuge dans un autre pays. Après on les a sous-catégorisé selon des situations administratives. Rien que le fait de les avoir appelés « demandeurs » ça m'interroge. Et c'est vrai qu'on est un peu engagés ici quoi, par rapport à ça. »*⁹ En refusant cette catégorie de demandeur d'asile, en tout cas en dehors du cadre de la procédure administrative, elle cherche alors à maintenir la posture reconnaîtive selon laquelle tout demandeur d'asile est bien une personne venue chercher refuge en France.

Par ailleurs, réfléchir aux catégories de la migration a supposé de se confronter aux représentations qui structurent leurs constructions et leurs usages. En France, le discours médiatique et politique sur la « crise de l'accueil des migrants » s'est recentré depuis une dizaine d'années sur la distinction entre « réfugiés » et « migrants ». Plusieurs chercheurs ont alors soulevé comment cette distinction repose sur des processus de légitimation et délégitimation (Morice & Rodier, 2005, Wihtol de Wenden, 2010, Akoka et al., 2017, Akoka, 2018). En effet dans la manière dont elle est utilisée dans les discours, la distinction entre « migrants » et « réfugiés » ou « demandeurs d'asile » renvoie en réalité à une distinction entre « migrants économiques » et « réfugiés politiques », c'est-à-dire à des

⁹ Directrice d'un réseau de santé précarité, ancienne intervenante sociale en CADA, mars 2021

considérations sur les motifs de migration. Selon Karen Akoka (2020), cette distinction est structurée autour de trois oppositions artificielles : entre migration économique et politique, entre migration forcée et volontaire, entre migration collective et individuelle. À la figure du réfugié (ou demandeur d'asile), forcé de quitter son pays pour fuir des persécutions à caractère politique et subies en partie de façon individuelle (conformément à la convention de Genève), s'oppose celle du migrant économique qui aurait choisi de partir de son pays pour mieux réussir sa vie ailleurs, plus souvent en famille. D'un part, ces dichotomies semblent artificielles et ne permettent pas de décrire fidèlement l'expérience des personnes migrantes. Est-ce que fuir la misère, une crise économique n'est pas aussi un motif profondément politique ? Est-ce que cela relève réellement d'un « départ volontaire » ? Contrairement à ce que les catégorisations au prisme des motifs de départ suggèrent (migrant politique, économique, mais on parle aussi de migrants « environnementaux » ou « pour raison de santé »), les motifs de départ sont complexes, pluriels et entremêlés. Surtout, au-delà de leurs limites pour penser l'expérience migratoire, ces deux catégories de « migrants » et « réfugiés » sont hiérarchisées dans les représentations. Leur distinction est chargée d'un processus de légitimation de ceux qui seraient là au titre de l'asile politique, en miroir d'une délégitimation des autres étrangers présents pour des raisons qui seraient économiques et sociales. Dès lors, en choisissant de travailler sur les catégories de migrants ayant demandé l'asile, n'étais-je pas en train d'alimenter ces processus de légitimation/délégitimation ? N'était-ce pas aussi s'exposer au risque de surestimer le poids de ces catégories dans les pratiques d'accompagnement vers les soins ?

1.2.3. Des demandeurs d'asile aux exilés précaires : l'élargissement des catégories à l'épreuve du terrain

Si ces réflexions sur l'artificialité des catégories ont nourri mon propre cheminement sur la définition de mon sujet, c'est avant tout l'expérience de l'enquête ethnographique et des « usages locaux des catégories de la migration » (Frigoli, 2010a) qui m'ont réellement conduit à remettre en question mon approche de l'action médico-sociale au prisme de la catégorie des demandeurs d'asile et l'élargir aux exilés en situation de précarité.

Les premières confrontations à l'usage local des catégories de la migration

On peut faire remonter les premières remises en question de mon approche dès l'enquête de dit « exploratoire » auprès d'acteurs médico-sociaux au printemps 2019 (cf. Chapitre 1). Dès les premières observations se confirment les intuitions évoquées plus haut selon lesquelles les catégories administratives, et notamment celle de demandeur d'asile, ne traduisent pas des réalités sociologiques et renvoient à des conditions d'accès à un accompagnement social et au soin extrêmement varié. Les équipes rencontrées insistent alors sur le fait que ce qui compte n'est pas tant le statut que la situation résidentielle et sociale dans laquelle évolue la personne. Si la catégorie de demandeurs d'asile est bien déterminante du point de vue des démarches d'accès à une couverture sociale, l'accès aux soins s'inscrit dans un ensemble bien plus complexe de déterminants sociaux. À ce stade de ma réflexion, une approche par les demandeurs d'asile et réfugiés ne m'apparaissait pas problématique tant qu'étaient prise en compte ces déterminants sociaux imbriqués. Cependant ce terrain exploratoire me faisait aussi me confronter à l'usage local des catégories de la migration et à l'existence d'actions menées par ces mêmes acteurs auprès d'autres catégories d'exilés, qui ne sont pas en demande d'asile. Les équipes effectuent notamment des interventions sur des espaces d'habitat précaire (campement, squats...) où la très grande majorité des populations sont originaires d'Europe de l'est, assimilés à la

communauté « Roms », terme par lequel ils sont aussi appelés localement. Les équipes évoquent également « un nouveau public migrant » dans leur file active depuis 2017, les mineurs non accompagnés (MNA) accueillis dans des structures d'accueil de l'aide sociale à l'enfance. Face à cette nouvelle demande qu'ils représentent, l'une des structures est même en train de mettre en place une consultation qui leur est dédiée. Ces actions ne concernent pas les demandeurs d'asile et ne font donc pas partie directement de l'objet de ma recherche. Néanmoins elles traduisent l'évolution de l'action médico-sociale locale auprès des populations étrangères accueillies sur le territoire et suscitent mon intérêt. En effet il apparaît que ces actions dédiées à d'autres catégories de « migrants » structurent l'action médico-sociale locale en parallèle de celles qui sont dédiées aux demandeurs d'asile, dans des structures du DNA par exemple. Du point de vue des acteurs médico-sociaux, le temps pour les uns est du temps en moins pour les autres. Les évolutions de la demande locale et la mise en place d'actions qui ciblent des catégories d'exilés font émerger des réflexions de justice sociale dans les équipes. Non seulement ces réflexions sont intéressantes et méritent qu'on s'y attarde (cf. Chapitre 5), mais surtout elles laissent suggérer que les actions menées auprès des demandeurs d'asile, si tant est qu'on garderait cette approche, doivent être analysées au prisme de l'ensemble des actions menées par les équipes médico-sociales. Les transformations de l'action médico-sociale au contact des demandeurs d'asile s'inscrivent dans des recompositions plus larges relatives à l'ensemble de la demande sociale par des exilés en situation de précarité.

Un autre argument allait alimenter progressivement mon repositionnement : le fait que les politiques migratoires qui encadrent « l'accueil » de ces autres catégories d'exilés répondent elles aussi à des logiques de dispersion et répartition en partie comparables à celles qui régissent l'accueil des demandeurs d'asile. En effet, les politiques d'accueil des mineurs non accompagnés par les services de la protection de l'enfance sont marquées depuis les années 2010 par des logiques de « rééquilibrage » et redistribution territoriale entre les départements français, non sans difficultés pour certains départements insuffisamment dotés (Przybyl, 2017). De même, plusieurs travaux ont montré comment les politiques de résorption de l'habitat précaire qui structurent les politiques de « non-accueil » (Bergeon, 2010) des populations dites « Roms migrantes » en France relèvent de logiques de dispersion des populations en dehors des villes-centres des grandes agglomérations. Malgré les résistances des populations à ces politiques d'expulsion territoriale (Cousin & Legros, 2014), leur intensification dans les espaces urbains denses entraîne un déplacement partiel des populations vers les territoires périurbains (Nacu, 2010). Il y a alors un intérêt à rapprocher l'action médico-sociale auprès de ces différentes catégories de personnes migrantes, non pas seulement au regard du fait qu'elles partagent des situations sociales et économiques comparables et interagissent en partie avec les mêmes acteurs, mais aussi dans la manière dont elles sont abordées par les politiques migratoires. Les actions dédiées observées témoignent alors de recompositions de l'action médico-sociale face à ces dynamiques des politiques migratoires.

Ce terrain exploratoire a donc posé les prémices d'une remise en question de mon entrée par les demandeurs d'asile autour de deux questions : dans quelle mesure cette catégorie fait-elle vraiment sens quand on étudie l'accès aux soins ? L'action médico-sociale auprès des demandeurs d'asile ne doit-elle pas être étudiée au prisme de l'étude de l'ensemble de la demande sociale par des exilés en situation de précarité ? Dans la suite du terrain, deux événements sont alors venus confirmer la nécessité de se repositionner.

Quand les catégories de la migration s'emmêlent

Le premier est une évolution du contexte démographique local qui contribua à entremêler deux catégories locales de la migration habituellement distinctes par les acteurs et m'exposer à nouveau à l'artificialité de la catégorie de demandeur d'asile. Alors que je reprenais l'enquête auprès d'acteurs médico-sociaux à la fin de l'année 2019, l'une des équipes m'explique qu'elle fait face depuis quelques semaines à une nouvelle demande émanant d'une population récemment installée sur le territoire. Ce sont des familles originaires de Moldavie, assignées « Roms », locutrices à la fois du russe et du romani qui se sont installées au cours de l'été 2019 dans des squats et bidonvilles sur des communes voisines. Ces familles cohabitent parfois avec des familles Roms originaires de Roumanie que les équipes connaissent en partie. Cependant, à la différence de ces dernières, la presque intégralité des familles moldaves ont effectué une demande d'asile auprès de l'OFPRA. Ces personnes évoluent alors dans des situations économiques, sociales et résidentielles très différentes que les demandeurs d'asile habituellement rencontrés par les équipes, qu'ils soient hébergés en structure sociale ou chez des tiers. En revanche elles évoluent dans des conditions de vie et d'accès aux services très similaires des familles originaires d'Europe de l'Est, pas demandeuses d'asile, que les équipes ont l'habitude d'accompagner : dans des squats et bidonvilles, en famille pour la plupart, ayant des activités économiques. Une fois de plus, je me trouvais alors confrontée au non-sens de la catégorie des demandeurs d'asile pour étudier les pratiques des acteurs médico-sociaux. Comment alors considérer l'action auprès de ces personnes par rapport à mon objet de recherche initial ? Logiquement, continuer à étudier l'accompagnement médico-social des demandeurs d'asile supposait d'inclure les actions auprès de ces personnes en les distinguant de celles menées auprès des autres populations « Roms » sur le territoire, avec qui elles cohabitent. Une telle démarche ne semblait faire aucun sens. C'est ainsi que ce « brouillage » sur le terrain de deux catégories de la migration – Roms migrants et demandeurs d'asile, traditionnellement séparées dans les représentations des acteurs de terrain comme des chercheurs, a confirmé mes doutes sur une analyse de l'action médico-sociale locale au prisme de la catégorie de demandeur d'asile.

La fin d'un droit spécifique aux soins des demandeurs d'asile

Le second élément important, qui renvoie à l'épreuve du politique dans l'épreuve du terrain fut la décision législative par un décret daté du 30 décembre 2019 de mettre fin à l'exonération du délai de trois mois de présence sur le territoire pour accéder à la protection universelle maladie (PUMA) et sa complémentaire gratuite (CSS, ex CMU-C) dont bénéficiaient les demandeurs d'asile par rapport aux autres étrangers en situation régulière¹⁰. Avec cette décision, le demandeur d'asile rejoint le banc de toutes les autres catégories d'étrangers en situation régulière concernant l'accès à une couverture sociale et donc l'accès aux soins. L'argument consistant à distinguer leur accès aux soins au regard de leur droit spécifique ne tenait donc plus. Notons que cette évolution du droit des demandeurs d'asile s'inscrit dans une dynamique plus globale, analysée depuis les années 1990 d'une déspecialisation progressive du droit d'asile en matière d'accès aux droits sociaux (Frigoli, 2004).

Cet ensemble d'événements et de réflexions dans l'épreuve du terrain m'ont ainsi conduit à repositionner progressivement cette entrée par les demandeurs d'asile. Je commençais à ne plus me

¹⁰ Décret n°2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé ; mis en application le 1^{er} janvier 2020.

présenter en disant que j'étudiais l'accompagnement médico-social des demandeurs d'asile mais plutôt celui des « migrants en situation de précarité » ou des « exilés ».

1.2.4. *Le choix du terme « exilé »*

Dans ces réflexions et hésitations sur les catégories de la migration, il faut à un moment choisir les termes utilisés, qui circonscrivent plus ou moins le sujet. Comme nous l'avons évoqué, le terme de « migrant » est chargé de représentations négatives et se trouve associé à l'idée de migration économique. Dans la perspective de ne pas préjuger et véhiculer des distinctions artificielles, chargées de représentations politiques, j'ai fait le choix, comme de nombreux chercheurs et acteurs associatifs de recourir majoritairement au terme « exilé ». Le politologue Jérôme Valluy désigne les exilés comme « l'ensemble des personnes vivant à l'étranger, et entreprenant d'y refaire leur vie, ceci afin de considérer cette population globalement, par-delà la diversité des catégories sociales (travailleurs migrants, migrants forcés, demandeurs d'asile, réfugiés statutaires, sans-papiers, etc.), sans préjuger de la validité sociologique de ces distinctions et des usages sociaux qui en sont faits » (Valluy, 2009, p. 9). Ainsi ce terme permet de se distancier des catégorisations fondées sur le statut administratif, la régularité de séjour, ou encore les motifs de migration (travailleur migrant, migrant environnemental...) et des processus de (dé)légitimation sous-jacents aux usages des termes « migrants » et « réfugiés ». Le terme exilé n'est pas pour autant complètement neutre sur le type de migrations désigné. Dans le dictionnaire, l'exil renvoie en effet à une situation de migration contrainte, d'expulsion ou de condamnation à vivre en dehors de son pays. Aussi les exilés désignent des personnes contraintes de vivre hors de leurs pays d'origine. Afin de ne pas tomber dans l'opposition artificielle entre migration volontaire et migration forcée critiquée plus haut, nous considérons l'idée de contrainte dans une large acception, ne renvoyant pas à des contextes spécifiques de persécution. Nous considérons que la migration demeure un choix, pris dans des contraintes et des motivations complexes. Pour Pascal Revault, médecin de formation et ancien directeur opérationnel du Comité médicale pour les exilés (Comede), « le terme exilé évoque les conséquences psychologiques et sociales des migrations, dans des contextes de migrations contraintes » (Revault, 2017). Ainsi le choix de ce terme invite à replacer la migration dans son contexte et ses rapports sociaux, et considérer les effets de la migration sur la santé.

Ce terme renvoie à un ensemble extrêmement large et notre réflexion est loin de prétendre à une analyse générale de l'accès aux soins et l'accompagnement médico-social de tous les étrangers vivant en France. Cette thèse s'intéresse essentiellement à l'accompagnement des exilés qui arrivent et évoluent dans des situations instables, souvent précaires sur le territoire. Nous excluons les personnes originaires de l'Union Européenne qui n'ont pas besoin de titre de séjour et les élites économiques. Par ailleurs nous nous intéressons particulièrement à l'accueil et l'accompagnement médico-social des exilés dits « primo-arrivants » entendus comme ceux étant arrivés pour la première fois et récemment en France. Les études qui utilisent ce terme considèrent souvent comme primo-arrivants les exilés arrivés depuis moins de 2 ans. Cette notion trouve alors un intérêt pour caractériser les processus d'accueil et d'intégration sociale selon la durée de présence sur le territoire, dans la perspective d'évaluer dans quelle mesure le temps de présence est un indicateur réel de l'accès aux droits et aux services. S'intéresser aux « primo-arrivants », c'est ainsi s'intéresser aux premiers contacts avec des services sociaux et médicaux. On peut alors identifier les différents canaux d'accès aux soins selon les situations administratives et sociales afin d'analyser les processus de mobilisation de ressources à

plusieurs niveaux (couverture médicale, hébergement plus stable, apprentissage de la langue, réseau social...) dans les premiers mois de présence sur le territoire. L'intérêt de confronter l'accessibilité aux soins aux conditions d'accueil émerge notamment du constat d'une altération de l'état de santé des demandeurs d'asile dans les premiers mois de présence sur le territoire (Guisao et al., 2017). C'est également dans les premiers mois de présence sur le territoire que s'expriment parfois des résurgences psycho-traumatiques, sous le poids des décisions administratives et des conditions matérielles d'accueil (d'Halluin, 2009, Nguyen, 2014).

En s'écartant d'une entrée par les demandeurs d'asile ou toute autre catégorie administrative, il ne s'agit en aucun cas de se soustraire de toutes ces catégories de la migration qui jalonnent les discours et les pratiques des acteurs. Au contraire, il s'agira d'employer ces catégories dès qu'elles font sens et d'être attentif aux processus de catégorisation des personnes migrantes dans l'action médico-sociale. Nous verrons par exemple que le terme de « migrants » ne désigne pas forcément les mêmes groupes selon les acteurs qui les qualifient. Nous serons aussi attentifs aux catégories qui traversent l'action sanitaire et sociale, pour désigner des vulnérabilités en matière d'accès aux soins, liées au genre, à l'âge, à une situation de handicap, de maladie chronique, des événements vécus, l'isolement social, la situation économique, des caractéristiques culturelles comme la langue parlée, etc.

Partie de l'ambition d'étudier l'accompagnement médico-social des demandeurs d'asile accueillis dans le DNA, c'est ainsi que la formulation de mon sujet a évolué, à l'épreuve des catégories de la migration et de leurs usages locaux dans l'action médico-sociale, vers une perspective plus large d'étudier l'accompagnement des exilés en situation précaire, en grande partie primo-arrivants. Renoncer à une approche par la catégorie de demandeur d'asile a permis d'observer les adaptations des acteurs à la diversité et l'évolution des statuts des personnes qu'ils accueillent et d'analyser les catégorisations opérées par les professionnels dans leurs pratiques. Nous verrons dans le chapitre 1 que la méthodologie mise en œuvre porte largement les traces de cette entrée initiale par la catégorie des demandeurs d'asile. De même certaines analyses renverront spécifiquement à la question de l'accueil dans le DNA. Pourtant la réflexion que nous proposons porte bien sur l'accueil et l'accompagnement dans le soin des exilés en situation de précarité.

2. Définition de l'objet de recherche et problématisation

Les contours du sujet étant délimités, ce second temps de l'introduction définit plus précisément l'objet de cette recherche, justifie l'approche socio-spatiale adoptée et problématise les axes qui structurent la réflexion.

2.1. L'accès aux soins des exilés, un objet de recherche au carrefour de différents champs politiques, interventionnels et scientifiques

L'ambition de cette thèse est d'étudier les pratiques d'accompagnement dans l'accès aux soins des exilés sur un territoire périurbain. La complexité de l'accès au soin comme objet d'étude est qu'il constitue un enjeu au carrefour de différents secteurs interventionnels, entre action sociale et sanitaire, et différents champs scientifiques. Dans ce second temps de l'introduction, il convient d'abord de définir plus précisément ce terme ainsi que ceux qui l'entourent. L'occasion aussi d'arbitrer sur les choix des concepts que nous allons privilégier parmi la multitude que proposent la sociologie et la

géographie. Puis, il s'agit de resituer l'accès aux soins des exilés dans sa construction comme problème public à différentes échelles et comme problème scientifique au carrefour de différentes disciplines. C'est alors sur ces trois étapes que s'appuiera la définition de notre propre position de recherche.

2.1.1. L'accès au soin, un objet polysémique au carrefour de l'intervention médicale et sociale

L'expression « accès aux soins » peut en effet être entendue dans plusieurs sens. Elle désigne à la fois l'accessibilité en termes de droits sociaux et l'accès pratique au système de santé, aux professionnels de santé, examens et traitements. Ainsi nous parlerons davantage d'une part d'accès aux droits (à la santé) pour évoquer l'accès des individus à une couverture sociale, d'autre part d'accès aux services de soin. Pour qualifier l'accès aux services, nous reprendrons la distinction courante en santé publique (Lombrail & Pascal, 2005) entre, d'une part « l'accès primaire », pour désigner l'entrée dans le système de soins, d'autre part « l'accès secondaire » désignant la manière dont se déroulent les soins après ces premiers contacts, l'inscription de l'individu dans un parcours de soin au regard notamment de la continuité des soins et de la coordination entre les différents soins reçus. Cette distinction paraît particulièrement intéressante dans l'étude de l'accès aux soins des exilés puisque ces derniers n'ont pas, dans un premier temps, un accès de droit à l'ensemble du système de santé. Pendant le temps où ils n'ont pas de couverture sociale, tout soin doit se faire théoriquement au sein d'une structure de soin gratuit dédiée aux personnes sans couverture sociale. Le recours direct à un médecin de ville ou, ce qui arrive souvent, aux urgences hospitalières, expose les patients à des refus de soin ou des situations d'endettement. Ainsi l'accès primaire aux soins des populations exilées se fait la plupart du temps dans un espace (au sens politique mais aussi spatial) particulier du système de santé, ce que le sociologue Jérémy Geeraert appelle « l'espace du soin de la précarité » (Geeraert, 2017b). À l'inverse, l'accès secondaire aux soins des exilés représente le recours au reste du système de santé, c'est-à-dire aux services hospitaliers non dédiés aux populations précaires ainsi qu'à la médecine libérale.

Non seulement polysémique, l'accès aux soins relève de différents domaines interventionnels de la santé et de l'intervention sociale, entre santé publique, médecine sociale, intervention médico-sociale. On retrouve ici plusieurs notions aux contours flous dont il semble alors nécessaire de clarifier le sens.

La santé publique est à la fois un domaine d'étude et d'actions qui s'intéresse à l'état de santé des populations, leurs pratiques et risques en matière de santé. Elle rassemble toutes les mesures qui contribuent à « promouvoir la santé » à la fois à l'échelle individuelle et à des échelles plus larges de groupes populationnels. Elle englobe les pratiques de surveillance de la circulation des maladies, la mise en œuvre de programmes de prévention (dépistage, vaccination...) et la promotion de comportements favorables à la santé, ainsi que tout ce qui contribue à une meilleure organisation et coordination au sein du système de santé. La santé publique utilise couramment l'expression de « santé des migrants » pour désigner la constitution de la question de la santé et de l'accès aux soins des exilés comme problématique de santé publique. Cette expression désigne alors à la fois la caractérisation de l'état de santé des exilés, souvent en comparaison aux autochtones, le développement de politiques publiques visant à promouvoir leur accès aux soins ainsi que les dispositifs et acteurs qui y concourent. Nous privilégierons dans le chapitre 2 sur sa construction comme un problème médical, social et politique.

A l'image du diplôme d'études médicales spécialisées « Santé publique et médecine sociale », la santé publique est historiquement associée à l'idée de médecine sociale. Ce concept apparu au XIXème revêt une histoire complexe qui renvoie aux liens étroits entre la sphère médicale et sociale et la contribution de la médecine au gouvernement des sociétés (Foucault, 1994). Sans revenir précisément sur cette histoire, rappelons que l'assistance sociale et le soin ont toujours, malgré une phase d'éloignement, été étroitement imbriqués. Les problématiques de santé ont façonné les prémices de la protection sociale. Jusqu'au début des années 1900, les personnes marginalisées, les pauvres, et les personnes malades font l'objet d'un traitement commun au sein des hospices. Les premières lois en matière de droit à l'accès aux soins concerneront les plus précaires¹¹. Les premiers professionnels à intervenir au domicile des classes populaires furent les infirmières visiteuses, un métier à la base du métier d'infirmière mais aussi de celui d'assistante de service social qui ne sera distinguée qu'en 1930. Si la professionnalisation et l'institutionnalisation du travail social à partir des années 1930 a alors participé à l'autonomiser du travail d'accompagnement sanitaire, la mise à l'agenda de la lutte contre l'exclusion sociale comme problématique transversale depuis les années 1980 a conduit à un réinvestissement de la santé dans le travail social et à une réaffirmation de la fonction d'assistance des lieux de soin. C'est ce dont témoigne par exemple la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières en 1998 dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions. Ainsi s'est on (re)mis à conceptualiser la santé en termes de déterminants sociaux et à penser la pauvreté en termes sanitaires dans les politiques sociales et médicales à différentes échelles.

Aujourd'hui, le terme de médecine sociale pourrait être considéré comme un pléonasmе : existe-t-il une médecine qui ne soit pas sociale ? Surtout, la diversité des acteurs impliqués dans la santé publique et la médecine sociale en ont fait des domaines d'étude et d'actions au carrefour de différents secteurs et champs professionnels de l'action sanitaire et sociale. La prévention et la promotion de la santé sont des missions portées bien au-delà des services de santé, de l'école aux associations sportives, en passant par l'ensemble du paysage d'acteurs de l'aide sociale. En France, et cela de façon assez spécifique, on parle d'action ou de secteur « médico-social » pour désigner des acteurs et pratiques à l'interface du social et du médical. Néanmoins, comme cela est régulièrement relevé (Coron, 2017), le secteur médico-social renvoie à une partie de l'action publique aux contours mal définis. Dans la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales de 1975, les établissements sociaux et médico-sociaux ont été définis dans le code de l'action sociale et des familles dans un même article, sans distinction claire entre les premiers et les seconds¹². Aujourd'hui l'action médico-sociale ne désignerait pas un domaine d'activités évoluant dans une certaine autonomie autour d'objectifs communs, façonné par des règles et normes partagées. Il désignerait plutôt un ensemble de « sous-champs » tels que « le handicap », « l'addiction », « la précarité », dont les activités et circuits de financements sont très autonomes quand bien même les patients peuvent être communs (Camberlein, 2011). Les acteurs se définissant comme « médico-sociaux » sont généralement ceux qui portent conjointement des missions de soin médical et d'insertion sociale et réunissent dans leurs

¹¹ Loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite aux malades privés de ressources

¹² Parmi eux, les établissements médico-sociaux désigneraient alors ceux qui portent directement une mission de soin telles que les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes, les foyers d'accueil médicalisés et instituts médicoéducatifs pour personnes en situation de handicap, les structures d'hébergement médicalisées, les structures d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques

équipes des professionnels dits de santé (médecins, infirmiers, psychologues...), et des professionnels dits de l'intervention sociale (éducateurs spécialisés, assistants de service social, animateurs...). Néanmoins, il n'y a pas besoin d'être un acteur médical ou médico-social pour contribuer directement à l'accès aux soins. Il en va ainsi de la mission d'accompagnement dans l'accès aux soins que portent les équipes sociales en structure d'accueil ou d'hébergement. On pourrait aussi parler d'une approche médico-sociale quand des professionnels de santé mais aussi des acteurs non soignants tentent de replacer l'état de santé des personnes (exilées ou non) dans leurs contextes sociaux. On retrouve aussi la distinction entre *cure* et *care*, que la langue française traduit souvent par la distinction entre le « soin curatif » et le « prendre soin ». Alors que le premier est principalement porté par les institutions médicales et médico-sociales, le « prendre soin » est bien une mission partagée entre différentes institutions, secteurs et groupes professionnels ainsi qu'une diversité d'acteurs non professionnels. Dans un ouvrage récent, les sociologues Nicolas Duvoux et Nadège Vézinat (2022) proposent, et préfèrent au terme de médecine sociale, celui de « santé sociale » pour penser la pluralité d'acteurs qui participent au soin et à la promotion de la santé et les différentes articulations entre médecine, santé publique et lutte contre les inégalités sociales de santé. Nous trouvons cette expression particulièrement intéressante pour désigner ce qui relève de la promotion de la santé et l'aide à l'accès aux soins au-delà des acteurs définis comme médicaux et médico-sociaux. Il a en effet l'avantage, par rapport à l'adjectif médico-social notamment, de ne pas renvoyer qu'aux acteurs et dispositifs portant directement une mission de soin. Ainsi, si nous garderons les termes d'acteurs médico-sociaux et acteurs de l'action sociale pour justement différencier ceux qui effectuent directement du soin curatif des autres (les structures d'hébergement social, les associations caritatives par exemple), nous utiliserons l'expression « acteurs de la santé sociale » pour les désigner ensemble.

2.1.2. Un problème public à différentes échelles : de la politique internationale à l'initiative locale

En tant qu'enjeu des politiques publiques, l'accès aux soins des exilés évolue à l'articulation des politiques de santé qui organisent l'accès aux services de santé, les politiques sociales qui organisent l'accès aux droits sociaux dont l'hébergement social, et les politiques « migratoires » qui délimitent les droits des personnes migrantes, les conditions de leur présence et régulent leur « accueil » et leur présence sur le territoire. Les politiques migratoires sont ici comprises comme l'ensemble des actions publiques visant au contrôle, la sélection et l'incorporation des populations comprises comme étrangères ou immigrées (Hamidi & Fischer, 2016).

L'une des complexités dans l'articulation de politiques sanitaires, sociales et migratoires, réside dans les différences en matière de gouvernance territoriale. En effet, la santé et l'action sociale, dont l'hébergement, sont des compétences nationales mais dont la mise en œuvre se décline différemment entre les différents échelons : l'échelon régional étant l'échelon principal pour les politiques de santé, et l'échelon départemental celui pour les politiques sociales. Concernant les politiques migratoires, si leur mise en œuvre se joue également aux échelles locales, ces dernières sont aussi encadrées par le droit international, plus précisément des accords et conventions internationales que les États signataires se doivent de décliner sur leurs territoires. Ainsi la « santé des exilés » est d'abord un problème public construit à l'échelle internationale. Celle-ci constitue une préoccupation ancienne et centrale des instances internationales telles que l'Organisation des Nations Unies (ONU) ou

l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans leurs politiques du développement¹³. Elle apparaît également dans des textes fondateurs relatifs à certaines catégories juridiques de migrants, tels que la convention de Genève de 1951, la convention internationale sur la protection des droits des travailleurs migrants et de leur famille (1990) ou encore plus récemment les directives européennes en matière d'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés (2003, rénovées en 2013). Ces programmes et conventions reconnaissent l'accès à la santé comme un droit universel de l'Homme, indépendamment de sa nationalité, et donc un devoir des pays d'assurer un accès aux soins aux étrangers qu'ils accueillent. En 2008, l'Assemblée mondiale de la santé adoptait pour la première fois des résolutions spécifiques relativement à la santé des migrants, engageant les États à «promouvoir des politiques de santé qui tiennent compte des besoins des migrants». Elle donna lieu à la première consultation mondiale sur la santé des migrants en mars 2010, qui permit de définir les quatre priorités internationales en matière de migration et de santé : 1) la surveillance de la santé des migrants par la recherche et la diffusion d'informations, 2) l'élaboration de cadres politiques et juridiques en faveur de la protection des migrants, 3) la construction de systèmes de santé accessibles, 4) le renforcement de la coordination et des partenariats inter-étatiques. Si les États demeurent souverains dans la manière de mettre en œuvre le droit à la santé des étrangers vivant sur leur territoire, ces prérogatives internationales encouragent à une mise à l'agenda de l'accompagnement sanitaire des exilés dans les politiques nationales. En France, en 1998, la loi de lutte contre l'exclusion affirmait leur droit à une protection sociale avec la création de la couverture maladie universelle (CMU), à laquelle ont accès les étrangers en situation régulière et l'Aide médicale d'État (AME) pour les étrangers en situations irrégulière. Depuis les années 2010, il apparaît que la mise en visibilité d'une « crise de l'accueil » a contribué à renouveler cette problématique dans les arènes politiques. En 2018, une circulaire du Ministère des solidarités sur la mise en place de « parcours de santé des migrants » affirme la construction de l'accès aux soins des exilés dans les politiques publiques locales, territorialisées. Ses recommandations sanitaires représentent les exilés comme des personnes vulnérables sur lesquels une attention particulière doit être portée. Nous y reviendrons. Ainsi leur prise en charge médico-sociale évolue entre le développement de programmes spécifiques en faveur d'une reconnaissance et d'une prise en charge plus adaptée et individualisée des vulnérabilités liées à l'expérience migratoire, d'autre part une forte volonté de décroiser le système de santé de droit commun pour ne pas créer une filière spécifique de prise en charge des exilés en situation précaire dans le système de santé.

2.1.3. Un objet d'étude entre sciences médicales et sociales

Parallèlement à son institutionnalisation politique, l'accès aux soins des exilés comme question scientifique s'est construit au carrefour des sciences médicales et sociales (cf. Chapitre 2). Un temps réservés à la médecine, les enjeux d'accès aux soins au prisme de l'expérience migratoire font l'objet depuis les années 1990 d'une multiplication et diversification de travaux de recherche en sciences médicales sociales (Fassin, 2000a). Des travaux en épidémiologie sociale ont alors analysé des prévalences particulièrement élevées parmi les populations exilés de certaines pathologies, comme le VIH, les hépatites virales, la tuberculose, le diabète, certaines maladies cardio-vasculaires (Mizrahi et al, 1993 ; Lot et al, 2012 ; Drouot et al, 2012) en cherchant à démontrer l'inscription de ces inégalités

¹³ Par exemple elle figure comme une priorité dans la stratégie «la santé pour tous en l'an 2000» de l'OMS dès 1980, ou encore dans les objectifs du Millénaire pour le développement de l'ONU en 2000

de santé dans un ensemble de contextes sociaux (précarité résidentielle, accès aux droits...). La migration représente un frein dans l'accès aux soins en tant qu'elle est associée à des retards de diagnostic, des prises en charge tardives, et plus largement des phénomènes de non-recours et renoncement aux soins. Elle s'inscrit d'une part dans un ensemble d'inégalités à l'échelle mondiale (nonaccès aux soins dans le pays d'origine, couverture vaccinale...) et tout au long du parcours migratoire. Des approches anthropologiques de l'accès aux soins des exilés ont démontré comment la précarité sanitaire des populations migrantes s'inscrit dans les conditions de vie sur le territoire d'accueil (insécurité alimentaire, accès à l'hygiène, isolement social...) et les difficultés d'accès au système de santé. À l'ambition juridique d'un accès universel aux soins s'oppose une réalité marquée par des barrières sociales et administratives à l'obtention d'une couverture maladie (Maille & Toullier, 2009, Despres et al., 2012, Gabarro, 2012) ainsi que des discriminations dans l'accès aux soins (Carde, 2007, 2009, Cognet et al., 2012a, Cornu Pauchet, 2018). Ces travaux témoignent de l'affirmation d'une approche sociale des liens entre état de santé, accès aux soins et expérience migratoire. Cette mise en lumière de vulnérabilités spécifiques liés à l'expérience migratoire a favorisé la multiplication de travaux autour de l'accès à certains soins spécifiques, notamment les soins de santé mentale, les soins périnataux et la prévention. Ainsi des travaux d'acteurs spécialisés tels que le Comité médicale pour les exilés (Comede) décrivent comment les violences vues ou subies avant et pendant le parcours (Veisse et al, 2017) mais également la précarité multiforme liée à la migration favorisent la résurgence d'effets traumatiques (Boublil & Wolmark, 2018). Les difficultés dans l'accès aux soins des exilés sont particulièrement amplifiées par l'accès insuffisant à l'interprétariat en santé (Tabouri, 2009, Béal & Chambon, 2015). Des travaux menant une approche par le genre analysent la vulnérabilité particulière des femmes migrantes, tant au regard de violences spécifiques dont elles sont victimes tout au long de la migration (Laacher, 2010, Andro et al., 2019a, Pannetier et al., 2020) que des difficultés particulières et discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins, en particulier périnataux (Sauvegrain, 2012, Gasquet-Blanchard & Moine, 2021).

Depuis 2015, le contexte de mise en visibilité de la « crise de l'accueil des migrants » a contribué à renouveler la constitution de « la santé des exilés » comme problème scientifique. Cela s'est traduit notamment par la multiplication de travaux sur les espaces de vie et d'accès aux soins des exilés. On retrouve par exemple les travaux de Chloé Tisserand et Jacques Rodriguez sur les mobilisations des acteurs médico-sociaux sur le territoire frontalier calaisien (Rodriguez & Tisserand, 2017, 2021b, Tisserand, 2021). Ce sont aussi la multiplication de travaux en épidémiologie sociale sur l'accueil des exilés dans les dispositifs de soins gratuits, notamment les PASS hospitalières (Tapié de Celeyran et al., 2017, Georges-Tarragano et al., 2017). À ce titre, si quelques travaux ont décrit le rôle majeur des associations dans l'accès aux soins des populations précaires migrantes (Parizot, 2000, Hoyez, 2011, D'Halluin, 2012, Hoyez & d'Halluin, 2012), elles demeurent aujourd'hui bien moins décrites et connues que les dispositifs hospitaliers, alors même qu'elles ont souvent été précurseurs dans la lutte contre l'exclusion sur leur territoire. On observe aussi la multiplication d'études mêlant des approches transdisciplinaires, à l'image de l'ANR Parcours - Parcours de vie et santé chez les migrants d'origine d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France (Desgrées du Loû & Lert (dir.), 2017) ayant réuni des médecins, épidémiologiques, démographes et sociologues autour de la reconstitution de parcours de recours aux soins de personnes exilées, ou plus récemment l'ANR MIGSAN - Migrations et santé : expériences de la santé et trajectoires de soin des populations primo-arrivantes en France (dir. Anne-Cécile Hoyez, 2015-2022) réunissant des géographes, sociologues, médecins de santé publique. Ces

travaux s'attachent à décrire l'inscription des risques particuliers auxquels sont exposés les exilés dans les conditions de vie et d'accueil. Toutefois, alors que l'inscription sociale et les mécanismes de production des inégalités de santé liées à l'expérience migratoire sont de mieux en mieux décrits, l'organisation des acteurs sollicités et l'évolution de leurs modalités d'action, de leurs pratiques de coordination et de collaboration ont cependant bien moins été abordées (Hoyez, 2011, Autrive & Eliot, 2021). L'ambition de ce travail de thèse est alors d'aborder la problématique de l'accès aux soins dans sa dimension territoriale en s'intéressant à la mise en réseau et la coordination de ces acteurs médicaux et sociaux qui déterminent les configurations d'entrée et de circulation dans les espaces des soins. Au croisement de la géographie de la santé et de la sociologie de l'action sociale, elle s'inscrit dans les réflexions sur les organisations et contextes d'exercice des groupes professionnels impliqués dans le soin des populations migrantes (Hoyez & d'Halluin, 2012, Pian et al., 2018, Tisserand, 2021) et la dimension spatiale des inégalités de santé liées à la migration (Cognet et al., 2012b, Hoyez, 2015).

2.2. Une approche territoriale de l'accès aux soins des exilés

Ce travail explore la construction locale de la santé sociale auprès des exilés en tant que « système territorial d'acteurs ». Cette notion utilisée notamment par Gilles Frigoli dans ses travaux sur l'action sociale (2009) désigne les configurations locales d'acteurs, c'est-à-dire les collaborations et les cadres de coordination entre acteurs assumant des fonctions différentes, pris dans des relations d'interdépendance mais aussi des rapports de pouvoirs. Elle fait très étroitement écho à la notion de « figures urbaines de la santé publique » utilisée par Didier Fassin pour désigner à nouveau « les configurations sociales d'acteurs, entendues comme les systèmes de relations entre des positions occupées par les agents et les institutions autour d'un événement ou d'une intervention relevant de la santé publique » (Fassin, 1998a). La notion de figure proposée par Fassin est intéressante : synonyme de « visage » mais aussi de « schéma », elle nous renvoie à la fois à l'étude des pratiques et des représentations des individus qui participent à l'accès aux soins et aux relations dans lesquelles évoluent les institutions auxquelles ils appartiennent.

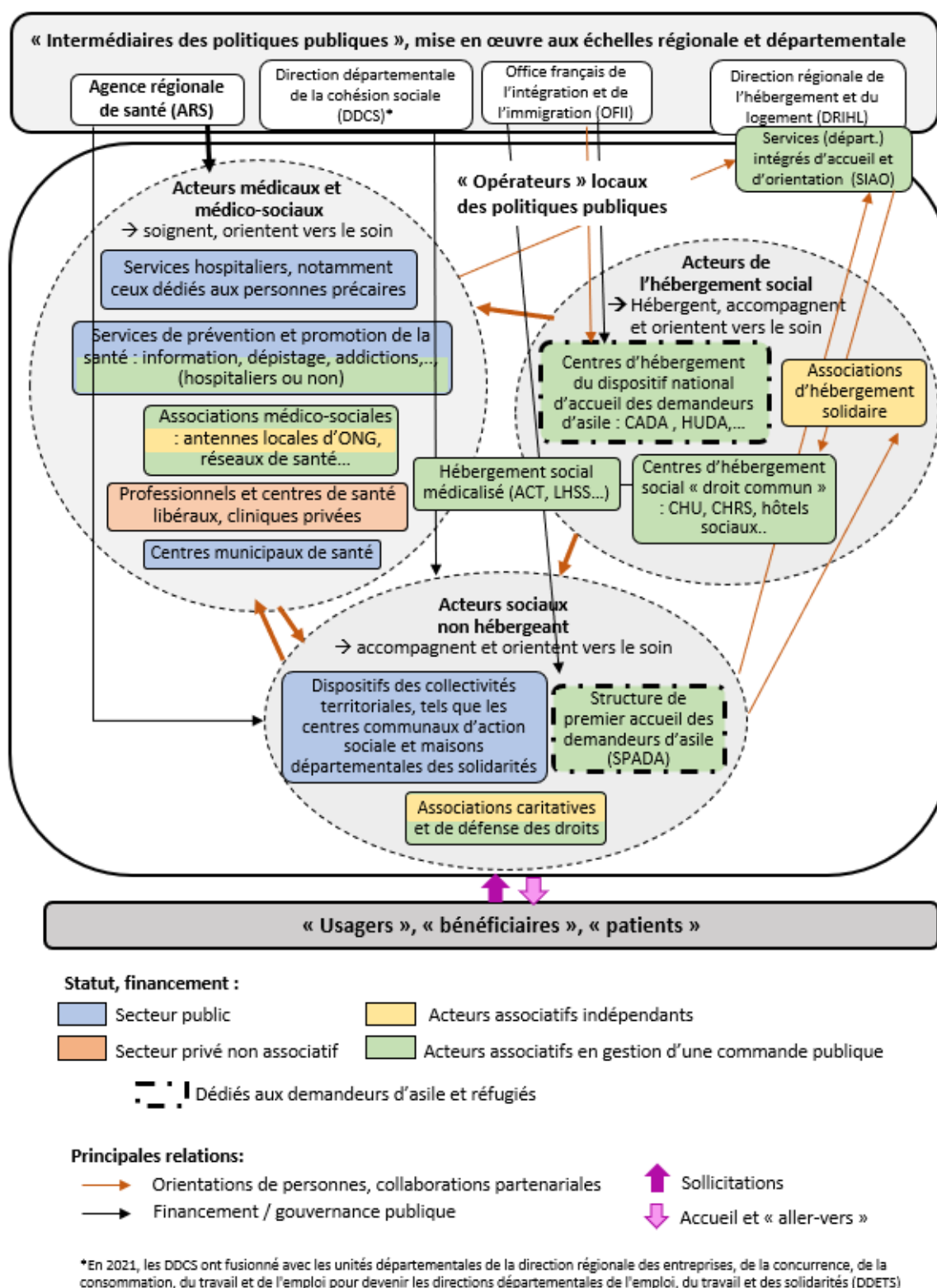
2.2.1. L'étude d'un système d'acteurs territorialisé

Conduire une approche territoriale de l'accès aux soins apparaît d'autant plus pertinent que le territoire est devenu une catégorie d'action publique centrale des politiques de santé. La mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales est en effet marquée depuis les années 1990, comme d'autres domaines de l'action publique, par un processus de territorialisation. Celui-ci est défini en sciences politiques comme le processus par lequel le territoire est devenu l'un des référentiels et cadres d'analyse pour la conception et la mise en œuvre des politiques publiques (Baron, 2014). Il désigne la construction de l'action publique à différentes échelles territoriales. Du premier découpage de la France en secteurs sanitaires par la loi hospitalière de 1970, à la loi de modernisation du système de santé en 2016 instituant les groupements hospitaliers de territoires, en passant par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » de 2009, la territorialisation de la santé nous renvoie à l'évolution des découpages territoriaux et instruments de l'action qui organisent le système de santé publique à différentes échelles (Amat-Roze, 2011). Cette affirmation du prisme du territoire dans les politiques publiques est par ailleurs associée à une définition plus localisée des problèmes publics et des moyens de leur prise en charge (Eliot et al., 2017). Les politiques de décentralisation dans la construction de l'action publique depuis les années 1980 insistent sur la prise en compte des spécificités locales dans

la mise en œuvre des politiques de santé et la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé. Ainsi l'action publique en matière de santé voit s'opérer un transfert de certaines compétences aux collectivités territoriales et le développement d'instruments pour construire une politique locale de santé publique (atelier santé-ville, contrats locaux de santé...). Le résultat de cette territorialisation de la santé est une compétence sanitaire plus diffuse dans les territoires, une multiplication des acteurs locaux et une diversification des configurations territoriales. Cette « montée en puissance du local » invite alors à des approches localistes dans l'étude des politiques et des acteurs de l'action médico-sociale, mais il signifie aussi que certains des résultats que nous tirerons de ce travail seront plus difficile à généraliser.

Le système d'acteurs impliqués dans la santé sociale des exilés que nous avons voulu appréhender articule plusieurs domaines de l'action publique : le soin, l'intervention sociale, et l'hébergement, et plusieurs niveaux d'action. Nous avons tenté de les représenter schématiquement dans la **Figure 1** ci-dessous. Il convient d'abord de distinguer les acteurs « intermédiaires des politiques publiques » (Hassenteufel, 2011) chargés de la mise en œuvre territoriale des politiques publiques, c'est-à-dire du déploiement sur les territoires des lois et programmes énoncés par le gouvernement et les parlementaires, et les acteurs qui « opèrent » cette action, ceux qui prennent en charge les personnes. La mise en œuvre des politiques sanitaires et médico-sociales est confiée depuis 2010 aux Agences régionales de santé (ARS). Organisées en délégations territoriales, souvent départementales, elles sont chargées du déploiement local d'un programme régional de santé défini à partir des politiques nationales de santé. Pour ce faire, l'ARS finance et coordonne les acteurs médicaux et médico-sociaux et peut aussi ponctuellement financer des actions de prévention et promotion de la santé auprès d'acteurs non directement soignants. Concernant l'hébergement social, le pilotage territorial est effectué par la direction régional interministérielle de l'hébergement et du logement (DRIHL) en partenariat avec les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) départementaux pour les hébergements dits de « droit commun » tandis que la gouvernance du DNA est assurée par l'Office français de l'intégration et du logement (OFII), rattachée au ministère de l'intérieur, organisée en délégations territoriales, régionales et/ou départementales.

Figure 1 : Schéma du système d'acteurs territorialisé de l'accès aux soins des exilés



I.Siffert, 2023

Nous avons catégorisé les acteurs opérationnels selon leur rôle dans l'accès aux soins des exilés : soigner, héberger et accompagner vers le soin. Ils sont également distingués selon leur statut et mode de financement (public/privé associatif/privé en gestion d'une commande publique). À l'heure de l'avènement de la nouvelle gestion publique dans l'intervention sanitaire et sociale (cf. Chapitre 3), les

acteurs impliqués dans le soin, l'accompagnement et l'hébergement social sont aujourd'hui majoritairement des acteurs associatifs financés sur des fonds publics. Ces associations complètent et cohabitent avec les dispositifs publics, produits directs des politiques sanitaires et sociales et les rares associations restées indépendantes des financements publics. Nous regroupons dans les acteurs médicaux et médico-sociaux tous les acteurs effectuant directement une mission de soin. Avant l'obtention d'une couverture sociale, la porte d'entrée dans le soin des exilés sont les dispositifs dédiés aux personnes en situation de précarité et/ou sans couverture sociale. Souvent, les acteurs associatifs collaborent avec des acteurs publics hospitaliers comme les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ou les équipes mobiles de psychiatrie (EMPP) introduits par la loi de lutte contre les exclusions de 1998 (cf. Chapitre 2). Des acteurs majeurs sont aussi des acteurs de prévention et promotion de la santé (dépistage, lutte contre les addictions). Une fois la couverture sociale obtenue, les exilés peuvent théoriquement solliciter l'ensemble des services hospitaliers, les centres et professionnels de santé en ville ou encore les centres médico-psychologiques en ville. Nous verrons alors que cet accès n'est pas toujours simple à « négocier ». Les acteurs de l'hébergement social sont ceux qui hébergent les exilés avec la mission de les accompagner dans leurs différentes démarches administratives et sociales, dont notamment le soin. Comme évoqué plus haut, il existe une grande diversité de structures d'hébergement en termes de statut et de modalités d'accueil tant dans le système de droit commun que le DNA. De façon encore très marginale, il existe également des associations proposant de l'hébergement citoyen, « chez l'habitant » mais au sein d'un cadre associatif. Ce type d'hébergement solidaire est alors à distinguer de tout mode d'hébergement non institutionnel, chez des tiers (famille, amis, compatriotes...) que nous n'avons dès lors pas représenté.

Enfin les acteurs sociaux non-hébergeant regroupent différents acteurs portant une mission d'accompagnement social sans soigner, ni héberger. On y retrouve la grande diversité d'acteurs associatifs, plus ou moins financés par des fonds publics, qui accueillent et accompagnent les personnes en situation de précarité dans leurs démarches sociales et administratives. Le champ de l'action associative est extrêmement vaste, regroupant des acteurs plus ou moins spécialisés dans l'accueil de certains groupes sociaux/catégories d'exilés, et/ou dans certaines thématiques de l'action sociale (accès à l'emploi, scolarisation, accompagnement juridique...). Ces associations sont généralement apparues en réponse à des besoins émergents et aux lacunes de la réponse publique. Elles complètent la mission publique d'accompagnement social portée par les collectivités territoriales, notamment les centres communaux d'action social (CCAS) et les maisons départementales des solidarités (MDS). Parmi les acteurs sociaux, nous avons considéré à part les structures de premier accueil des demandeurs d'asile et réfugié, dédiées à l'accompagnement social de cette catégorie d'exilés. Gérées par des associations, elles répondent à une commande publique de l'OFII et forment, avec les centres du DNA, un sous espace de l'action sociale dédié aux demandeurs d'asile et réfugiés

Décrire les figures de l'accès aux soins c'est ainsi analyser qui sont les acteurs (les institutions et les individus qui les font) qui accompagnent les exilés vers le soin et comment ils évoluent, individuellement et en tant que système, face à l'évolution de la demande sociale. Néanmoins, là où Frigoli et Fassin insistent sur l'analyse des interactions et rapports de pouvoirs dans ces configurations sociales d'acteurs, nous souhaitons aussi analyser la dimension spatiale de ces organisations d'acteurs. Il s'agit alors d'appréhender la construction locale de l'accès aux soins des exilés comme un système

d'acteurs territorialisé dans lequel le territoire n'est pas seulement un espace de gouvernance et le support de ces configurations sociales mais bien une de leurs dimensions. Ainsi nous montrerons comment les (re)configurations d'acteurs sont associées à la production de nouveaux espaces de soin, comment les pratiques des accompagnants sociaux en matière d'orientation vers les soins résultent d'arbitrages socio-économiques mais aussi spatiaux.

2.2.2. Le choix d'un territoire périurbain de la région francilienne

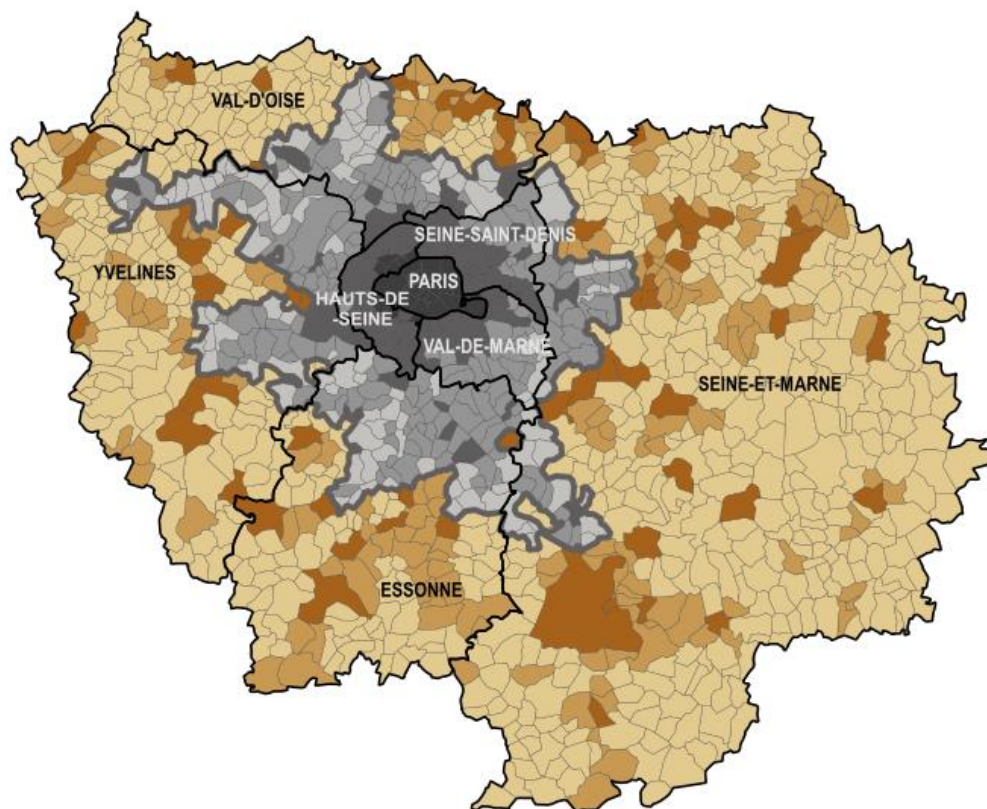
Nous avons décidé de travailler sur un territoire périurbain francilien. Ce choix répond d'abord au constat que très peu de travaux décrivent l'action médico-sociale auprès des exilés à la marge des agglomérations. Historiquement, l'étude des contextes locaux d'accueil et d'intégration des personnes migrantes en France ont été centrés sur les territoires urbains, considérés comme les principales portes d'entrée des populations sur les territoires (Marotel et al., 1994, Missaoui & Tarius, 2006, Belmessous & Roche, 2018). Ainsi, beaucoup de travaux portent sur la capitale et les villes-centres des grandes agglomérations françaises (Delage et al., 2008; Lazaridis & Weber, 2014). Sur les dernières années, les dynamiques migratoires et la crise de l'accueil ont conduit à la multiplication de travaux décrivant la mobilisation des villes dites « accueillantes » en opposition à celles où s'affirment des politiques répressives (Geisser, 2020; Hanappe & Neimi, 2020; Del Biaggio et al., 2021; Flamant, 2021). La reterritorialisation du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile a également conduit à la description de l'accueil des exilés sur les territoires nouvellement mobilisés. On retrouve par exemple les travaux déjà évoqués de l'ANR Camigri (dir. David Lessault) sur la mobilisation des campagnes françaises dans l'accueil des exilés ou ceux financés par le plan urbanisme construction architecture (PUCA) sur l'accueil dans des villes petites et moyennes (Gardesse & Lelévrier, 2021). Plusieurs thèses très récentes comme celles de Mohammed Rafik Arfaoui (2021) ou Daniela Ristic (2022) décrivent également très précisément des mobilisations locales en dehors des grandes métropoles. Ces différents travaux documentent la diversité des réseaux d'acteurs et configurations spatiales qui façonnent les territoires périurbains et ruraux concernés par l'accueil des exilés. Cependant, très peu interrogent précisément la problématique de l'accès aux soins. Bien qu'il constitue un enjeu central des politiques d'accueil, l'accès aux soins est souvent englobé dans les problématiques plus larges d'accompagnement social, parfois marginalisé par rapport aux enjeux d'accès au logement et à l'emploi. Parallèlement, les travaux explorant particulièrement les trajectoires et conditions d'accès aux soins des exilés restent encore majoritairement focalisés sur les territoires urbains. C'est le cas par exemple de l'enquête Parcours précitée, menée en Île-de-France entre 2012 et 2014. Si l'étude a bien une perspective régionale cherchant à inclure des parcours de personnes vivant sur tout le territoire, en pratique la grande majorité des plus de soixante structures de santé (services hospitaliers, centres de santé, associations) sollicitées étaient situées à Paris ou en petite couronne, dans le tissu urbain dense de la région francilienne. Un autre exemple francilien est le travail de la géographe Candy Jangal sur l'accès aux soins des personnes hébergées en hôtel social. Si l'enquête quantitative ENFAMS (Enfants et familles sans logement) dans laquelle s'inscrit cette thèse a été l'une des premières enquêtes à inclure des familles hébergées au sein de 250 structures d'hébergement réparties sur toute la région, dans l'enquête qualitative associée menée auprès de 18 familles, seulement 4 étaient hébergées en grande couronne au moment de l'enquête (Jangal, 2018). La géographe souligne alors elle-même les enjeux à approfondir l'analyse du recours au soin pour les personnes hébergées sur des communes périurbaines.

L'une des premières difficultés dans le choix d'un territoire périurbain est de se confronter à la définition et caractérisation imprécise du « périurbain ». Les géographes français reconnaissent en effet l'imprécision autour de cette catégorisation de l'espace et des dynamiques d'urbanisation (Prost, 2001, Vanier, 2012, Aragau, 2018). Au sens littéral, le périurbain désigne les espaces périphériques de l'espace urbain. Dans leur dictionnaire de géographie, Jacques Lévy et Michel Lussault définissent le périurbain comme « une catégorie analytique et interprétative désignant des configurations urbaines émergentes, situées à la périphérie d'une agglomération, caractérisées par une faible densité ». Le périurbain est un espace « d'interpénétration de la ville et de la campagne » caractérisé par « l'importance des migrations quotidiennes de travail vers la ville et le développement de l'habitat pavillonnaire » (Lévy & Lussault, 2013). L'espace périurbain regrouperait alors des territoires « intermédiaires » entre les communes densément peuplées d'une agglomération et l'espace rural.

Le terme est devenu une catégorie statistique officielle de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) seulement en 1996. L'Insee parle de « couronne périurbaine » pour désigner les communes polarisées par un pôle urbain, c'est-à-dire dont au moins 40% des résidents travaillent dans le pôle mais dont le bâti n'est pas en continuité avec celui-ci. Un pôle urbain est une unité urbaine, c'est-à-dire un ensemble de communes présentant une zone de bâti continue et comptant au moins 2000 habitants, qui offre au moins 10 000 emplois. D'après cette définition, ce qui caractérise le périurbain est d'une part les dynamiques d'attractivité d'un pôle, d'autre par la discontinuité du bâti par rapport à ce pôle. Cependant, d'autres définitions intègrent également à l'espace périurbain la dernière couronne d'urbanisation, c'est-à-dire les communes dont la continuité du bâti est assurée avec la ville-centre mais qui en sont les plus éloignées et dont les densités de populations sont similaires voire inférieures aux communes situées au-delà de l'agglomération. On retrouve parfois la notion d'espace suburbain, d'origine anglophone (*suburb* désignant la « banlieue »), pour désigner l'espace périurbain intégré à l'agglomération et le distinguer de celui qui est discontinu.

Tout au long de ce travail nous allons nous appuyer sur la typologie de l'espace francilien proposée par Institut Paris région (IPR), institut francilien d'aménagement et d'urbanisme, qui permet d'appréhender la complexité de l'espace périurbain francilien (cf. **Carte 2**). Cette typologie définie en 2007 (Bertrand & Dugué, 2007) et réactualisée en 2017 classe les communes franciliennes sur la base de trois variables : le fait d'appartenir ou non à l'unité urbaine (ou « agglomération ») de Paris, le taux d'urbanisation et la densité humaine. Les communes sont divisées en sept catégories, dont quatre au sein de l'agglomération et trois constituant l'espace hors de l'agglomération.

Carte 2. Découpage morphologique de la région Île-de-France par l'Institut Paris région en 2017



□ Limites des départements. **NOM** du département

Découpage morphologique de la région Ile-de-France par communes (IPR, 2017)

- 1. Communes du centre de l'agglomération
 - 2. Communes denses de l'agglomération
 - 3. Communes majoritairement urbanisées
 - 4. Autres communes peu denses
 - 5. Principales communes des agglomérations secondaires
 - 6. autres communes des agglomérations secondaires
 - 7. Communes rurales - n'appartenant pas à une unité urbaine
- Agglomération parisienne
 □ Limite extérieure

I.Siffert, 2023, d'après l'Institut Paris Région

Le centre de l'agglomération parisienne (1) correspond aux communes ou arrondissements de Paris très urbanisés et très denses, dont le taux d'urbanisation est supérieur à 95% et la densité humaine sur les espaces urbains construits est supérieure à 300 individus à l'hectare. Les communes denses de l'agglomération de Paris (2) sont les communes dont le taux d'espaces urbanisés est supérieur ou égal à 80% et la densité humaine supérieure à 100 individus à l'hectare. Les autres communes majoritairement urbanisées de l'agglomération de Paris (3) « moyennement urbanisées et moyennement denses », dont le taux d'espaces urbanisés doit être supérieur à 65% et la densité humaine sur les espaces urbains supérieure à 30 individus à l'hectare. Les autres communes de l'agglomération (4) sont les communes peu urbanisées (<65%) ou peu denses (<30 ind/he) mais qui sont incluses dans l'agglomération de Paris définie par l'INSEE.

Les communes franciliennes hors de l'agglomération parisienne sont catégorisées selon leur densité de population et leur polarisation par un pôle urbain secondaire : Les principales communes des agglomérations secondaires (5) ont une densité humaine au moins égale à 30 individus à l'hectare et une activité humaine (population + emploi en 2016) supérieure ou égale à 5 000 individus. Les autres communes des agglomérations secondaires (6) sont les communes agglomérées à l'un des pôles urbains secondaires dont la densité de population est inférieure à 30 ind/ha. Enfin, la catégorie des communes rurales (7) rassemble les communes qui ne sont pas rattachées à une unité urbaine définie par l'Insee, présentant généralement une très faible densité.

D'après ce découpage, l'ensemble des communes des trois départements dits de la « petite couronne » (les Hauts-de-Seine (92), la Seine-Saint-Denis (93), le Val-de-Marne (94)) sont incluses dans l'agglomération et la très grande majorité ont des densités élevées ou moyennes. Seules quelques communes au sud-est du Val-de-Marne présentent une densité inférieure à 30 habitants à l'hectare. Les départements de la « grande couronne » sont caractérisés au contraire par leur forte hétérogénéité en termes de densité de population et continuité du bâti. Ces derniers englobent six des sept catégories de communes proposées par l'IPR, des communes denses de l'agglomération parisienne aux communes rurales. Si cette typologie ne rend pas nécessairement plus claire la définition de l'espace périurbain francilien, elle permet alors d'appréhender sa variabilité. On peut alors considérer comme « périurbaines » les communes de faible densité de l'agglomération (4) ainsi que l'ensemble des communes situées hors de l'agglomération, y compris les communes rurales, dans la mesure où celles-ci sont toutes considérées par l'Insee comme faisant parties de l'aire urbaine parisienne. Au regard de cette carte, on peut aussi considérer comme périurbaines des communes de l'agglomération classées comme moyennement denses (3) voire très denses situées en périphérie de l'agglomération, dont certaines sont limitrophes avec des communes classées comme rurales.

En pratique d'autres variables sont à considérer pour prétendre à une définition des espaces périurbains et étudier leurs dynamiques. Les dynamiques d'attractivité et de polarisation peuvent être appréhendées par l'importance et le type de mobilités quotidiennes entre espaces, ou encore l'accessibilité des espaces, notamment par les transports en commun. Nous reviendrons précisément sur cette problématique de l'accessibilité au sein du département de grande couronne étudié et sur les enjeux qu'elle représente dans l'accès aux soins. L'ambition de cette thèse n'est pas de se positionner réellement sur une question aussi complexe que la définition de l'espace périurbain francilien. Dès lors nous garderons une définition large du périurbain fondée sur la reconnaissance d'un gradient important tant sur la densité du bâti (de dense à faible), la densité de population (de moyenne à très faible), ou encore l'accessibilité par les transports en commun.

En plus de ne pas être clairement définis, les espaces périurbains sont d'autant plus difficiles à étudier que ce qui les caractérise est en quelque sorte qu'ils ne sont pas homogènes. On observe sur une même aire d'attraction métropolitaine des communes caractérisées par un accès aux services très différencié. Par exemple, la typologie socio-sanitaire des territoires de vie de France métropolitaine proposée par l'Irdes (Chevallard et Mousquès, 2018) révélait la fragmentation particulière des grandes agglomérations (Paris en première ligne mais aussi Aix-Marseille, Lille), à travers des écarts importants de recours aux soins entre, villes-centres, banlieues proches et couronnes périurbaines. Ainsi, en tant que territoires des écarts, des variations, des gradients, les territoires périurbains apparaissent comme des observatoires particulièrement intéressants de l'étude des inégalités territoriales d'accès aux soins. L'un des enjeux dans le choix d'un territoire périurbain sera alors d'analyser comment certains déterminants socio-spatiaux du recours aux soins (faible densité des services de santé et leur petit dimensionnement, problématique de l'accessibilité par les transports en commun...) se trouvent exacerbés.

2.2.3. *Une approche multiscalaire à partir de l'échelle départementale*

Le territoire circonscrit pour mener cette recherche est un département. Ce choix repose d'abord sur la centralité de l'échelle départementale dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales. Fruit des mesures de décentralisation des politiques publiques et malgré l'émergence des intercommunalités, le département demeure en effet le « chef de file » de la mise en œuvre de l'action sociale (Lafore, 2004, Frigoli, 2010b). De nombreuses associations non gouvernementales sont également organisées en délégations départementales généralement chargées de la coordination des antennes locales, communales ou intercommunales. Concernant les politiques de santé, bien que la création des Agences régionales de santé en 2010 a confirmé un mouvement de régionalisation des politiques sanitaires, l'Île-de-France, comme la moitié des régions françaises, a fait le choix du département comme « territoire de santé ». Elle est ainsi organisée en huit délégations départementales par lesquelles s'opèrent la mise en application du programme régional de santé.

L'échelle départementale est également l'échelle principale de la gestion du dispositif national d'accueil en Île-de-France. Alors qu'ils ont une gouvernance à l'échelle régionale sur le reste du territoire français, les services de l'OFII sur la région francilienne sont organisés en huit directions territoriales correspondant aux départements. Par ailleurs la loi du 29 juillet 2015 a généralisé l'ouverture de structures de premier accueil (SPADA) sur chacun des départements d'Île-de-France, là où il n'y en avait que deux auparavant, à Paris et Bobigny (Seine-Saint-Denis). Cette évolution a participé à départementaliser l'accueil social des demandeurs d'asile, les nouvelles SPADA étant alors incitées à orienter les individus vers les partenaires locaux, départementaux. Ce sont par ailleurs les directions départementales de l'OFII en collaboration avec les SPADA qui gèrent la plupart des orientations vers les places d'hébergement situées sur leur département.

Si l'échelle départementale s'est imposée comme l'échelle la plus pertinente pour circonscrire le territoire d'étude, ce choix ne doit surtout pas empêcher de conduire une approche toujours multiscalaire, attentive à la variabilité et la superposition des échelles administratives et d'action et surtout à leurs évolutions. Notre réflexion portera alors une attention particulière aux dynamiques à l'œuvre dans la construction de la gouvernance de l'action sociale et médico-sociale, notamment les transferts de compétences entre les échelons régionaux et départementaux des institutions et les évolutions dans l'implantation territoriale des acteurs.

2.2.4. *Le choix de la Seine-et-Marne*

Parmi les départements de la grande couronne, le choix de la Seine-et-Marne a surtout été le fruit d'une opportunité scientifique via le réseau de l'Institut Convergence Migrations (ICM). En effet, l'un des médecins et chercheurs *fellows* au sein du département santé se trouvait occuper les fonctions de chef de service de l'unité de santé publique de l'un des hôpitaux du département, médecin coordinateur de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) du même hôpital, et d'un réseau de santé associatif dédié à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Particulièrement intéressé par des collaborations entre sciences sociales et médicales dans l'étude de l'accès aux soins des populations exilés, et en lien avec Anne-Cécile Hoyez, il accepta de m'ouvrir les portes de ses différents services qui allaient constituer les portes d'entrée de mon enquête ethnographique sur le territoire (cf. Chapitre 1).

Au regard de ses caractéristiques démographiques et territoriales, la Seine-et-Marne se trouve être un observatoire particulièrement intéressant de l'accès aux soins et de ses inégalités. Département périurbain très vaste, couvrant près de la moitié de la région Île-de-France, il est un territoire particulièrement hétérogène en matière de densité de population et d'urbanisation. La **carte 2** (cf. *supra*) témoigne d'un gradient d'urbanisation d'Ouest (Paris) en Est (façade rurale) particulièrement marqué. On y retrouve six des sept catégories de commune de la typologie. Cette hétérogénéité pose des enjeux en matière d'accessibilité aux services, notamment de santé, d'autant que le département connaît une démographie médicale particulièrement faible. En 2018, un rapport de l'Observatoire de santé d'Île-de-France qualifie le département de « désert médical pluriprofessionnel » (Mangeney et Grémy, 2018). Avec une densité de 6,0 professionnels pour 10 000 habitants, il est en 2020 le troisième département de France métropolitaine le moins doté en médecins généraliste libéraux (moyenne France 8,9), devant la Sarthe et la Seine-Saint-Denis. Il est aussi le 26^e département le moins doté en spécialistes libéraux (toutes spécialités confondues) avec une densité de 5,2 professionnels pour 10 000 habitants quand la moyenne de la France métropolitaine est à 8,3¹⁴. La très grande superficie de ce département amène par ailleurs à des spécificités en matière de gouvernance de l'action sanitaire et sociale. Le département est caractérisé par une partition Nord/Sud dans les découpages institutionnels infra-départementaux, l'organisation et les pratiques des acteurs. Nous verrons comment celle-ci influence les pratiques de coordination et se trouve interrogée par les logiques de répartition spatiale dans les politiques migratoires.

En termes de dynamiques migratoires, selon les logiques de répartition territoriale qui guident les politiques d'asile, le département a connu une augmentation importante de ses capacités d'accueil depuis une dizaine d'années. Suite à la réforme de 2015 a été ouvert début 2016 une SPADA sur la commune Préfecture de Melun. Dès la première année elle domicilie 2000 personnes (pour un effectif attendu de 1800). En novembre 2020, la file active était de 5100 personnes¹⁵. Le département a accueilli de nombreux nouveaux centres d'hébergement : le nombre de places du DNA est passé de 700 en 2016 à plus de 2400 places 2019. Elles représentent alors 13,1% des places d'IDF contre 8,8% en 2016¹⁶. Évoqué plus haut, en mars 2018 a ouvert sur le département l'un des six CAES destinés à remplacer le centre de premier accueil de la porte de la Chapelle à Paris dans le tri des situations des demandeurs d'asile et l'orientation vers des structures d'hébergement de plus long terme. La Seine-et-Marne est aussi le département qui abrite l'un des plus grands centres de rétention administrative (CRA) dédié aux exilés en procédure d'éloignement du territoire : les politiques d'enfermement des exilés suivent aussi une logique de répartition territoriale en faveur des territoires périurbains. Au regard de ces caractéristiques, sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir plus précisément, ce département a ainsi représenté un terrain d'observation particulièrement intéressant des dynamiques de recompositions de l'action médico-sociale à l'épreuve des politiques migratoires.

¹⁴ Données de l'Assurance Maladie, base AMOS (Assurance maladie offre de soins), année 2020.

¹⁵ Chiffre approximatif communiqué par la SPADA en 2020.

¹⁶ Calculé à partir des données de la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL).

2.3. Axes et hypothèses de recherche :

Cette thèse a pour objectif d'analyser, sur un territoire périurbain, le déploiement de l'action sanitaire et sociale en réponse aux politiques de répartition territoriale des exilés. Notre question directrice peut être formulée comme telle : *Dans quelle mesure les évolutions dans l'accueil des exilés conduisent-elles à des reconfigurations sociales et spatiales dans l'action médico-sociale ?* A l'instar de Didier Fassin, le recours à la notion de « (re)configuration » permet d'insister sur les dynamiques de l'action médico-sociale face à l'évolution de la demande locale : « Parler de configurations plutôt que de champ a l'intérêt de suggérer des formes mobiles liées à des préoccupations changeantes, plutôt qu'une structure constituée autour d'un objet stable » (Fassin, 1998, p. 10). Cette notion ne renvoie pas ici à l'hypothèse de transformations radicales de l'action médico-sociale face aux dynamiques migratoires et doit être entendue dans un sens large. Elle recouvre un ensemble d'évolutions plus ou moins latentes et progressives. Etudier les reconfigurations de l'action médico-sociale, signifie alors décrire comment les acteurs réorganisent et adaptent leurs pratiques face à l'évolution de la demande, entre affirmation, réactualisation de certaines pratiques de soin et mise en place de nouveaux dispositifs interventionnels. Ainsi cette thèse étudie l'hypothèse selon laquelle la reterritorialisation de l'accueil des exilés (logiques de répartition territoriale de l'hébergement social, de relégation des campements) conduit à une recomposition des territoires du soin, à la fois dans leurs espaces, leurs fonctionnements, et dans les relations qu'entretiennent entre eux les acteurs de l'action sanitaire et sociale.

Notre problématique se décline en 3 axes :

2.3.1. *Recompositions des espaces, dispositifs et pratiques du soin des exilés*

Les dynamiques de répartition territoriale des exilés posent d'abord des enjeux en matière de territorialisation sanitaire. Comment augmenter l'offre de service et sa couverture territoriale ? Il s'agit alors d'analyser les stratégies déployées par l'ARS, chargée de la mise en œuvre des politiques sanitaires, et les acteurs « opérateurs » pour augmenter leurs capacités d'accueil ainsi que la couverture territoriale des services de santé accessibles aux exilés. Dans cette perspective, nous interrogeons dans cet axe le déploiement d'actions et d'équipes mobiles, dites « hors-les-murs », comme modalité d'extension territoriale de l'action médico-sociale pour répondre aux enjeux de reterritorialisation de l'accueil des exilés. Les interventions directement sur les lieux de vie des personnes sont associées à la posture de « l'aller-vers », posture ancienne de l'action médico-sociale (Baillergeau, 2016) mais qui connaît depuis une dizaine d'années une réactualisation et un fort engouement dans les politiques publiques (Avenel, 2021, Parisse & Porte, 2022). Le développement de ces pratiques, voire la mise en place d'équipes exclusivement mobiles, représente une évolution des espaces de soin, amenant les soignants à soigner dans des lieux inhabituels qui ne sont pas toujours adaptés et sur lesquels ne se jouent pas que du soin. Dès lors, nous supposons qu'elles représentent aussi une évolution des pratiques et de la posture professionnelle.

A l'aune des logiques de ciblage qui traversent l'action sanitaire et sociale auprès des plus précaires, une autre hypothèse de réponse à l'évolution de l'accueil des exilés est le développement de dispositifs de consultations « dédiés », ciblant des problématiques et ou des catégories d'exilés. Il s'agira alors de décrire leur mise en place (mobilisation d'acteurs, justifications) et leur fonctionnement en étant attentif aux processus de catégorisation des exilés et aux critères d'inclusion

qui façonnent ces dispositifs spécialisés. Nous serons également attentifs aux représentations de la santé et du corps des exilés. Comme l'a retracé Didier Fassin (2000,2021), la constitution de « la santé des exilés » comme problème de santé publique a vu se superposer différentes approches du corps et de la santé de l'étranger. Nous reviendrons sur ces représentations et analyserons comment elles évoluent et/ou persistent dans les dispositifs et pratiques mises en place.

Dans cet axe, nous nous intéressons également aux pratiques d'orientations des exilés dans le système de santé. Comme nous l'avons relevé plus haut, l'un des enjeux majeurs du recours aux soins des exilés précaires est l'accès aux services de santé dits « de droit commun » après l'obtention d'une couverture sociale. Comme l'ont déjà démontré plusieurs travaux, les exilés rencontrent des difficultés exacerbées dans l'accès à la médecine de ville du fait de pratiques discriminatoires liées à leur origine et leur non-maîtrise du français. Ce travail vise alors à analyser les capacités (ressources, contraintes, leviers) des acteurs médico-sociaux mais aussi des acteurs de l'action sociale, notamment hébergeante, à accompagner les exilés en dehors des dispositifs dédiés aux populations précaires. Là encore, ces capacités sont à analyser au prisme des logiques de répartition territoriale qui conduisent à accueillir des exilés sur des territoires marqués par une très faible densité sanitaire et une accessibilité géographique par les transports en commun limitée. Comment les acteurs de la santé sociale composent-ils alors avec la répartition, le fonctionnement et l'accessibilité de l'offre de soin ainsi que les contraintes de mobilité des exilés ? Il s'agit ainsi d'analyser les arbitrages socio-spatiaux dans les pratiques d'orientation dans le soin, les différents critères mobiliser par les professionnels pour orienter les exilés vers la médecine de ville. L'étude d'un territoire en région francilienne suppose notamment d'interroger les dynamiques de polarisation de la capitale dans les pratiques d'orientation.

Réfléchir à l'évolution des pratiques et dispositifs nous amènera nécessairement à une réflexion sur les dynamiques professionnelles dans l'action médico-sociale. Dans quelle mesure l'émergence de nouveaux besoins en matière d'accès aux soins des exilés et l'évolution de modalités et dispositifs d'intervention contribuent-elles à redéfinir les frontières professionnelles dans l'intervention sociale et médico-sociale (Petiau, 2019, Schlegel, 2019) voire à faire émerger de nouvelles positions professionnelles ?

2.3.2. Évolution des territoires professionnels et des dynamiques partenariales

Comme l'a écrit Gilles Frigoli dans ses travaux sur l'accès à l'aide sociale des exilés, les circulations des individus entre les acteurs de l'action médicale et sociale sont dépendantes des liens partenariaux entre ces différents acteurs : « les activités développées par les “guichets sociaux” susceptibles d'apporter de l'aide aux demandeurs d'asile sont très directement tributaires des caractéristiques des “partenariats” locaux qui règlent les rapports entre acteurs (...). Autrement dit, le demandeur d'asile - mais cela vaut aussi pour le mineur isolé étranger, l'étranger malade ou l'étudiant étranger - se trouve placé au centre d'un cercle d'interlocuteurs unis par des liens systémiques qui jouent en retour sur leurs pratiques et contribuent ainsi à territorialiser la manière de constituer la migration en objet d'action publique. » (Frigoli, 2010). Dès lors, ce second axe vise à décrire l'évolution des dynamiques partenariales face aux transformations du système d'acteurs impliqués dans l'accueil des exilés. Il s'intéresse aux relations dans lesquelles s'inscrivent les services de santé, les équipes sociales des centres d'hébergement et les structures d'accompagnement social dans leur mission d'accompagnement vers le soin des exilés. Il s'inscrit alors dans les réflexions sur les

dynamiques de coordination qui traversent les acteurs de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale (Bloch & Hénaut, 2014). Entre complémentarité, substitution, compensation, délégation, nous interrogeons la manière dont ces acteurs de l'accueil et du soin se positionnent les uns par rapport aux autres ainsi que leurs capacités à se construire en réseau face à une problématique commune.

Nous nous intéressons à la manière dont l'évolution de l'accueil d'exilés fait émerger de nouveaux enjeux de coordination entre acteurs de la santé sociale. Nous supposons alors que les recompositions du système local d'acteurs de la santé sociale (nouvelles structures d'hébergement, nouvelles équipes soignantes) font émerger des enjeux de coordination et de synergie entre acteurs. Il convient alors de distinguer la coordination interne, entre membres d'une même équipe occupant des missions et positions différentes, et externe, c'est à-dire entre institutions occupant bien souvent des missions différentes mais interdépendantes. Concernant les dynamiques de coordination interne, il convient alors d'interroger si la mise en place de nouvelles activités recompose les enjeux de coordination au sein des équipes. En matière de coordination externe, il s'agit de décrire les dynamiques partenariales entre équipes sociales de structures d'hébergement, structures de soin et prévention dédiées aux personnes en situation de précarité, professionnels de santé libéraux, dans l'accompagnement vers le soin des personnes exilées. Nous faisons alors l'hypothèse que l'évolution des besoins locaux, associés à l'émergence de nouveaux acteurs dans l'action sociale modifient les pratiques de collaboration locales et favorisent l'émergence de nouvelles pratiques voire cadres de coordination. Au regard des moyens généralement très faibles dédiés à la coordination dans le secteur sanitaire et social, nous supposons l'importance de pratiques informelles de coordination. Mais il convient alors d'analyser si l'augmentation de la demande et l'apparition de nouveaux acteurs conduit à l'évolution de formes de coopérations spontanées vers des partenariats davantage institutionnalisées, sous la forme de protocoles voire de conventions de partenariat. Par ailleurs nous pouvons interroger dans quelle mesure les logiques de répartition territoriale, en poussant les acteurs à intervenir ou accueillir des exilés résidant sur des nouveaux territoires, invitent les acteurs de la santé sociale à repenser (élargir) leurs réseaux de partenaires. Il semble également intéressant d'interroger comment le déploiement de l'intervention mobile, en faisant intervenir des équipes médico-sociales sur des espaces gérés par d'autres équipes, présente des enjeux spécifiques de coordination.

Cet axe explore également les dynamiques de circulation des savoirs, normes et pratiques relatives à l'accompagnement médico-social des exilés au sein du système d'acteurs étudiés, à travers le rôle de « passeurs » (Jobard et al., 2020) que portent certains acteurs, ou plutôt certains de leurs agents. Nous verrons que les structures médico-sociales destinées aux populations précaires offrent un terrain d'enquête privilégié pour l'étude de la mise en réseau des acteurs de la santé sociale et la circulation des savoirs dans la mesure où certains portent explicitement de telles missions. Cette approche des pratiques de collaboration nous situe dans la tradition interactionniste de la sociologie qui analyse les faits sociaux au prisme des interactions entre les individus et avec leur environnement. Pour Anselm Strauss, figure majeure de la sociologie interactionniste du monde médical, le soin est un « ordre négocié » produit par un ensemble d'interactions entre les patients, les soignants, et ceux qui les accompagnent dans leurs démarches (proches, travailleurs sociaux...) (Strauss, 1992). Ces « négociations du soin » ne désignent alors pas seulement des compromis et arrangements entre acteurs mais aussi tout un ensemble d'ajustements et de stratégies internes des différents acteurs qui concourent à la prise en charge des besoins de santé (Calvez, 2010). Concernant les orientations dans

le système de santé de droit commun, nous nous intéressons alors dans cet axe aux pratiques de négociations déployées par les équipes sociales et médico-sociales pour « faire soigner » les exilés en dehors des services de soin gratuit. Dans une approche toujours socio-spatiale, nous faisons l'hypothèse que le contexte périurbain et les contraintes associées d'accessibilité et de disponibilité des soins sur le territoire génèrent des ajustements et des négociations particulières entre acteurs.

2.3.3. *L'action médico-sociale face aux politiques migratoires : des adaptations aux résistances*

La question de l'accès aux soins des exilés précaires est éminemment politique et interroge les articulations entre les politiques sanitaires et sociales et les politiques migratoires. Ces politiques répondent à des objectifs non seulement différenciés mais en partie contradictoires. Ainsi les politiques d'assistance des populations vulnérables portant comme objectif la promotion des droits sociaux et de l'accès aux soins « pour tous » se confrontent aux politiques « dissuasives » et « dispersives » de régulation de l'immigration. Très récemment encore, les controverses politiques autour du projet de loi Immigration voté en décembre 2023, concernant notamment l'Aide médicale d'État mais aussi le droit à différentes aides sociales, ont montré la force des oppositions entre politiques migratoires et politiques sociales et sanitaires sur les arènes politiques françaises. Comme l'ont déjà exploré plusieurs travaux (Halfen, 2012, Bourgois & Lièvre, 2019), les professionnels de la santé et de l'action sociale expérimentent directement ces contradictions dans la réalisation de leurs missions.

Ainsi ce dernier axe s'attache à décrire comment les acteurs impliqués dans la promotion de l'accès aux soins des exilés, acteurs institutionnels chargés de la mise en œuvre des politiques médico-sociales comme acteurs en première ligne, se confrontent à la mise en œuvre locale des politiques migratoires. Il s'inscrit dans les réflexions sur l'évolution de l'action publique sociale et médicale au prisme des politiques migratoires (D'Halluin, 2012, Hamidi & Paquet, 2019) en s'intéressant à la manière dont celle-ci influe sur les possibilités d'accompagnement des exilés. Dans quelle mesure les politiques et pratiques d'accès aux soins se retrouvent-elles subordonnées aux politiques du traitement de l'immigration ? Comment les différents acteurs s'adaptent-ils et se positionnent-ils face à la mise en œuvre par l'OFII des politiques d'accès au DNA ou encore aux politiques locales de résorption de camps et bidonville ? Nous nous intéressons notamment à la manière dont les équipes d'hébergement social se confrontent aux paradoxes entre les logiques de priorisation sanitaire dans l'hébergement (Pelchat et al., 2006, Jouve & Pichon, 2015) et les impératifs gestionnaires qui gouvernent l'administration de l'immigration (Spire, 2005). Concernant davantage les acteurs du soin, il convient d'interroger comment les professionnels répondent à la vulnérabilité résidentielle et notamment la problématique de l'instabilité résidentielle des exilés largement produite par les politiques migratoires : fonctionnement des dispositifs d'hébergement social ou de « mise à l'abri » temporaire, politiques de résorption de l'habitat précaire. Comment assurer le suivi mais aussi l'orientation de personnes forcées à quitter, de façon rarement anticipée, leur lieu de vie ?

Ainsi cet axe s'intéresse aux rapports de force entre les acteurs de la santé sociale et ceux de la mise en œuvre des politiques migratoires qui constituent l'espace local de l'accompagnement vers le soin des exilés. Nous supposons que ces logiques des politiques d'accueil, ou de « non-accueil » (Bergeon, 2010, Véniat, 2021) des exilés amènent non seulement à un ajustement des pratiques mais soulèvent également des questionnements et des résistances, exprimées au niveau institutionnel ou

individuel. Nous serons alors attentifs à la manière dont varient ces résistances selon la position des acteurs dans l'espace social et politique de la santé sociale (statut public/privé et niveau de contractualisation avec les pouvoirs publics, ancienneté et ancrage local, histoire militante).

2.4. *L'émergence d'une « crise sanitaire » au cours d'un travail sur l'action médico-sociale : ré-interrogations et nouveaux paramètres*

La pandémie de COVID-19 est un « élément de contexte » qui n'était pas présent au début de cette recherche, totalement imprévisible, et qui l'a pourtant fortement influencé. Je me trouvais dans la deuxième année de ce travail de recherche et menais activement mon enquête de terrain lorsque, le 11 mars 2020, l'OMS déclarait l'épidémie émergente comme pandémie, quelques jours avant que le gouvernement français applique ses premières mesures de confinement. Ce contexte sanitaire, politique et social a inévitablement modifié les modalités de l'enquête de terrain (que nous détaillerons dans le premier chapitre), mais il a surtout été un élément d'analyse, un facteur de recomposition de l'action sanitaire et sociale qu'il a fallu réaliser et intégrer à la réflexion.

Le recours à la notion de « crise » pour qualifier cette période peut être discuté au même titre que l'expression de « crise migratoire ». Si elle est la conséquence de l'émergence d'un nouveau virus particulièrement mortel, l'épidémie de COVID-19 a souligné l'essoufflement et l'incapacité structurelle des systèmes de santé européens, hospitaliers notamment, à répondre à un risque épidémique. La saturation des urgences et des services de réanimation, l'exacerbation des difficultés d'accès à la médecine de ville sur certains territoires ont révélé la « crise des systèmes de santé ». Ce qui a fait la crise sont aussi toutes les réorganisations dans l'urgence de l'ensemble des activités humaines (soin mais aussi travail, loisirs, commerce...), l'ensemble des activités empêchées ou à l'inverse déployées dans un but unique de limitation de la circulation du virus. Il semble tôt pour parler des effets durables de ce contexte inédit mais il est possible de parler des effets à court et moyen terme sur le recours aux soins d'une part et les politiques et pratiques dans l'action sanitaire et sociale. Des chercheurs qui ont décrit l'expérience « en direct » ou ses effets à court terme ont montré comment ce contexte a à la fois souligné et renforcé des inégalités sociales et territoriales de santé. Les sociologues Audrey Mariette et Laure Pitti menant une enquête de long terme sur l'accès aux soins en Seine-Saint-Denis ont ainsi décrit l'aggravation des conditions déjà très difficiles d'accès aux soins, exacerbant le non-recours et le renoncement aux soins pour les populations les plus précaires (Mariette & Pitti, 2020a et 2020b). Le département de la Seine-Saint-Denis fut non seulement l'un des plus touchés mais surtout celui où la surmortalité observée au cours des premiers mois de la pandémie fut la plus importante¹⁷. Des juristes ont analysé la fragilisation du droit d'asile pendant les premiers mois de la pandémie, en particulier le traitement en procédure accélérée de nombreuses demandes (Fernandez et al., 2020)

Si le contexte épidémique ne m'a pas conduit à redéfinir l'objet de ma thèse à l'aune de la gestion de cette crise, il s'agit néanmoins de décrire la mobilisation particulière des acteurs enquêtés et analyser comment celle-ci a participé à des recompositions plus durables de l'action médico-sociale locale. Ce contexte particulier a ajouté des logiques d'urgence sur une problématique déjà qualifiée

¹⁷ Voir le dossier de l'Observatoire régional de santé et de l'Institut Paris Région, « La surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements franciliens », avril 2020

par des logiques de gestion de crise, celle de l'accueil des migrants. Nous allons décrire la mobilisation des acteurs et comment les pratiques et les questionnements des agents ont été marqués par ces logiques de l'urgence sanitaire. Nous serons notamment attentifs à la manière dont ce contexte a pu réactualiser et/ou faire évoluer les approches de la santé des exilés (axe 1). Alors que la limitation de la circulation du virus a été érigée comme priorité nationale et même internationale, il s'agit d'interroger dans quelle mesure le contexte pandémique a influé sur les rapports de pouvoirs locaux entre acteurs de l'action sanitaire et sociale et acteurs des politiques migratoires (axe 3). Le contexte pandémique a nécessairement influencé les relations entre acteurs médicaux et sociaux. La mobilisation particulière dans la lutte contre l'épidémie a pu renforcer ou faire émerger de nouvelles collaborations liées à de nouvelles missions. Parallèlement, elle a contribué à reléguer au second plan certaines dynamiques partenariales, reporter voire annuler des événements, des rencontres (axe 2). Nous verrons aussi comment ce contexte sanitaire et politique, plus précisément ses effets sur le fonctionnement des services et l'accès à la mobilité, a pu jouer dans les arbitrages socio-spatiaux des équipes sociales et médico-sociales pour orienter les exilés, de façon plus ou moins temporaire (axe 1). Enfin, la crise sanitaire a également accéléré la mise en place d'un plan de réformes, le Ségur de la santé 2020, dont certaines relatives à l'action médico-sociale auprès des plus précaires. Nous reviendrons précisément sur ces réformes qui portent des mesures majeures en matière de territorialisation de l'action médico-sociale.

3. Plan de la thèse

Notre premier chapitre est consacré à la présentation de la méthodologie d'enquête. Il revient sur les enjeux et difficultés méthodologiques dans la reconstitution et l'enquête auprès d'un système d'acteurs occupant des positions différentes dans le paysage de l'action médico-sociale locale. Nous y présentons les stratégies et pratiques ethnographiques pour circuler auprès de ce système, et enquêter auprès des différents acteurs à l'épreuve des contraintes temporelles et spatiales ainsi que le contexte particulier de gestion de crise épidémique. Il s'attarde également sur la gestion de la multipositionnalité du chercheur au regard d'une entrée multi-située.

La suite de la thèse est structurée en trois grandes parties. Notre première partie vise à présenter le système d'acteurs impliqués dans l'accès aux soins des exilés en les replaçant dans l'histoire des politiques publiques et le contexte économique et managérial actuel de la santé sociale. Dans un premier temps, le chapitre 2 replace les acteurs impliqués dans le soin des exilés précaires dans la construction de l'accès aux soins des exilés comme problème public et scientifique. Par une approche socio-historique, nous analysons comment la santé des exilés s'est construite comme problème public, politique et scientifique spécifique, marqué par une ambivalence structurelle entre logiques de ciblage et universalisme. Ensuite, le chapitre 3 resitue et analyse les acteurs médico-sociaux dans le contexte économique et managérial dans lequel ils évoluent depuis les années 1990, celui de la nouvelle gestion publique. Il appréhende comment les acteurs institutionnels et opérationnels, qui tentent d'augmenter leur accessibilité et disponibilité pour répondre à l'évolution de demande, se confrontent aux logiques gestionnaires. Pour finir, le chapitre 4 se focalisera sur les acteurs de l'hébergement pour comprendre comment la mission d'accompagnement sanitaire des exilés est pensée depuis la position d'hébergeur.

Après avoir analysé la mise en œuvre locale des logiques d'hébergement des populations « vulnérables », nous analyserons les difficultés et enjeux de positionnement que pose la mission d'accompagnement dans le soin des exilés pour les équipes d'hébergement social.

La deuxième grande partie de cette thèse appréhende la tension entre réponse spécifique « adaptée » et les enjeux de décloisonnement de l'accès à l'ensemble du système de santé qui traverse les acteurs impliqués dans le soin des exilés. D'abord, le chapitre 5 analyse les dynamiques de construction et circulation d'une expertise locale spécialisée de la santé des exilés et les dynamiques de circulation des savoirs entre acteurs de la santé sociale. Le chapitre 6 analyse les pratiques visant à sortir les exilés des dispositifs gratuits dédiés aux populations sans couverture sociale. Nous y décrivons les pratiques de prospection de médecins de ville, les arbitrages et les négociations que mettent en œuvre les acteurs médico-sociaux et les équipes d'hébergement social pour « faire soigner » les exilés.

Alors que la santé sociale est marquée par une montée du paradigme de « l'aller-vers » dans les politiques publiques (que nous aurons décrit dans le chapitre 2), notre troisième partie se concentre sur le déploiement de l'action mobile « hors-les murs » auprès des exilés. Le chapitre 7 analyse une dynamique de « mise en mobilité » des acteurs médico-sociaux comme recomposition territoriale et sociale des acteurs impliqués dans le soin des exilés. Ce chapitre s'intéresse au sens donné à ces interventions, pour les tutelles publiques et pour les professionnels qui les exécutent, entre enjeux de santé publique et enjeux de lutte contre le non-recours aux soins, et à la manière dont elles confrontent les professionnels aux politiques migratoires. Enfin, le chapitre 8 aborde la mobilité comme condition pratique de travail et configuration partenariale et analyse comment l'intervention mobile renouvelle les enjeux de disponibilité et de coordination médico-sociale.

CHAPITRE 1

Reconstituer et enquêter auprès d'un « système d'acteurs ».

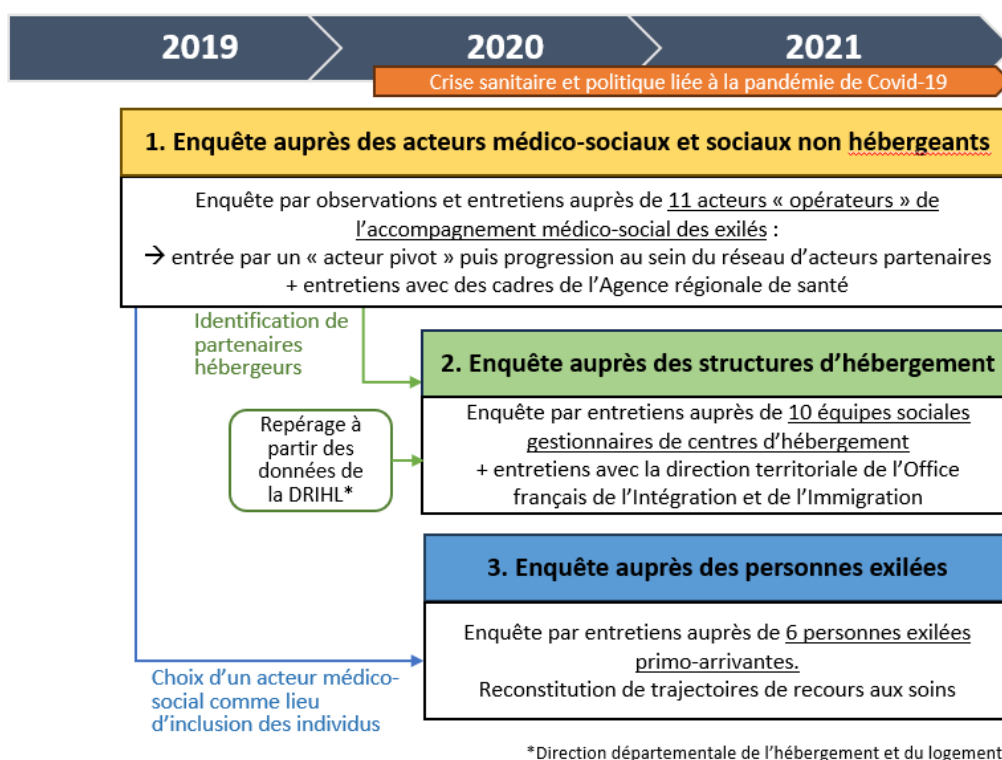
Enjeux et difficultés d'une approche multi-située

Cette thèse a pour ambition d'étudier les acteurs et pratiques d'accompagnement dans l'accès aux soins des exilés. Comme évoqué en introduction, notre approche se situe dans une tradition interactionniste qui s'intéresse à la construction et l'évolution d'une problématique sociale par l'analyse des interactions entre des acteurs occupant des positions différentes. Pour appréhender ce système d'acteurs, nous avons alors déployé une enquête ethnographique que nous pouvons qualifier de multi-située. Les approches dites multi-situées ont pris une place croissante dans les recherches en sciences sociales depuis les années 1990 (Falzon, 2009; Baby-Collin & Cortes, 2019). Dans un travail pionnier, l'anthropologue George E. Marcus (1995) présente l'ethnographie multi-située comme « une nouvelle exigence méthodologique de la recherche à l'heure de la mondialisation, qui implique pour le chercheur de décrire les individus, les objets, les pratiques dans la diversité des lieux dans lesquels ils s'inscrivent ». Mais le multi-situé est aussi invoqué comme une démarche de recherche qui renvoie à la position du chercheur, « amené à se multi-situer lui-même pour appréhender son objet depuis une diversité de perspective » (Baby-Collin & Cortes, 2019). De plus en plus utilisée, la notion d'approche multi-située est devenue largement polysémique. Ici, le recours à une telle approche ne renvoie pas à l'idée d'une enquête multi-localisée cherchant à multiplier les territoires d'observation, souvent dans l'optique de les comparer et d'en tirer des analyses plus générales. Au contraire, comme évoqué en introduction, nous nous plaçons plutôt du côté de la monographie territoriale. Nous entendons alors par approche multi-située une démarche ethnographique qui multiplie les lieux et acteurs enquêtés - au regard de leur position dans l'espace social et géographique - pour mieux éclairer non seulement leurs relations et interactions mais aussi l'évolution d'un objet étudié au prisme de différentes configurations d'acteurs.

Comme expliqué en introduction générale, les acteurs qui participent de la santé sociale sont très divers, tant en termes de statut (publics/privés, généralistes/spécialisés, droit commun/dédié, etc.) que dans les missions et activités qu'ils portent. Aussi, comme l'analysent Sylvain Besle, Solenne Carof, Émilien Schultz (2019) dans leurs travaux sur les parcours de soins d'enfants atteints de cancers pédiatriques, la prise en charge médicale est en tant que tel « un objet de recherche multi-situé », fruit d'un processus de mise en relation d'espaces et d'acteurs évoluant de façon plus ou moins autonomes. Pour étudier cet objet complexe que représente l'accompagnement dans les soins des exilés, nous avons alors voulu non seulement recueillir le point de vue des acteurs du soin mais aussi celui des acteurs de l'action sociale et notamment de l'hébergement, ainsi que celui des exilés eux-mêmes. Pour cela, nous avons envisagé notre enquête en trois volets initialement définis selon le statut et la mission des acteurs enquêtés (cf. **Figure 2**). Le premier constitue ce que nous avons appelé l'enquête auprès des acteurs médico-sociaux et sociaux non-hébergeant, entendus comme les acteurs portant directement une mission de soin et de promotion de la santé des exilés ainsi que les acteurs du secteur de l'intervention sociale portant une mission d'accompagnement vers les soins, mais cela sans héberger. Nous avons décidé d'isoler les structures d'hébergement social dans un second volet, sur l'hypothèse que le rôle d'hébergeur déterminerait une mission d'accompagnement médico-social

différente de celle portée par des acteurs non hébergeant (cf. Chapitre 4). Enfin, le troisième volet représente une enquête directement auprès d'exilés, dont l'objectif fut la reconstitution de trajectoires de recours aux soins. Ces trois volets qui se sont superposés entre le printemps 2019 et décembre 2021, sont étroitement imbriqués (cf. **Figure 2**). En effet le choix des structures d'hébergement enquêtées s'est en partie appuyé sur des informations glanées lors de l'enquête auprès des acteurs médico-sociaux, tandis que le volet 3 a consisté à suivre dans leur parcours de soin des personnes rencontrées dans les locaux de l'un des acteurs médico-sociaux du territoire, en l'occurrence celui qui fut aussi notre « porte d'entrée » sur le terrain Seine-et-Marnais.

Figure 2. Design général de l'enquête de terrain



I. Siffert, 2023.

L'ambition de ce chapitre est donc de présenter la construction de cette enquête en soulevant les enjeux et difficultés d'une approche par différentes entrées et différentes méthodes d'un ensemble d'acteurs interdépendants. En effet, une telle ambition de transversalité a été complexe non seulement à mener mais aujourd'hui à restituer. D'abord les pratiques multi-situées requièrent d'interroger le choix des sites et acteurs à investiguer : qui considérer dans ce système d'acteurs étudié ? Ou en poser les limites et sur quels critères ? Cet enjeu est une difficulté connue de l'analyse des réseaux en sociologie : reconstituer un ensemble d'acteurs en réseau se heurte à « l'absence de frontières, explicites et immédiatement pertinentes pour étudier un système d'interdépendances et les processus qui s'y déploient » (Eloire et al., 2011). Sans nous situer dans cette méthode bien spécifique de la sociologie des organisations, nous nous appuyerons sur des notions et réflexions portées par l'analyse de réseaux pour caractériser les stratégies mobilisées dans le choix des acteurs enquêtés. L'approche multi-située suppose par ailleurs de « restituer les emboitements et les enchaînements de contextes, dans l'espace et dans le temps » (Malfilatre, 2011). Elle exige de reconstituer et « cartographier » la

circulation et les liens entre les acteurs et espaces investigués, « restituer d'une manière crédible l'histoire des diverses trajectoires d'objets et d'acteurs suivies et observées dans divers sites à différents moments » (Grosjean & Vidal, 2017). C'est alors bien l'enjeu de ce chapitre que de rétablir la cohérence de cette « histoire » que racontent les choix ethnographiques effectués pour étudier notre objet de recherche. L'approche multi-située d'un réseau d'acteurs occupant des positions différentes peut poser, selon les contextes, une autre difficulté majeure : celle d'articuler des matériaux d'enquête recueillis dans des espaces, des conditions, et souvent des méthodes différentes. Dans notre cas, comme nous allons le voir, la principale difficulté a résidé dans l'articulation de l'enquête auprès des acteurs de l'action sanitaire et sociale d'un côté, et les trajectoires de recours aux soins de personnes exilées de l'autre. Finalement, ce dernier matériel ne fut presque pas utilisé dans notre recherche. Enfin, le calendrier de progression de notre enquête de terrain (cf. **Figure 2**) nous renvoie à une autre spécificité de cette enquête de terrain : celle d'avoir été menée en large partie pendant la période de crise sanitaire et politique qu'a représenté la pandémie de Covid-19 et sa gestion. Si, comme évoqué en introduction, ce contexte a généré ou renouvelé des interrogations sur le sujet de recherche, il s'agit ici de revenir sur la manière dont il a influé sur l'enquête ethnographique.

Dans le souci de préserver la lisibilité des trois volets d'enquête mentionnés, ce chapitre est structuré en trois parties reprenant chacun des trois volets. Tout en soulignant leurs articulations, il s'agit de revenir pour chacun d'entre eux sur les choix des acteurs enquêtés, les réflexions et contraintes rencontrées dans la méthodologie d'enquête mise en place, ainsi que les enjeux de positionnalité du chercheur qu'ils ont pu soulever. Concernant le dernier volet, nous expliquerons brièvement la démarche initiée et expliquerons pourquoi nous n'avons finalement que très peu exploité nos données.

1. L'enquête auprès des acteurs médico-sociaux et sociaux non hébergeant : cheminer au sein d'un système d'acteurs

L'enquête auprès des acteurs médico-sociaux constitue le volet principal, à la fois point de départ et partie la plus conséquente de l'enquête de terrain. Elle a commencé en mars 2019 par trois semaines d'observation au sein d'un réseau de santé précarité et s'est achevée en décembre 2021, moment où nous avons décidé d'y mettre fin. Ce volet d'enquête a constitué une circulation dans un système d'acteurs : il s'agit alors ici de restituer cette progression, les choix et stratégies qui l'ont guidées, les techniques et la posture de recherche adoptées.

1.1. Choix des acteurs enquêtés : de l'entrée sur le terrain à la reconstitution d'un système

1.1.1. Entrer par un acteur « pivot » de l'accès aux soins des exilés, un choix stratégique

Rapidement évoquée en introduction générale, l'entrée sur le terrain seine-et-marnais s'est faite via un médecin-chercheur en santé publique qui nous a ouvert la porte du réseau de santé (RDS) dont il était alors coordinateur. Nous nommerons ce réseau RDS Sud du fait de sa localisation méridionale sur le département, et afin de le distinguer de son équivalent au nord. Cette opportunité dont je me suis saisie s'avérait être un choix stratégique pour entrer puis circuler dans le réseau d'acteurs. Si nous reviendrons plus précisément sur son histoire dans le chapitre 2, le RDS Sud constitue un acteur à la fois pionnier et central de l'accès aux soins des personnes précaires sur le territoire. Les réseaux de santé sont des organisations elles-mêmes multi-acteurs qui ont pour ambition de décloisonner les

différents secteurs (sanitaire, médico-social, social) dans la prise en charge de pathologies chroniques et de problématiques médico-sociales supposant une approche concertée. Pour la plupart issus d'initiatives associatives, ils sont apparus dans les interstices du système de santé, ciblant des populations (toxicomanes, personnes âgées...) ou des pathologies (maladies infectieuses chroniques, diabète, cancer...) insuffisamment prises en charge par la médecine libérale et hospitalière (Poutout, 2005). Les plus nombreux sont les réseaux de cancérologie qui accompagnent les patients dans leurs parcours de soin et les réseaux de soins palliatifs accompagnant les personnes en fin de vie entre l'hôpital et le domicile. On trouve aussi des réseaux de santé spécialisés dans la diabétologie, l'addictologie, la santé périnatale, la gérontologie ou, ce qui nous concerne ici, l'accompagnement dans l'accès aux soins des publics précaires.

Comme leur nom l'indique, les RDS favorisent et coordonnent la mise en relation des acteurs de l'action sanitaire et sociale. Ce sont des structures qui peuvent porter des activités de soin ou d'accompagnement social propres, autonomes, mais dont toute une partie de la mission est de mettre en lien, coordonner, orienter, pour aider les patients à circuler dans le système de santé et rassembler autour d'eux tous les services dont ils ont besoin. Ainsi, ils constituent, du point de vue des patients, une opportunité d'accès à ensemble d'acteurs du soin et, du point de vue des partenaires, des espaces (à la fois sociaux et géographiques) de rencontres, d'accès à l'information, de coordination. Ils sont des acteurs « pivot » de l'accès aux soins à l'échelle locale. On retrouve cette expression dans la circulaire de juin 2018 sur la construction de parcours de santé des migrants, déjà évoquée en introduction, afin de désigner les acteurs chargés du premier accueil sanitaire des exilés précaires. Celle-ci désigne comme structure médicale « pivot » un service de soin qui serait en mesure de proposer directement ou coordonner la mise en œuvre d'un rendez-vous de santé initial, envisagé comme point de départ du parcours de santé des exilés. En d'autres termes, ce sont les structures faisant office de porte d'entrée dans le soin pour les exilés. En tant que dispositifs accessibles sans couverture sociale, la circulaire identifie en première ligne les PASS et les réseaux de santé précarité comme structures « pivot ». Elle suggère cependant que pour les personnes ayant déjà obtenu leurs droits, tout cabinet médical ou centre de santé en ville peut endosser ce rôle. Cette notion d'acteurs « pivot » a été reprise par Elise Autrive dans son analyse des réseaux d'acteurs de la santé des populations vulnérables en Guyane pour qualifier les acteurs qui occupent une place centrale dans la structuration de l'offre de soins (Autrive, 2021). Elle y décrit alors leur rôle majeur de « capteurs » des populations vulnérables, à travers différentes démarches de repérage des besoins et de promotion de la santé, et dans un second temps celui « d'orienteurs » vers des partenaires plus spécialisés. Étudier un système d'acteurs en entrant par un réseau de santé apparaît alors comme une opportunité stratégique pour identifier les acteurs locaux impliqués dans l'accès aux soins. L'entrée sur le terrain par le RDS Sud m'a non seulement permis de rencontrer, « capter » des exilés plus ou moins primo-arrivants (pour le volet 3) mais surtout de circuler dans le système d'acteurs impliqués dans la santé des exilés.

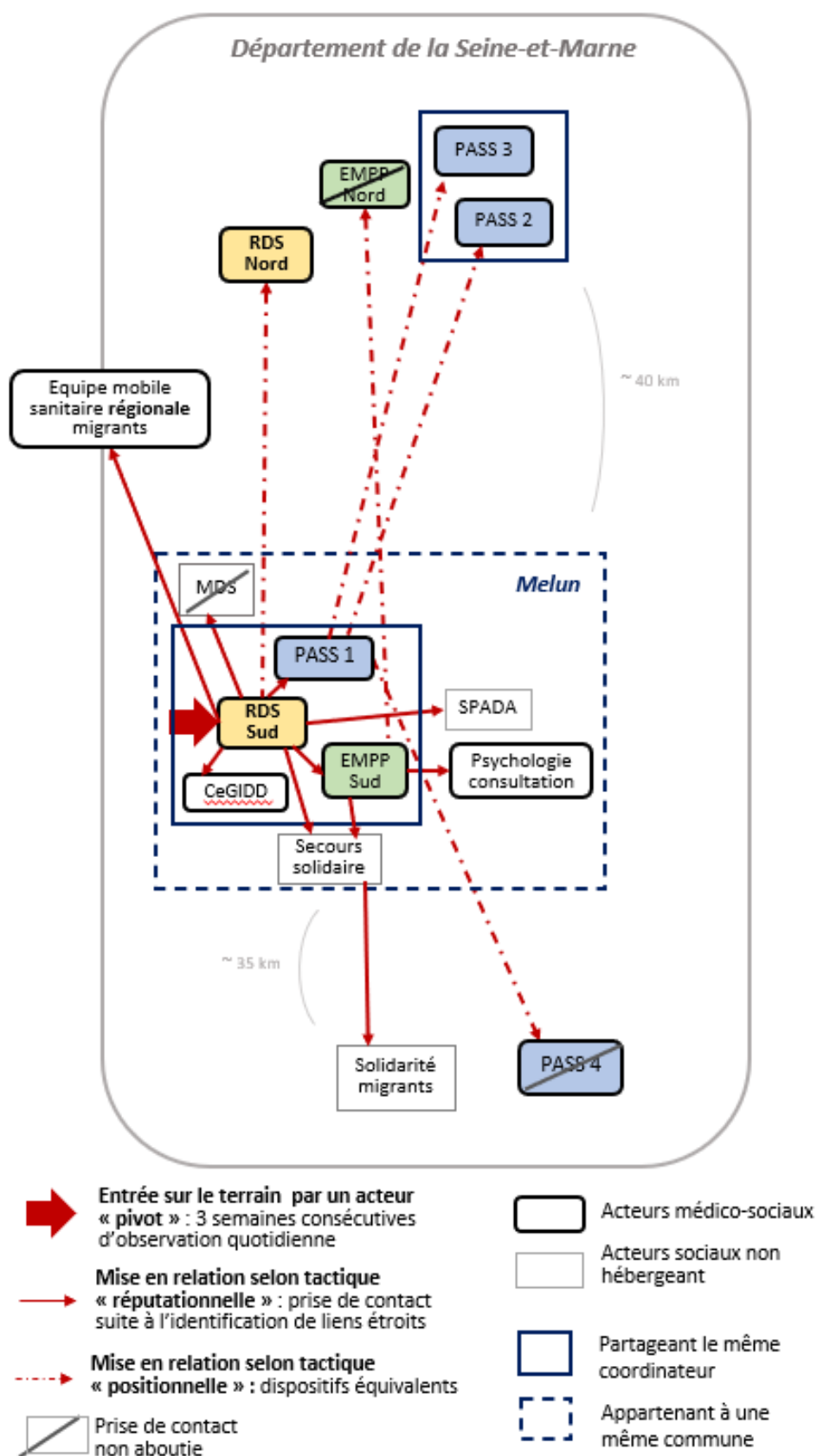
1.1.2. La circulation dans le système d'acteurs, entre opportunités et tactiques

La progression dans un terrain ethnographique est le fruit de choix voire de stratégies motivées et modulées par des opportunités mais aussi par des freins et contraintes. Il s'agit ici de restituer brièvement les stratégies, logiques envisagées et la mise en œuvre pratique dans la circulation entre acteurs médico-sociaux.

En mars 2019, j'effectuais trois semaines d'observations quotidiennes au sein du RDS Sud qui m'ont permises de découvrir non seulement ses activités, mais aussi le tissu local d'acteurs dans lequel il évoluait et plus globalement le territoire. J'obtenais un premier aperçu des dynamiques locales d'acteurs impliqués dans l'accès aux soins sur le territoire. Au cours de ces semaines j'identifiai et rencontrai notamment ses principaux partenaires médico-sociaux : la PASS hospitalière et l'unité de santé publique hospitalière (regroupant plusieurs dispositifs de dépistage, prévention et vaccination) coordonnées par le même médecin que le RDS, ainsi que l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), dont les locaux sont installés sur le même site (délocalisé par rapport à l'hôpital central) que le RDS. De par leurs liens avec le réseau, ces trois acteurs sont apparus comme des acteurs à la fois incontournables et facile d'accès. Dès mai 2019, je (re)prenais contact avec ces trois acteurs pour demander des observations et entretiens.

De par cette configuration locale entretenue par la proximité géographique et la multi-positionnalité de certains professionnels (cf. Chapitre 3) : j'appréhendais ces quatre acteurs en étroite collaboration comme une forme de « noyau central » de l'accès aux soins des personnes sans couverture sociale sur le territoire local autour duquel gravitent un ensemble d'acteurs sociaux et médico-sociaux, en lien plus ou moins étroits avec les acteurs du noyau. C'est alors dans l'exploration de ces partenaires « périphériques » (relativement à ces acteurs centraux) que s'est posée véritablement la nécessité de faire des arbitrages. Face à une certaine ambition trompeuse de vouloir « rencontrer un maximum d'acteurs », se pose véritablement la question de qui inclure ? Où s'arrêter ? Comment délimiter le champ d'acteurs méritant une enquête directe, plus approfondie ? Le chercheur se retrouve confrontée à différentes contraintes dont la première est certainement celle du temps. À partir de ce noyau central, nous avons alors appliqué deux logiques, qui sans les avoir formalisées comme tel sur le moment, renvoient à deux « tactiques » majeures dans la détermination des axes de définition d'un réseau (*definitional focus*) rappelées par Edward Laumann, Peter Marsden et David Prensky (1983) dans un article fondateur de l'analyse de réseau. La première fut d'essayer de rencontrer les acteurs du territoire portant les mêmes dispositifs institutionnels. Cette stratégie renvoie alors à la tactique « positionnelle », qui consiste à définir l'appartenance au réseau par la position, entendu au sens de la fonction ou du statut professionnel, au sein de l'ensemble étudié. Nous avons alors appliqué cette approche pour les trois principaux acteurs dédiés à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : les RDS précarité, les PASS et les EMPP. Présenté comme l'équivalent du RDS Sud sur son territoire, nous sommes donc entrés en relation avec le RDS précarité situé sur le Nord du département (RDS Nord). De même, comme le montre la projection spatialisée de notre progression entre les acteurs rencontrés (cf. **Figure 3**), nous avons cherché à rencontrer les trois autres PASS du département et l'autre EMPP couvrant la partie Nord du territoire selon cette tactique positionnelle.

Figure 3. Projection spatialisée de la progression au sein du système d'acteurs médico-sociaux et sociaux non hébergeant



I. Siffert, 2023

En pratique cependant, l'indisponibilité et le non aboutissement de notre prise de contact d'une des PASS et de la seconde EMPP nous a finalement fait renoncer à interroger directement ces deux équipes. L'expérience de l'indisponibilité des acteurs est un frein à l'enquête mais n'est pas dénuée d'information et représente, au regard du sujet, une forme de résultat. Pour la PASS en question notamment, après plusieurs tentatives de contacts par mail ou téléphone, j'eus un échange téléphonique avec la secrétaire du service qui m'expliqua à quel point le service social de l'hôpital traversait « une période difficile » en termes de ressources humaines et n'était en mesure d'accueillir quelqu'un en observation. Cet échange confirma les difficultés de fonctionnement de ces petits dispositifs que sont les PASS hospitalières sur les territoires périurbains, sur lesquelles nous reviendrons largement (cf. Chapitre 3). De même l'absence de réponse de l'EMPP Nord à mes sollicitations par mail corroborait le discours de certains acteurs du territoire décrivant un acteur peu disponible et avec qui ils avaient des difficultés à communiquer et collaborer.

Concernant les autres acteurs, nous avons davantage appliqué une stratégie dite « réputationnelle » consistant à s'appuyer sur la caractérisation par les acteurs déjà inclus dans le réseau de l'importance du lien relationnel. C'est notamment cette stratégie qui nous a guidé pour entrer en relation avec la structure de premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA), l'équipe mobile sanitaire régionale, une association de psychologie que nous nommons Psychologie Consultations, partenaire de l'EMPP, ou encore l'antenne locale d'une association caritative que nous nommons Secours Solidaire. La SPADA, au-delà de représenter un dispositif d'accompagnement social récent et devenu central dans les nouvelles politiques d'accueil des demandeurs d'asile (cf. Introduction), était aussi le premier orienteur du RDS Sud (en termes de nombre de personnes orientées sur l'année 2018). L'équipe mobile sanitaire régionale est un acteur également identifié dès les premières semaines d'observation auprès du RDS en tant qu'orienteur important et partenaire unique très spécifique dans le champ de l'intervention auprès des exilés précaires. Equipe infirmière régionale chargée d'effectuer des bilans de santé dans plusieurs centres du DNA, cette équipe est un dispositif spécifique par son échelle d'intervention et son ciblage du public demandeurs d'asile hébergés. De même nous nous sommes tournés vers l'antenne locale de l'association caritative Secours Solidaire car celle-ci fut citée par le RDS et l'EMPP Sud non seulement comme un orienteur important, mais aussi comme l'un de leurs principaux partenaires pour l'accompagnement social et administratif d'exilés non accueillis en structure d'hébergement. Cet acteur a représenté la possibilité de questionner l'accompagnement vers les soins de personnes qui n'étaient pas ou plus (suite à des fins d'hébergement par exemple) accompagnées par une structure d'hébergement, et généralement par aucun autre acteur de l'intervention sociale. C'est alors à partir de cet acteur, et selon une même logique réputationnelle, que je suis ensuite entrée en contact avec une autre association, nommée ici Solidarité Migrants, qui fut créé en 2015 dans le contexte d'ouverture de structures d'hébergement sur le territoire. Un autre acteur contacté fut une maison des solidarités, partenaire privilégié du RDS Sud dans l'orientation des exilés pour du suivi social et certaines démarches. Via cet acteur il s'agissait de comprendre le rôle des services sociaux des collectivités territoriales (maison des solidarités, centres communaux d'action sociale) dans l'accompagnement des exilés précaires vers le soin. Cependant, là encore, je rencontrai des difficultés pour obtenir un rendez-vous et renonçai. Cependant cette entrée en contact aboutit à un échange téléphonique avec une assistante sociale qui m'expliqua que la structure n'accompagnait que les étrangers en situation régulière ayant un titre de séjour et réorientait systématiquement les demandeurs d'asile vers la SPADA. Cet échange était un résultat en lui-même des logiques de

segmentation par publics et donc de tri qui traversent l'action médico-sociale. Nous y reviendrons dans les prochains chapitres.

En parallèle de cette progression, j'ai également rencontré des représentants de l'ARS et assisté à des réunions entre l'institution et des acteurs du territoire. Mon interlocutrice principale au sein de l'ARS fut la directrice du département « Prévention et promotion de la santé » de la délégation départementale, elle-même la principale intermédiaire entre l'Agence et les acteurs de la santé sociale locale. Je fis avec elle trois longs entretiens entre juin 2020 et octobre 2021, qui me permirent un suivi de la mise en œuvre locale des réformes, de la mobilisation dans le cadre de la crise sanitaire, de l'évolution des relations avec les acteurs.

1.1.3. Limites et risques « d'encliquage » dans la progression sur le terrain

Une telle stratégie de progression dans un système d'acteurs est non seulement difficile à mettre en œuvre et présente aussi ses limites. Il est d'abord difficile d'aller voir tous ceux que l'on aimerait voir, y compris en limitant à certains acteurs. Je n'ai finalement interrogé qu'une seule EMPP sur les deux du territoire, et un seul CeGIDD alors que ces derniers semblent jouer un rôle majeur. Je ne me suis pas non plus tournée vers certains acteurs spécialisés identifiés, notamment ceux impliqués dans la lutte contre les addictions (CSAPA, CAARUD). Je n'ai pas non plus interrogé les équipes de maraudes du Samu social du département qui théoriquement sont en partie médicalisées. Une question majeure qui se posa fut celle d'aller interroger directement certains cabinets médicaux, individuels ou centres de santé évoqués comme partenaires privilégiés des acteurs médico-sociaux et des équipes d'hébergement social, ou au contraire des centres auprès de qui les orientations ont été décrites comme compliquées.

Le cas des centres médicaux, nous renvoie à une autre limite d'une approche reconstitutive des réseaux d'acteurs. Progresser sur un terrain en s'appuyant sur les liens entre les acteurs produit nécessairement la construction d'un réseau, et donc d'un recueil d'informations centré autour du ou des acteurs constituant le point de départ. Si cette stratégie permet de répondre à l'ambition de reconstruire un système d'acteurs, caractériser les relations partenariales, elle représente un risque de « passer à côté » d'acteurs qui pourraient, voire devraient en être d'après les missions qui les incombent. L'un des enjeux de la reconstitution d'un système d'acteurs fut paradoxalement, d'être en mesure d'identifier les acteurs en marge de ce système. Face à ce risque, les entretiens avec des représentants de l'ARS et l'appui sur les documents institutionnels m'ont permis d'avoir un regard global sur les acteurs médico-sociaux du département et de ne pas passer à côté d'acteurs centraux – du moins connus des pouvoirs publics – impliqués dans le soin des exilés précaires.

Un autre risque lié à cette progression sur le terrain est « l'encliquage » (Olivier de Sardan, 1995), consistant à se retrouver assimilé par certains acteurs à une « clique », au parti d'un ou plusieurs acteurs, généralement ceux par lesquels on aurait été introduits ou orientés. L'encliquage représente plusieurs biais pour le recueil de données, jamais complètement évitables, mais dont il est nécessaire d'avoir conscience pour les prendre en compte et tenter de les limiter. L'un d'eux est de recueillir des discours influencés par cette assimilation, auprès de personnes qui n'oseraient exprimer leur point de vue, notamment sur les acteurs en question. L'un des enjeux dans la (re)prise de contact avec différents acteurs fut alors de bien clarifier ma position par rapport aux acteurs par lesquels je les avais rencontrés la première fois, notamment par rapport au RDS Sud qui fut ma porte d'entrée sur le

territoire. Des stratégies de mise à distance du point de vue des acteurs déjà enquêtés peuvent être importantes : rappeler toujours son statut de chercheur en sciences sociales et son université de rattachement, insister sur la volonté d'enquêter une diversité d'acteurs du territoire. Le risque « d'encliquage » peut se présenter également vis-à-vis des acteurs représentant de la gouvernance publique, plus précisément ici l'ARS. Être en contact avec les acteurs institutionnels représente généralement des opportunités d'accès au terrain, de mise en relation privilégiée, autant qu'il représente un risque d'assimilation. Aussi, bien que mon interlocutrice principale au sein l'ARS départementale me proposât dès notre première rencontre de me mettre en relation avec des acteurs locaux, je fis le choix de ne pas utiliser cette entrée. Je privilégiais ainsi une circulation plus « horizontale » dans le paysage des acteurs médico-sociaux et sociaux du territoire.

1.2. L'engagement ethnographique

L'enquête auprès des acteurs médico-sociaux a été constituée d'observations et d'entretiens avec les professionnels ou bénévoles des équipes rencontrées. Elle s'est étalée sur deux ans et demi, entre avril 2019 et janvier 2022, moment où je décidais d'y mettre un terme pour me consacrer à l'analyse et la rédaction. Cet étalement dans le temps est en partie lié à la crise sanitaire du Covid-19 qui a contribué à mettre à l'arrêt une partie de l'enquête pendant quelques mois et bousculer les dynamiques engagées. Mais il résulte surtout d'une volonté de suivre dans le temps l'évolution des acteurs, du moins d'une partie.

1.2.1. Observer les interactions et les configurations d'acteurs

J'ai effectué auprès de ces acteurs médico-sociaux des observations majoritairement qualifiables de non participantes, c'est-à-dire au cours desquelles je ne participais pas activement à l'activité autrement qu'en tant qu'observateur actif (écoute et prise de notes). J'ai sollicité des entretiens pour compléter les observations et en connaître davantage sur les trajectoires des individus et des institutions qu'ils incarnent. Ces observations et entretiens ont cherché à interroger le travail d'accueil et d'accompagnement dans les soins dans le quotidien des équipes : l'organisation et la division du travail, ce qu'ils font de façon répétitive ou au contraire exceptionnelle, les dynamiques d'intensification ou de ralentissement de l'activité, les processus de délégation ou d'appropriation de tâches, les écarts entre travail prescrit et travail effectivement réalisé... toutes ces interactions sociales autour du travail qu'Everett Hughes nomme le « drame social du travail » (*social drama of work*) (Hughes, 1996). Relativement à notre problématique, nous avons alors porté une attention particulière aux pratiques de coordination, collaboration, interne et externe, aux situations qui font l'objet d'un « passage de relais ». Dès que cela semblait possible nous avons cherché à participer à des temps de réunion internes mais surtout partenariales ainsi que des réunions avec l'ARS. Nous avons essayé d'interroger au maximum le type et la qualité des liens partenariaux évoqués par les acteurs en analysant les instruments qui participent à institutionnaliser les partenariats (rencontres régulières, protocoles, conventions) mais aussi les pratiques de collaborations vécues et présentées comme « plus informelles » qui structurent tout autant voire davantage le quotidien des professionnels. À l'image des travaux récents de Vianney Schlegel, ce volet prétend assez peu à une analyse du rapport des équipes médico-sociales aux usagers comme le fait notamment la sociologie des guichets de l'action sociale (Dubois, 1999, Weller, 1999, Moulière, 2001), mais se concentre davantage sur « les coulisses des relations d'accompagnement et de soin » (Schlegel, 2019).

Tableau 1. Synthèse de l'enquête auprès des acteurs médico-sociaux et sociaux non-hebergeant : observations et entretiens réalisés

ACTEUR	OBSERVATIONS	ENTRETIENS	
TUTELLE ÉTATIQUE			
Agence régionale de santé : siège régional, délégation départementale	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion de l'ARS départementale avec les acteurs du territoire • Réunion avec les PASS du département 	Coordinatrice régionale des PASS Directrice du département Prévention et promotion de la santé de la délégation départementale (x3)	
ACTEURS MEDICO-SOCIAUX			
Réseau de santé Sud (RDS Sud)	3 semaines consécutives d'observation (avril 2019) puis une vingtaine de journées d'observation résectes entre juillet 2019 et décembre 2021 : <ul style="list-style-type: none"> • Consultations et entretiens sociaux • Rencontres partenariales • Interventions sur campements/squats • Réunions d'équipes • Assemblées générales • Accès aux bases de données et rapports d'activités 	5 jours d'interventions communes sur un camp, dans le cadre de la lutte contre la COVID-19. Médecin coordinateur Médecin stagiaire (interne) Directeur Secrétaire 3 assistants sociaux 2 infirmières + nombreux échanges informels avec des bénévoles (médecins ou accueillants)	
Permanence d'accès aux soins 1 (PASS 1)	3 journées d'observation des différentes activités effectuées par le service : accueil, consultations, entretiens sociaux Accès aux rapports d'activité		Médecin coordinateur, 2 médecins consultants, coordinatrice du service social, assistante sociale, infirmière
Unité de santé publique	½ journée de consultations		Médecin chef de service 1 infirmière
Equipe mobile psychiatrie précarité Sud (EMPP Sud)	6 journées d'observation entre mai 2019 et mai 2020 : <ul style="list-style-type: none"> • Permanences sur des centres d'hébergement du territoire • Réunions de service • Instances de paroles avec équipes sociales du territoire 	2 psychologues Secrétaire Infirmier Travailleur social	
Equipe mobile sanitaire régionale « migrants »	/ Pas d'observations organisées ; mais entretiens réalisés sur le lieu et les horaires d'intervention.	Cheffe de service, 2 infirmières, 1 psychologue, 1 médiateur interprète	
Réseau de santé Nord (RDS Nord)	10 journées d'observation en 2020 – 2021 : <ul style="list-style-type: none"> • Interventions sur des squats/camps sur le territoire • Réunions d'équipe • Rencontres et réunions partenariales • Journée d'étude coorganisée par l'association • Accès aux rapports d'activité 	Directrice, Deux assistantes sociales Coordinatrice prévention et formation + échanges informels avec des bénévoles	
Permanence d'accès aux soins 2 (PASS 2)	1 journée d'observation : accueil et consultation hebdomadaire	Secrétaire Médecin consultant	
Permanence d'accès aux soins 3 (PASS 3)	/		
Association de psychologie	/	Directrice/psychologue	
Permanence d'accès aux soins 4 (PASS 4)	Echange rapide par téléphone avec une secrétaire expliquant à quel point la PASS est « saturée » et l'accueil d'étudiants compliqué		
ACTEURS SOCIAUX NON-HEBERGEANT			
Structure de premier accueil des demandeurs d'asile	1 permanence du RDS Sud dans les locaux	Chef de service 1 travailleuse sociale	
Association Secours solidaire* (antenne locale d'ONG)	5 journées d'observation en 2020 : entretiens d'accompagnement social, cours de français, rencontre avec un partenaire	2 bénévoles de l'antenne locale, bénévole « référent migrants » de la délégation départementale	
Association Solidarité migrants*	/	Entretien groupé avec 3 bénévoles, dont présidente	
Maison dép. des solidarités	/Echange par téléphone avec un travailleur social expliquant que la MDS n'accompagne pas les étrangers en situation irrégulière ni les demandeurs d'asile, automatiquement réorientés vers la SPADA		

1. Siffert, 2023. Les acteurs barrés représentent ceux que nous n'avons pas pu rencontrer.

1.2.2. Un système d'acteurs enquêtés hiérarchisé

Le **Tableau 1** restitue les principales observations et les entretiens effectués. Celui-ci fait apparaître un engagement ethnographique variable voire hiérarchisé selon les acteurs enquêtés. Les deux réseaux de santé précarité ont été les acteurs principaux de l'enquête auprès des acteurs médico-sociaux : ceux auprès de qui j'ai effectué le plus d'observations, avec qui j'ai eu les liens les plus réguliers et inscrits dans la durée. En effet, après les premières observations exploratoires, j'ai continué de mener des observations régulières au sein du RDS Sud (présence à la consultation hebdomadaire, réunions d'équipe, interventions extérieures) et mené des entretiens avec les membres de l'équipe jusqu'en décembre 2021. Ces liens réguliers ont aussi été entretenus par le fait que j'ai mis en place la reconstitution de trajectoires de soins d'exilés de personnes initialement passées par le réseau (cf. volet 3 *infra.*). Un lien étroit s'est aussi construit avec le RDS Nord malgré une prise de contact plus tardive. L'équipe a démontré un intérêt particulier pour mon sujet de recherche et m'a très vite proposé d'assister à différentes activités et m'a donné accès à ses données d'activité. J'ai aussi pu suivre de près leur mobilisation en 2021 dans la lutte contre la covid-19 et les transformations opérées suite aux réformes du Ségur 2020.

Dans ce système d'acteur enquêtés, il y a certains acteurs pour lesquels je n'ai effectué que des entretiens (cf. Tableau 1). Ces disparités ont résulté d'arbitrages entre différents facteurs : leur activité et place dans le système d'acteurs étudié, les possibilités d'effectuer des observations au regard notamment du contexte sanitaire, la disponibilité des acteurs mais aussi la mienne. La diversité du nombre d'acteurs médico-sociaux et l'ambition de rencontrer aussi les acteurs de l'hébergement (volet 2) et des personnes migrantes m'a mené à renoncer à certaines observations que j'aurais voulu mener. Ainsi je n'ai pas sollicité d'observations auprès de l'association Psychologie consultations ni l'association caritative Solidarité Migrants, ce qui me conduira à m'appuyer essentiellement sur les entretiens avec les professionnels et bénévoles. Pour cette dernière a également joué le fait que l'association a connu, comme beaucoup d'acteurs associatifs reposant sur un large tissu de bénévoles (Archambault, 2020), une baisse importante de son activité en 2020 et 2021.

J'ai interrogé dans le cadre d'entretiens semi-directifs 45 personnes dont 2 cadres de l'ARS et 43 professionnels ou bénévoles travaillant pour les 12 dispositifs enquêtés (cf. **Tableau 2**). Une partie d'entre eux travaillent sur plusieurs services ; une multi-positionnalité dont nous verrons l'importance dans les pratiques de coordination (cf. Chapitre 3). Dans une démarche de suivi déjà évoquée, certains professionnels ont été interrogés plusieurs fois sur la période. S'ils ont été majoritairement individuels, certains entretiens furent collectifs. Ces derniers intéressants car offrent des opportunités aux individus de « rebondir » sur les réflexions de leurs collègues, nourrissant leurs propres idées. Ils font aussi apparaître des divergences de pratiques et de représentations entre professionnels d'une même équipe. À l'inverse la présence d'un collègue peut aussi amener un répondant à se censurer sur certains sujets. Face à ce risque, j'ai privilégié des entretiens collectifs de très petits effectifs (2 ou 3 répondants), entre collègues exerçant des fonctions similaires ou intervenant en binôme. Je n'ai pas effectué d'entretiens croisant des professionnels aux positions managériales différentes. Les configurations d'entretiens ont aussi été déterminées par les conditions de travail des personnes enquêtées. Ce fut le cas en particulier pour l'équipe mobile sanitaire régionale, dont les membres interviennent chaque jour sur un centre d'hébergement différent, dans des espaces réduits. Trois des cinq entretiens réalisés avec des membres de cette équipe se sont faits sur leur principal lieu d'intervention en Seine-et-Marne, le

CAES. Sur cet ancien gymnase réaménagé en centre d'accueil provisoire, l'équipe sanitaire dispose d'une unique pièce d'une dizaine de m² constituant l'infirmerie. Les entretiens ne pouvaient avoir lieu que dans cette pièce, sur les heures officielles de permanence de l'équipe, ce qui a nécessairement influé sur les conditions d'entretiens. Ces derniers furent régulièrement interrompus par des résidents venant solliciter l'équipe. Par ailleurs, l'unique salle supposait d'effectuer à chaque fois des entretiens avec tous les membres présents ce jour-là. Ainsi, alors que je venais pour un entretien avec un médiateur-interprète, ce fut finalement un entretien de groupe avec son binôme infirmier, puis à partir du moment où il arriva, avec le médecin de la PASS effectuant lui aussi des interventions. Nous reviendrons plus largement sur ces modalités d'intervention des équipes, qui, bien au-delà des contraintes qu'elles posent à l'observateur, sont d'abord des conditions de travail contraignantes pour les professionnels.

Tableau 2. Personnes interrogées en entretien semi-directifs dans le cadre de l'enquête auprès des acteurs médico-sociaux et sociaux non hébergeant. Synthèse par fonction professionnelle

<u>Fonction</u>	<u>Nombre</u>	<u>Sex ratio</u>
Professionnels salariés		
Cadres de l'ARS	2	2F/0H
Responsables de structure associative	4	2F/2H
Coordinatrice d'équipe médico-sociale	1	1F/0H
Médecins salariés (dont intervenant sur plusieurs dispositifs)	6 (3)	4F/2H
Infirmiers, infirmières (dont intervenant sur deux dispositifs)	7 (1)	6F/1H
Psychologues	4	4F/0H
Travailleuses et travailleurs sociaux	10	8F/2H
Secrétaires/assistantes de direction	3	3F/0H
Interprète	1	0F/1H
Bénévoles		
Médecin	1	0F/1H
Accompagnement social et administratif (dont ayant des fonctions de coordination)	6 (3)	4F/2H
Total	45	34F/11H

I. Siffert 2023, à partir du journal d'enquête de terrain

Le tableau 2 synthétise les entretiens réalisés au cours de l'enquête selon leur statut (bénévole/salarié), leur fonction dans la division du travail et leur genre. On retrouve une grande majorité de femmes, environ les trois quarts, soit une proportion guère étonnante au regard de la féminisation des métiers de l'intervention sociale et médico-sociale observée de longue date (Lapeyre & Le Feuvre, 2005, Laugier, 2010). Ce sont dans les fonctions de responsables de structures et de médecin que les hommes sont plus représentés, ce qui est là encore une observation classique dans la division sociale des métiers du care (Moliner, 2015). Dans la suite de ce travail, nous avons très peu analysé les pratiques sous le prisme du genre. Toutefois il nous semblait important d'observer cette division genrée du travail dans notre échantillon d'acteurs interrogés.

1.3. Un statut de chercheur évolutif : entre observatrice et participante, sociologue et cartographe

La posture du chercheur sur son terrain de recherche évolue tout au long de l'enquête de terrain. Comme évoqué plus haut, j'ai effectué auprès des acteurs médico-sociaux des observations majoritairement non participantes, présentée aux acteurs extérieurs en tant qu'« étudiante », « chercheuse », « sociologue »¹⁸. Néanmoins, ce statut d'observatrice externe fut plus ambigu dans certains contextes et a pu évoluer avec le temps. Le recours à l'observation ethnographique et le suivi d'acteurs sur un temps long ont favorisé des évolutions dans la posture adoptée et attribuée par les acteurs enquêtés.

Je me suis parfois retrouvée dans une posture d'observatrice participante. En réalité, dès les premiers jours d'observation, je fus sollicitée par l'équipe du RDS Sud pour aider, non seulement dans des tâches logistiques mais aussi ponctuellement dans des fonctions d'accueil du public : répondre au standard téléphonique lors de l'absence de la secrétaire, aider à l'accueil des patients dans la consultation hebdomadaire. Cette posture s'est affirmée lorsque je suis venue observer la mobilisation dans la lutte contre le covid-19 sur les campements d'habitat précaire en mai 2020. Dans ce contexte d'intervention particulièrement difficile pour l'équipe, je me retrouvais comptée dans les effectifs de l'équipe et mobilisée pour aider dans diverses tâches : remplissage de fiches individuelles, gestion de files d'attente, récupération de matériel...etc. Ces conditions d'observation participante permettent de se saisir des conditions d'exercice, d'assister et participer à des discussions entre professionnels. Cependant, elles placent aussi le chercheur dans une moindre disponibilité pour observer les rapports sociaux, les configurations d'acteurs, et plus concrètement prendre des notes. Lors des interventions sur les camps en mai 2020 notamment, je me retrouvais à aider l'équipe sans trouver le temps d'ouvrir mon carnet de terrain pendant plusieurs heures. L'un des enjeux dans cette expérience était alors de se saisir de moments où j'étais seule ou de pause (le déjeuner par exemple) pour noter quelques observations, réflexions sur mon téléphone ou rouvrir mon carnet de terrain. Je n'ai pas eu de « complexes » à réouvrir mon carnet de notes sur des moments de pause pour écrire des observations ou des échanges avec des professionnels. Ces moments contribuent à réaffirmer, pour soi-même et pour les autres, la position de chercheur extérieur parfois oubliée dans ces contextes d'activité intense.

Au-delà de l'implication au cours des observations, ma position sur le terrain a évolué dans ce que je pouvais apporter aux acteurs en tant que jeune chercheuse en sciences sociales. Plus précisément mon intégration auprès des principaux acteurs médico-sociaux m'a conduite à proposer ou à être sollicitée pour mes compétences en cartographie. Cette opportunité se présenta la première fois lorsqu'une professionnelle de l'équipe mobile psychiatrie précarité exprima en entretien le manque de supports visuels pour présenter le territoire et les activités de l'équipe. Je rebondis à cela en proposant une rencontre avec des membres de l'équipe pour déterminer ce qui pouvait les intéresser : ils me demandèrent de réaliser une carte synthétisant leurs partenaires, leurs lieux d'intervention et secteurs de maraudes. À partir de cette première expérience, je réalisais que d'autres acteurs, notamment les

¹⁸ Alors que je me présentais au début comme « doctorante en géographie sociale », le manque de familiarité avec la géographie a souvent amené à des questionnements des acteurs sur ce qu'était cette discipline. Si je n'avais pas de mal à l'expliquer, je fus assez rapidement amenée à me présenter comme « doctorante en sciences sociales, au croisement de la sociologie et la géographie ». Face à cette identité ouverte, une majorité d'acteurs me présentait comme « sociologue ».

RDS pouvaient être intéressés par des représentations graphiques. Au regard de la progression des pratiques gestionnaires dans la gouvernance publique de la santé (cf. Chapitre 3), ces deux associations médico-sociales sont amenées à présenter dans leurs rapports d'activités à l'ARS des nombreuses données quantitatives relatives à l'évolution de la demande sur le territoire et nécessairement à leurs activités (caractérisation de la file active, orientations, partenaires...). Pourtant, alors même qu'une partie de l'information est largement territorialisée (lieux de résidence des patients ; secteurs et lieux d'intervention, partenaires...), ces rapports sont dépourvus de productions cartographiques. À plusieurs reprises j'eus l'occasion de proposer aux deux équipes de réaliser des cartes. L'équipe du RDS Nord me demanda de cartographier son activité auprès de campements de populations Roms migrantes dans un contexte de multiplication des évacuations. Ce travail de cartographie pour les acteurs a représenté un élément important pour l'enquête ethnographique. En effet, à chaque fois, la production des cartes ou autres graphiques ont représenté des opportunités précieuses de récoltes d'informations auprès des acteurs pour compléter des informations abordées en entretien individuel ou dans les documents d'activités. Concernant la carte sur les interventions en camps du RDS Nord, elle fut été l'occasion de rencontrer une ancienne salariée, partie à la retraite en 2019, et d'échanger sur d'anciens lieux d'intervention. En septembre 2021, le directeur du RDS Sud me sollicita pour l'aider à répondre à un appel à projet de l'ARS, ce dernier désirant des supports pour représenter l'évolution des besoins sur le territoire et celle de ses propres activités. Cette demande montre que les acteurs enquêtés se sont saisis de mes compétences au fur et à mesure de mon ancrage sur le terrain.

Ces sollicitations ont confirmé l'intérêt d'analyses géographiques et de représentations cartographiques pour les acteurs médico-sociaux. Mais elles ont aussi révélé le manque de moyens et de compétences en matière de représentations de leurs activités, pour des acteurs qui portent pourtant un rôle d'observatoire des difficultés d'accès aux soins sur leur territoire (cf. Chapitre 5). Face à ce constat, je fus alors amenée à explorer une autre dimension de cette posture de « cartographe » : celle d'outiller les équipes à produire leurs propres cartes. Plus précisément, je fus amenée à initier deux professionnelles du RDS Sud à l'usage d'outils de géolocalisation et cartographie en ligne. Si on ne trouve pas de cartes dans les rapports d'activités, les deux réseaux de santé produisent des plans d'orientation à destination des patients pour se rendre auprès de services de santé partenaires. Au sein du RDS Sud, ces plans sont réalisés par l'assistante de direction, à partir de captures d'écran issues d'une application de géolocalisation auxquelles sont ajoutés différents repères à l'aide d'un logiciel de modification d'image. Constatant ce « bricolage », je proposai alors à la professionnelle, de l'initier à un outil de cartographie en ligne (MyMaps de Google) qui permet de créer directement sa propre carte à partir d'informations géolocalisées (repérer des lieux, créer des itinéraires...). L'enjeu dans le choix de ce logiciel était une prise en main facile et la familiarité préalable avec les outils de Google Map. Contrairement aux logiciels couramment utilisés par les chercheurs en géographie, les logiciels de cartographie en ligne ne supposent pas d'être familier avec les systèmes d'information géographique. Je fis la même proposition à l'infirmière coordinatrice des actions mobiles suite à une discussion sur les difficultés d'identification et de suivi des lieux d'habitat précaire sur le territoire (squats et camps) dans le cadre des maraudes. Je lui proposais de l'initier à la cartographie en ligne pour qu'elle puisse localiser facilement les différents lieux visités, et rendre compte de leur évolution dans le temps. Lors d'un entretien quelques semaines plus tard, je constatais qu'elle s'était appropriée l'outil dans le référencement de ses lieux d'intervention.

Cette expérience de partage de connaissance m'a ainsi permis de me rendre compte de ce que je pouvais apporter à des professionnels de l'action médico-sociale en tant que « jeune chercheuse en sciences sociales ». Ce type de propositions représente des biais évidents : une atteinte au paradigme de neutralité par une influence directe, consciente et même provoquée, du chercheur sur son terrain de recherche. Néanmoins nous rejoignons les réflexions du sociologue Christian Papinot sur la nécessité de dépasser le paradoxe de « l'observateur perturbateur » de son terrain d'enquête pour assumer, non seulement que les sciences sociales contribuent à produire les faits qu'elles observent, mais aussi « la « portée heuristique de certaines perturbations » (Papinot, 2013). En effet, ces perturbations, comme ici le fait d'outiller des professionnels à la cartographie, participent non seulement à « améliorer » des situations observées, comme par exemple des conditions d'exercice professionnelles et d'accès à l'information, mais aussi de mieux comprendre l'objet étudié, ici se rendre compte d'une vision peu territorialisée de leurs activités par les acteurs. De la même manière que les non-réponses dans les prises de contact ou les refus d'accès à un terrain disent déjà beaucoup de choses sur les acteurs enquêtés, l'évolution de la relation d'enquête, de la place voire de la contribution du chercheur sur son terrain permet également de mieux comprendre l'objet étudié.

2. L'enquête auprès des équipes d'hébergement social, une enquête partiellement empêchée

L'objectif de ce second volet de l'enquête ethnographique a été d'étudier les pratiques, ressources et contraintes des équipes sociales de structures d'hébergement social dans l'orientation vers le soin des exilés. Nous avons cherché à caractériser l'organisation des équipes sociales dans l'accompagnement vers les soins des exilés, identifier les ressources sollicitées par les équipes sociales d'hébergement et leurs stratégies, communes ou propres, pour faciliter l'accès aux soins des hébergés. Toutefois, cette enquête fut particulièrement limitée par le contexte épidémique.

2.1. Choisir des structures d'hébergement au sein d'un paysage institutionnel particulièrement complexe

La première étape de ce volet de l'enquête fut l'identification et le choix de centres d'hébergement à inclure parmi la diversité de structures d'hébergement sociale.

2.1.1. Se confronter à des systèmes d'hébergement social fragmentés

Comme cela a été régulièrement relevé (Brousse, 2006, Gardella, 2014b), le système d'hébergement des personnes sans domicile est particulièrement fragmenté et éclaté. On retrouve d'abord cette partition évoquée en introduction entre le système dit de « droit commun », prétendument inconditionnel et le DNA dédié aux demandeurs d'asile et réfugiés. Au sein de ces deux « systèmes », on retrouve ensuite une très grande diversité de dispositifs selon les durées d'hébergement, les modes d'hébergement (collectif/diffus/hôtelier, avec ou sans accompagnement social) ou encore par des projets d'établissement spécifiques. Concernant le DNA, comme évoqué en introduction, le parc d'hébergement a été marqué par une augmentation majeure des places depuis 2015 et une diversification des structures selon leur fonction (CAES pour le tri des situation, DPAR pour l'aide au retour), les structures familiales et les procédures (CADA pour les familles en procédure normale, HUDA pour les procédures accélérées et les hommes isolés en procédure normale ou accélérée, PRAHDA pour les procédures Dublin). Nous renvoyons à l'annexe 1 pour une vue plus

détaillée des différences entre structures d'hébergement. Dans le droit commun, les structures majoritaires sont les centres d'hébergement d'urgence (CHU) et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Traditionnellement les CHU proposent des accueils de courte durée (d'une nuit à quelques mois) dans une logique de réponse à l'urgence tandis que les CHRS, à vocation de réinsertion, reposent sur des contrats d'hébergement plus longs (6 mois renouvelables en général). En pratique, depuis la fin des années 2000 les différences entre CHRS et CHU se sont très sensiblement atténuées : avec l'affirmation du principe de continuité par la loi DALO en 2007, une majorité de CHU appliquent désormais des durées de prise en charge indéterminées, jusqu'à l'accès à une solution d'hébergement ou de logement plus pérenne¹⁹. Par ailleurs, on observe sur les 30 dernières années un recours croissant à l'hébergement hôtelier en Île-de-France, en particulier pour l'hébergement de familles (Le Méner, 2013; Guyavarch et Garcin, 2014). L'attribution de ces places est gérée conjointement par les Samu sociaux départementaux et le Samusocial de Paris. Depuis 2017 existent par ailleurs de nouveaux dispositifs dans le droit commun : les hébergements d'urgence avec accompagnement social (HUAS) qui correspondent à d'anciens hôtels sociaux (donc des conditions de vie hôtelière) transformés en centres collectifs avec une équipe sociale sur place²⁰. Enfin, dans l'hébergement dit de « droit commun » peuvent aussi être considérées les structures dites de « logement adapté » (résidences sociales, foyers de travailleurs migrants et foyers de jeunes travailleurs), qui, conformément au modèle d'accès au logement « en escalier » correspondent à une étape intermédiaire entre l'hébergement social et le logement autonome.

Face à la complexité de ce paysage institutionnel, il fallait donc effectuer des choix :

Nous avons décidé de ne pas inclure de structures dites de logement adapté où les personnes immigrées hébergées sont très majoritairement des personnes vivant en France depuis de nombreuses années. Inclure ce type de structures ne semblait pas pertinent au regard de la perspective d'interroger l'accompagnement à l'accès aux soins des primo-arrivants. Concernant les hôtels, les dynamiques de dispersion territoriale dans l'hébergement hôtelier francilien en faveur de la petite et grande couronne (Guyavarch et al., 2014) auraient largement justifié d'en inclure. Cependant je me confrontais d'abord à l'organisation particulière de l'accompagnement social à l'hôtel : en l'absence d'équipe sociale sur place, l'accompagnement social est assuré depuis 2013 par des équipes mobiles de travailleurs sociaux qui ne sont pas gérées par le Samusocial de Paris mais d'autres associations gestionnaires. Par ailleurs, et ce fut un argument décisif, une autre doctorante, Mathilde Sempé, menait déjà une thèse spécifiquement sur ces équipes mobiles d'accompagnement à l'hôtel et avait effectué quelques observations sur le département de Seine-et-Marne. Il ne semblait pas judicieux d'intégrer ce terrain mais plutôt de collaborer, ce que nous fîmes (Sempé et Siffert, 2022)

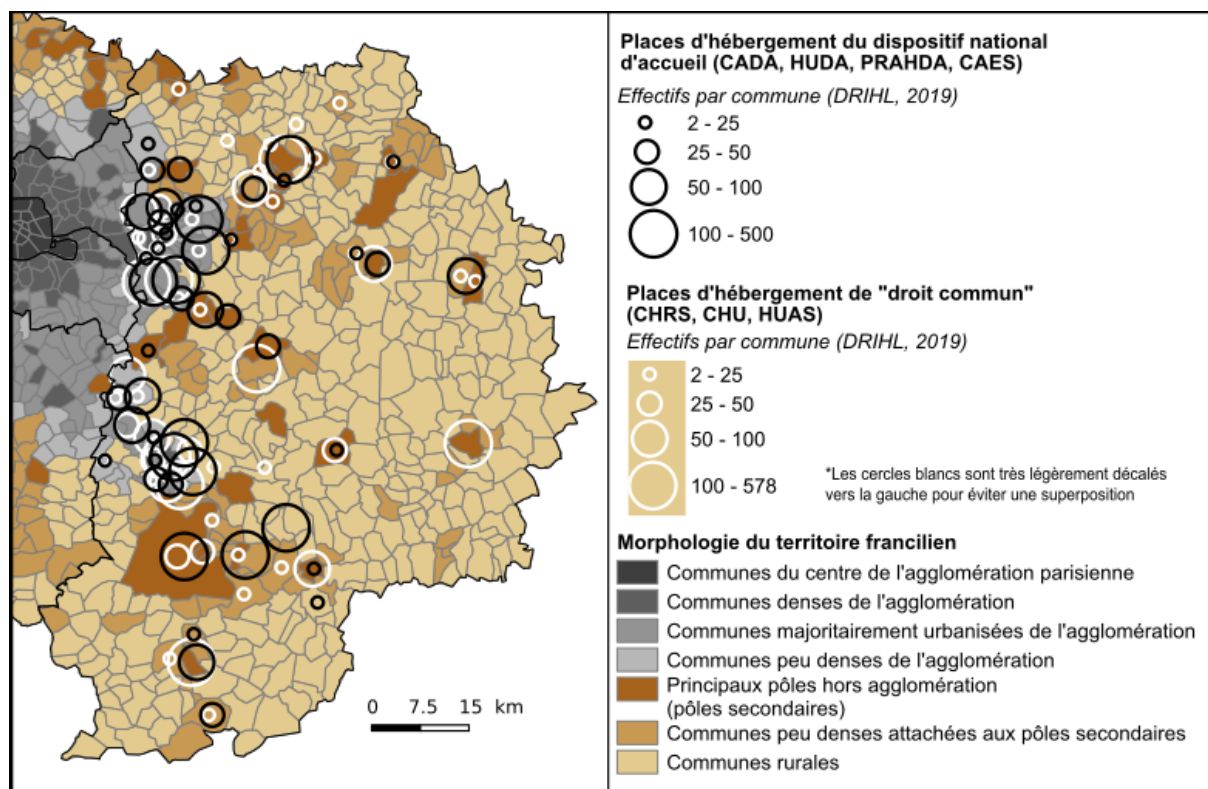
Dans un premier temps je me suis appuyée sur les données publiées chaque année par la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement en Île-de-France (DRIHL) sur les

¹⁹ Néanmoins le champ des CHU demeure pour autant extrêmement vaste : en effet, peu de points communs entre un CHU tel que celui enquêté, accueillant les individus dans des chambres de 2 à 3 personnes avec un contrat d'hébergement de 6 mois renouvelables et une politique de non-remise à la rue, et un CHU tel que celui de « la Boulangerie » à Paris, accueillant 400 places pour une à quelques nuits dans des dortoirs collectifs.

²⁰ A l'automne 2016, l'Etat lance un appel à projets pour le rachat d'hôtels et leur transformation en structures d'hébergement d'urgence avec accompagnement social. Le dispositif HUAS se veut être un dispositif d'hébergement d'urgence de 2^{nde} intention, également appelé hébergement de transition.

places d'hébergement social et logement adapté sur l'ensemble de la région. Ce socle de données a permis d'identifier les communes d'accueil des exilés dans le DNA et le système d'hébergement social de droit commun (CHRS, CHU, HUAS) (cf. **Carte 3**).

Carte 3. Répartition des places d'hébergements social en Seine-et-Marne



I.Siffert, 2023 à partir des données de la DRIHL du 31 décembre 2019. Morphologie du territoire francilien de l'Institut Paris Région

La répartition des places d'hébergement montre une concentration plus importante sur la façade la plus urbanisée du département, intégrée à l'aire urbaine parisienne. Toutefois, elle témoigne également des dynamiques de répartition en faveur de l'espace périurbain. On retrouve en effet des effectifs importants sur la plupart des principales communes de la couronne périurbaine et sur plusieurs communes rurales. Quatre communes rurales accueillent plus de 100 places d'hébergement et le nombre important de communes de l'espace périurbain et rural accueillant moins de 50 places témoigne du développement de l'hébergement diffus sur le territoire. (Les effectifs inférieurs à 25 places correspondent généralement à de l'hébergement diffus en appartements, gérée par une équipe centralisée. Les effectifs supérieurs à 25 peuvent correspondre tout autant à un hébergement collectif qu'à des places d'hébergement diffus, ou encore à un mélange de places diffuses et en collectif.) Cette carte montre enfin que les communes accueillant des places d'hébergement du DNA (moins nombreuses) sont pour la plupart des communes qui accueillent aussi des places d'hébergement social de droit commun ; un constat appelant à nuancer le principe de « solidarité territoriale » pourtant mis en avant dans les politiques d'accueil des demandeurs d'asile.

Les données de la DRIHL ont été très précieuses pour connaître la répartition des places sur le territoire mais elles ne permettent pas d'identifier directement les dispositifs gestionnaires de ces

places. Seules les places de CAES et PRAHDA ont été facilement attribuables à des établissements du fait qu'il s'agit de deux structures collectives respectivement uniques sur le territoire. Pour toutes les autres places, il a fallu croiser ces données avec d'autres sources d'informations. Une première source a pu être le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) qui a permis d'obtenir une liste des établissements par type de dispositif. Cependant FINESS ne permet pas, pour l'hébergement diffus notamment, de savoir à quels établissements correspondent quelles places. Pour une partie d'entre elles, c'est uniquement des informations glanées auprès des acteurs médico-sociaux déjà connus et la rencontre progressive d'équipes sociales qui a permis de comprendre à quel établissement elles étaient rattachées.

2.1.2. *Rechercher une diversité de configurations*

A partir de l'aperçu général des places et dispositifs d'hébergement, j'ai décidé d'orienter le choix des équipes à contacter selon quatre variables, que j'ai alors supposé comme déterminantes pour étudier les pratiques d'accompagnement vers les soins :

1) En premier lieu le type de dispositif d'hébergement. Comme expliqué en introduction, ma démarche de recherche fut initialement guidée par une entrée par la catégorie des demandeurs d'asile et l'évolution du DNA sur le territoire. Face à la multiplication des différents dispositifs d'hébergement, du DNA, mon ambition était alors d'intégrer tous les types de dispositifs au sein du DNA : CADA, HUDA, PRAHDA, CAES, afin d'interroger si, et comment, leurs caractéristiques seraient déterminantes de conditions d'accompagnement et d'orientation vers le soin. Cette démarche apparaît d'autant plus importante (mais aussi plus complexe) que varie selon les dispositifs les situations sociales des hébergés et les conditions matérielles d'accompagnement. Ainsi semble-t-il intéressant de comparer le CAES qui accueille pour un temps très provisoire des hommes isolés dans des situations sociales et administratives très variables, le PRAHDA accueillant des hommes isolés en procédure Dublin pour des durées variables, les HUDA accueillant des hommes isolés jusqu'à la fin de la procédure d'asile, mais avec des moyens moins importants que les CADA, qui, eux, accueillent surtout des familles. Au regard du fait que la majorité des personnes accueillies en structures de droit commun sont des exilés en situation précaire, je décidais d'inclure aussi à minima un CHU et un CHRS, dans la perspective alors de comparer les conditions d'accompagnement social des exilés entre droit commun et DNA.

2) Le type de dispositif est également étroitement associé à une autre variable importante dans l'analyse des dynamiques de partenariat et d'ancrage des équipes sociales : l'ancienneté. Au regard de l'évolution Ainsi m'a-t-il semblé important d'inclure des structures implantées de longue date, notamment certains CADA, et des structures plus récentes consécutives au redéploiement du DNA depuis 2015.

3) Une troisième variable fut la localisation géographique, par rapport au pôles urbains et à l'accès au réseau de transports en commun. Les logiques de répartition territoriale du DNA mais aussi de l'hébergement social généraliste interrogent particulièrement les effets d'une localisation périurbaine voire rurale sur les modalités d'accompagnement vers les soins. Bien qu'elles demeurent minoritaires (cf. **Carte 3**) il était donc très important d'inclure des structures implantées sur des communes classifiées comme peu denses ou rurales.

4) Enfin, la dernière variable fut le mode d'hébergement. Alors que les logiques de dispersion territoriale sont associées au développement de l'hébergement diffus, dans des appartements répartis sur l'ensemble du territoire, il apparaît important de comparer les modalités d'orientation et d'accompagnement vers les soins des dispositifs d'hébergement collectifs, où une équipe sociale est généralement présente sur place, avec les dispositifs d'hébergement diffus supposant que les équipes ou les hébergés se déplacent l'un vers l'autre pour les suivis sociaux.

A partir de ces considérations, dix équipes sociales d'hébergement, correspondant à onze dispositifs d'hébergement ont finalement été enquêtées - une équipe gérant deux dispositifs (CH4 et CH3) en hébergement diffus implantés sur les mêmes communes (cf. **Tableau 3** et **Carte 4**).

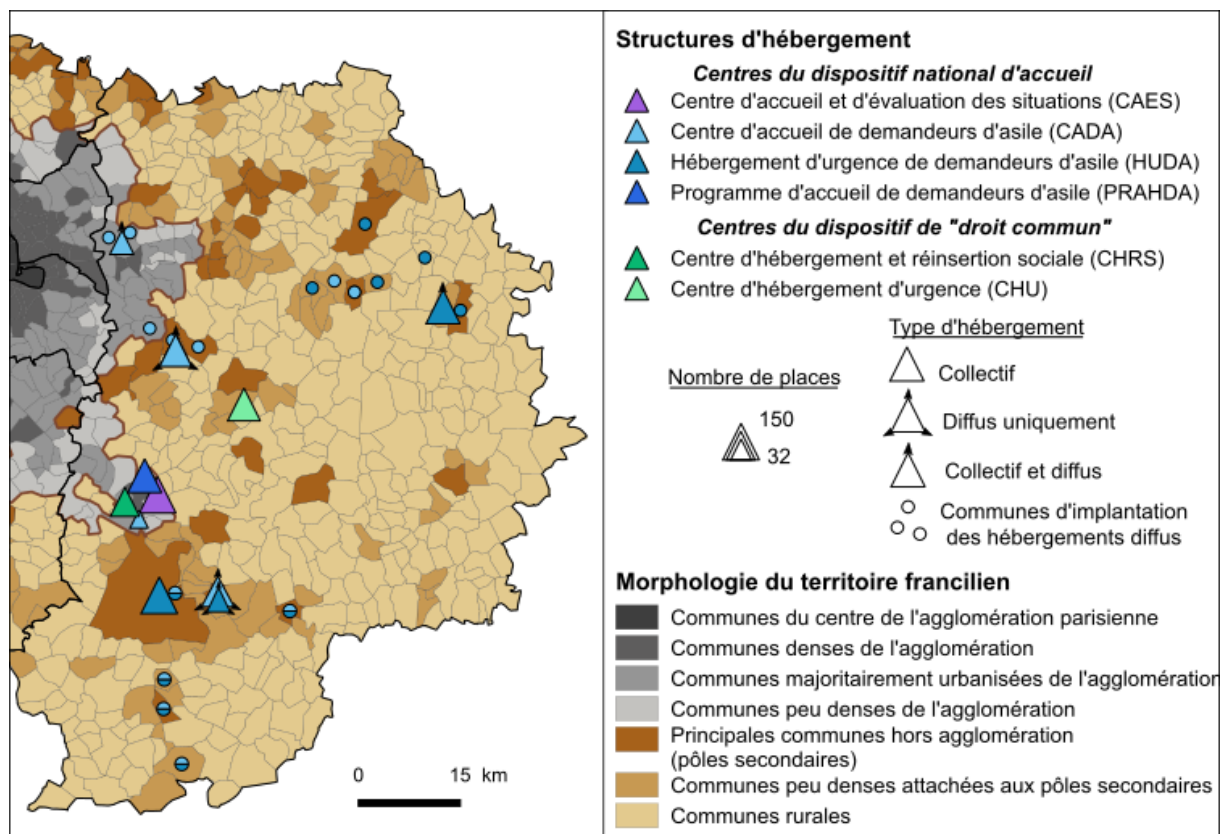
Tableau 3. Principales caractéristiques des structures d'hébergement enquêtées

ID	Dispositif	Mode héberg.	Ouverture	Type des commune(s) d'implantation selon la classification de IPR	Places (2020)	Types de places
CH1	CADA	collectif	1973	Commune majoritairement urbanisée de l'aire urbaine	32	Familles, femmes et hommes isolés
CH2	CADA	collectif et diffus	1998	Commune majoritairement urbanisée de l'aire urbaine	70	Familles, femmes et hommes isolés
CH3	CADA	diffus	2001	Pôle urbain hors agglomération	119	Familles, femmes et hommes isolés
CH4	CADA	diffus	2016	Communes peu denses attachées à un pôle hors agglomération	110	Hommes isolés
CH5	Même équipe HUDA	diffus	2019	Communes peu denses attachées à un pôle hors agglomération	76	Hommes isolés
CH6	HUDA	collectif	2016 (- 2020)	Pôle urbain hors agglomération	150	Hommes isolés
CH7	HUDA	collectif et diffus	2015	Communes peu denses <u>et rurales</u> hors agglomération	134	Hommes isolés
CH8	PRAHDA	collectif	2017	Commune peu dense de l'aire urbaine	133	Hommes isolés
CH9	CAES	collectif	2018	Commune peu dense de l'aire urbaine	150	Hommes isolés
CH10	CHU	collectif	2014	Commune rurale	125	Femmes et hommes isolés
CH11	CHRS	collectif	2018	Commune majoritairement urbanisée de l'aire urbaine	102	Familles, femmes et hommes isolés
Centres contactés n'ayant pas répondu						
	CADA	collectif	2002	Commune rurale	120 ?	Familles, femmes et hommes isolés
	HUDA	diffus	2009	Commune majoritairement urbanisée de l'aire urbaine	29 ?	Familles, femmes et hommes isolés

I.Siffert. Les couleurs associées au « type de commune » correspondent à la typologie de l'Institut Paris Région utilisée dans la carte 4

Deux centres, plus précisément deux chefs de service ont été contactés à plusieurs reprises sans réponse : un CADA collectif installé sur une commune rurale du territoire et un HUDA sur une commune de l'agglomération de Melun.

Carte 4. Localisation des structures d'hébergement enquêtées



I. Siffert, 2023. Morphologie du territoire francilien de l'Institut Paris Région

J'ai finalement interrogé 6 équipes en structures d'hébergement collectif, 3 proposant uniquement de l'hébergement diffus et 2 structures proposant les deux. Huit organismes gestionnaires dont sept associations et une entreprise sont représentés. Ce nombre témoigne de la très grande diversité d'organismes gestionnaires sur un même territoire : en effet nous avons recensé une vingtaine d'associations gestionnaires différentes uniquement pour les structures du DNA et l'hébergement social (CHU, CHRS, HUAS) sur le département. Dans notre échantillon, finalement une seule association (G4) gère plusieurs (4) centres. Cette configuration a permis d'interroger les pratiques d'entraide, mutualisation inter-centres au sein d'une même association. Par ailleurs plusieurs centres sont situés sur la même communauté d'agglomération (de Melun) et deux centres diffus (CADA 3 et HUDA 3) ont des appartements sur des mêmes communes : des configurations intéressantes pour interroger l'existence de collaborations inter-associatives. Finalement la répartition géographique des centres enquêtés (cf. **Carte 4**) reflète assez bien la distribution de l'ensemble des places d'hébergement social sur le territoire (cf. **Carte 3**), et notamment les logiques de dispersion vers les territoires périurbains et ruraux.

2.2. Un protocole d'enquête particulièrement perturbé par la crise sanitaire

La démarche initialement pensée à la fin de l'année 2019 pour ce volet était la suivante : à partir d'un premier contact avec le ou la cheffe de service, il s'agissait de planifier pour chaque structure d'hébergement des entretiens avec les membres des équipes sociale, et selon les organisations des équipes, tout autre membre potentiellement impliqué dans l'accompagnement vers le soin des

hébergés (agent hôtelier ou bénévole par exemple)²¹. L'idée était aussi de demander, au moins pour certains, de réaliser quelques observations de la vie quotidienne et de l'accompagnement social et médico-social dans le centre, en assistant par exemple à des entretiens sociaux. En pratique, ce volet de l'enquête qui s'est déroulé entre avril 2020 et décembre 2021 a été fortement modifié par le contexte sanitaire, à la fois dans le calendrier et les modalités de l'enquête.

En février 2020, la prise de contact avec les responsables de centres avait abouti à la planification de plusieurs rencontres, sur les lieux d'hébergement, avec trois cheffes de service pour fin mars ou début avril 2020. Le contexte de confinement a inévitablement modifié les modalités d'enquête. Je fus d'abord confrontée aux réactions différentes des acteurs à ce contexte inédit. Alors que l'une des responsables me proposait d'effectuer notre entretien par téléphone et me mettre en contact avec une membre de l'équipe sociale, une autre préféra remettre la rencontre à plus tard, avec toute l'incertitude que revêtait la situation. Pour le troisième centre, toute rencontre fut annulée suite à la démission de la cheffe de service au cours de la période de confinement. À cette période, le manque de perspectives sur l'évolution des possibilités d'enquête m'a aussi amenée à repousser la prise de contacts avec de nouvelles structures d'hébergement. Je repris cette prise de contacts fin mai 2020, qui me permis d'organiser quelques entretiens individuels sur deux structures d'hébergement à l'été 2020. Dès septembre je fus cependant confrontée à la menace d'une nouvelle vague et à de nouvelles règles de distanciation sociale ou encore de la limitation de la circulation de l'accueil de publics dans les structures.

L'ensemble de la période entre mars 2020 et décembre 2021 fut marquée par une alternance de règles plus ou moins strictes relatives à l'accueil de public « non essentiel » dans les structures sanitaires et sociales, qui ont soit empêché mon accueil sur place, soit limité les interactions possibles. Dans les cas où je pus me rendre sur le lieu, je fus en effet confrontée aux reconfigurations provisoires mises en place dans le cadre de la lutte contre la pandémie : règles de circulations dans les espaces communs, fin de possibilités d'entretiens sociaux sans rendez-vous notamment. Si elles constituèrent un nouveau sujet dans les entretiens, ces reconfigurations des règles de vie et pratiques d'accompagnement social ont limité les interactions auxquelles je pouvais assister lorsque je venais pour rencontrer une équipe. Les règles visant à limiter les regroupements dans les espaces communs comme dans les bureaux ne m'ont pas permis d'effectuer des observations et notamment d'assister à des entretiens entre travailleurs sociaux et hébergés. Par ailleurs, la pandémie eut aussi un très fort impact sur l'intervention de bénévoles dans les équipes : pour la plupart des centres, les interventions de bénévoles furent complètement stoppées de mars 2020 à la fin de l'année 2021. Interdites pendant plusieurs mois, les équipes interrogées en 2021 ont témoigné de la difficulté à relancer les activités animées par les bénévoles.

Ce volet de l'enquête s'est donc finalement limité à des entretiens. Au total, 29 professionnels ont été interrogés, via des entretiens majoritairement individuels (cf. **Tableau 4**). J'ai la plupart du temps

²¹ Les équipes gestionnaires de structures d'hébergement sont généralement composées d'un ou une chef de service, responsable et coordinateur d'équipe, de travailleurs sociaux chargés de l'accompagnement dans les démarches administratives et sociales, et selon les structures et les dispositifs, du personnel effectuant des missions davantage logistiques. Les centres d'hébergement sont aussi nombreux à bénéficier de l'intervention de bénévoles pour l'animation de différentes activités (apprentissage du français, loisirs...) ou encore l'accompagnement physique vers des services.

effectué un entretien avec le ou la chef de service et, selon les équipes, l'ensemble ou une partie des travailleurs sociaux chargés de l'accompagnement social et administratif. Alors que quatre des onze dispositifs enquêtés sont gérés par la même association, j'ai également rencontré deux responsables du pôle départemental de ladite association en charge de la coordination des structures sur le territoire. Je fus aussi amenée à échanger avec une médiatrice-interprète et une juriste respectivement membres de l'équipe d'un HUDA et d'un CADA. Je n'ai finalement pas effectué d'entretiens avec des bénévoles, pour les raisons précitées.

Tableau 4. Personnes interrogées dans le cadre de l'enquête auprès des structures d'hébergement social. Synthèse par fonction occupée

Fonction	Nombre de personnes interrogées
Directrices et directeur de pôle d'association (coordination de plusieurs centres du territoire)	2
Responsables d'équipe/chefs de service	8
Travailleuses et travailleurs sociaux	16
Médiatrice-interprète	1
Juriste	1
Total	29

L'entretien avec le ou la cheffe de service a permis la caractérisation générale du centre (public accueilli, fonctionnement, équipe, durée moyenne de séjour...) et du rapport aux tutelles et orienteurs (OFII pour les centres du DNA, SIAO pour les centres de droit commun) ainsi qu'à l'ARS. Nous évoquons aussi les partenariats établis pour les différentes missions du dispositif et notamment l'accès aux soins, ainsi que les relations avec les autres centres d'hébergement du territoire. Les entretiens avec les travailleurs sociaux ont permis d'aborder plus précisément les pratiques d'ouverture des droits à la Sécurité sociale (relations avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), difficultés rencontrées dans les demandes), les pratiques de recours à des certificats médicaux de vulnérabilité, les différentes ressources en matière de santé pour orienter les hébergés selon leur situation administrative et les pathologies, les pratiques de suivi des résidents dans leur parcours de soin ou encore les possibilités de passer le relais lors de la sortie du dispositif. L'un des objectifs était de reconstituer avec les équipes la « carte », au moment de l'enquête, des ressources mobilisées dans l'accès aux soins, que cela soit pour le recours primaire aux soins avant couverture sociale que dans le recours secondaire. La grille d'entretien utilisée pour les membres d'équipes sociales d'hébergement sont visibles en annexe 4. Il s'agit d'une grille générique, qui a été systématiquement adaptée aux personnes interrogées et aux caractéristiques des dispositifs d'hébergement, notamment lors d'accueil en diffus ou d'organisations particulières des équipes.

Les configurations d'entretien ont été différentes pour tous les centres, du fait notamment de la variabilité des conditions sanitaires et donc d'enquête sur toute la période. Je réussis à me rendre sur cinq des huit centres d'hébergement collectif et sur les bureaux de l'équipes gérant le CADA4 et l'HUDA1 en diffus. Se déplacer sur les centres a permis de se rendre compte et expérimenter leur accessibilité par les transports en commun. Pour les quatre autres centres, je fis essentiellement des entretiens par téléphone ou vidéo. Au-delà du contexte sanitaire, ce sont aussi des variabilités dans l'organisation et la disponibilité des équipes qui ont donné lieu à des configurations différentes (cf. Chapitre 4). Par exemple, l'une des équipes de CADA fonctionne selon une répartition thématique des

missions entre les travailleuses sociales, dont une est dédiée essentiellement à l'accompagnement dans l'accès aux soins de tous les hébergés. Dans ce centre, je ne rencontrais donc qu'elle. Dans une autre structure, la cheffe de service me proposa de venir profiter des réunions d'équipe pour mener des entretiens collectifs et compléter des échanges individuels.

Ce second volet d'enquête, bien qu'il fût marqué par des incertitudes et un sentiment d'incomplétude, a finalement permis de rencontrer un nombre suffisant de professionnels pour explorer l'accompagnement dans l'accès aux soins des exilés depuis la mission d'hébergeur social, selon différentes configurations territoriales et l'articuler aux pratiques et discours des acteurs médico-sociaux.

3. La reconstitution de trajectoires de soins d'exilés, d'une volonté à un renoncement

Ce troisième volet de l'enquête de terrain avait pour ambition un travail de reconstitution de trajectoires de recours aux soins des personnes exilées vivant sur le territoire étudié. Alors que le matériel obtenu via les deux premiers volets visait à décrire l'évolution des dispositifs et des pratiques d'accompagnement médico-social, il s'agissait ici de comprendre comment les exilés font l'expérience des dispositifs, des logiques d'orientation dans le soin ou encore mobilisent d'autres ressources extérieures selon leurs situations résidentielles. Son ambition était aussi d'appréhender comment les trajectoires individuelles peuvent nous renseigner sur l'interdépendance des acteurs qui le sollicitent.

Ce volet a fait l'objet d'une méthode d'enquête appuyée sur des supports conçus pour recueillir les trajectoires de recours aux soins des d'exilés. Il a représenté un travail important de suivi. Toutefois, malgré l'engagement ethnographique à aller au bout de la démarche de suivi, je n'ai pas réussi à donner à ce matériel la place que je lui destinais initialement. Face à l'envergure et l'importance du matériel récolté dans le cas des deux autres volets de l'enquête, je fis progressivement le choix de renoncer à analyser ce matériel biographique. À la fin de l'enquête de terrain, malgré la réalisation des derniers entretiens de suivi, j'ai progressivement mis de côté ce matériel vers lequel je ne suis finalement jamais réellement retournée. C'est à la fois le temps et la méthode qui m'ont manqué. En effet, s'approprier ce matériel aurait supposé de s'emparer d'une littérature spécifique de l'analyse des parcours de vie dont je n'ai pas pris le temps de me saisir. Finalement ce matériel est très ponctuellement mobilisé dans la suite de la thèse, souvent pour illustrer des situations évoquées par des acteurs de la santé sociale, mais ne fait pas l'objet d'une réelle analyse. Il reste alors un matériel « en friche », ouvrant certainement des possibilités d'analyses intéressantes mais qui ne seront donc pas explorées ici. Au regard du travail qu'il a représenté, nous avons tout de même choisi de présenter brièvement sa méthodologie

3.1. Qui et où rencontrer des exilés ? intérêts et biais dans les choix et critères d'inclusion

La première étape de cette démarche a été de penser comment et où rencontrer des personnes exilées pour les inclure dans mon dispositif d'enquête. Au début de la fin de l'année 2019, j'envisageais alors trois possibilités d'entrées institutionnelles qui pouvaient me permettre de rencontrer des personnes dans des situations sociales et résidentielles variables, exposées à des ressources différentes en matière d'accès aux soins :

La première était d'interroger des personnes rencontrées via le RDS Sud, « acteur pivot » du système d'acteurs médico-sociaux étudiés. Cette possibilité invitait à reconstituer le parcours ayant mené jusqu'au RDS, constituant généralement le premier lieu de recours aux soins, puis suivre la personne dans son accès au reste du système de santé. Toutefois, elle ne permettait d'inclure que des personnes, qui par définition ont recours aux soins et exclut les personnes les plus éloignées du système de santé. La seconde était d'interroger des personnes rencontrées sur des lieux d'hébergement enquêtés. Si cette possibilité ne permettait d'inclure uniquement des personnes hébergées, excluant les personnes en marge des institutions, elle offrait la possibilité de comparer des trajectoires de soins de personnes dans les mêmes conditions résidentielles et d'explorer davantage les effets de l'hébergement sur le recours aux soins. La troisième était d'interroger des personnes rencontrées au sein de l'association caritative Secours solidaire où j'avais commencé à effectuer des observations. Comme évoqué rapidement plus haut, cette association accompagne dans leurs démarches sociales et administratives majoritairement des exilés vivant chez des tiers, ou dans des situations d'habitat précaire, parfois suite à des fins d'hébergement.

Cumuler ces trois modes d'inclusion paraissait une option intéressante bien que particulièrement ambitieuse au regard des deux autres volets d'enquête déjà initiés. Au cours de l'année 2020, le contexte sanitaire eut rapidement raison de moi. D'une part, le renoncement à des observations en structures d'hébergement dans le contexte de la crise sanitaire ne permettait plus de rencontrer des exilés depuis leur structure d'hébergement. D'autre part, la réorganisation de l'accueil du public par l'association Secours solidaire pendant de longs mois à partir de mars 2020 me fit abandonner cette option.

Je mis finalement en place un protocole d'inclusion avec le RDS Sud afin de rencontrer des personnes via sa consultation gratuite hebdomadaire. Le cadre de la consultation gratuite offre un cadre particulièrement intéressant : réservée aux personnes sans couverture sociale, elle accueille des patients majoritairement arrivés depuis moins d'un an sur le territoire et représente pour la plupart le premier contact direct avec le système de santé. Nous avons convenu avec l'équipe que j'assiste sur une période donnée à la consultation de façon à pouvoir repérer, entrer en contact et proposer à des patients de la consultation d'intégrer ce volet de mon enquête. Trois principaux critères ont guidé l'inclusion de personnes : être âgé de plus de 18 ans, être arrivé en France pour la première fois depuis moins de 18 mois, être en situation de demande d'asile. Le critère de l'âge fut lié à un choix de ne pas inclure les enfants soumis à l'autorité de leurs parents. Si la question des mineurs non accompagnés s'est posée, celle-ci présentait des enjeux juridiques. Le choix de s'intéresser à des primo-arrivants répond à la volonté de se concentrer sur le premier accueil et les premiers liens avec les services de santé. Enfin, le critère de la demande d'asile fut lié à l'entrée initiale de mon sujet par la demande d'asile et la volonté de décrire les dynamiques de recours corrélées à la procédure d'asile et aux conditions matérielles d'accueil : questionner le rôle de la SPADA dans l'accompagnement social et le soin ainsi que les ressources liées à une situation d'hébergement dans le DNA. Un autre critère qui s'imposa, plus que je ne le décidai vraiment, fut celui de la langue. Alors même que la question de la maîtrise du français, « la barrière de la langue » - pour reprendre les mots des professionnels enquêtés - apparaît comme un déterminant important de l'accès aux soins, je dus me limiter à l'inclusion de personnes francophones ou anglophones. Alors que je jugeais les applications de traduction inadaptées pour des entretiens biographiques, une option était l'interprétariat professionnel, par exemple via les

services par téléphone d'Interprétariat service migrants (ISM). Je me confrontais à leur prix. Une autre option, concernant le roumain uniquement, était de m'appuyer sur l'interprète embauchée au printemps 2020 par le RDS. Je n'ai finalement envisagé aucune de ces options : je me confrontais d'un côté au coût très élevé de l'interprétariat professionnel, de l'autre aux difficultés logistiques (en termes de disponibilité) et aux biais méthodologiques induits par la mobilisation de l'interprète du RDS pour mes propres recherches. Cette contrainte et l'absence de moyens déployés pour y remédier ne m'a donc pas permis d'inclure des personnes non francophones ou anglophones, en particulier des patients originaires de Moldavie, essentiellement russophones et roumanophones, qui ont pourtant représenté une part importante des personnes reçues à la consultation gratuite du RDS en 2020. De façon plus générale, je n'ai pu explorer les effets de la non maîtrise du français sur le recours aux soins du point de vue des exilés.

La reconstitution et le suivi de trajectoires de soins a concerné finalement 6 adultes en situation de demande d'asile, depuis leur arrivée sur le territoire français entre mai 2019 et juillet 2020, jusqu'au mois d'avril 2021. Elles ont été rencontrées pour la première fois entre juillet et octobre 2020 puis un suivi a été réalisé via des entretiens réguliers (entre 3 et 5 au total) jusqu'en décembre 2021 (cf. **Tableau 5**). J'ai effectué un total de 23 entretiens.

Tableau 5. Personnes suivies dans le cadre de la reconstitution de trajectoires de soin

ID	Année de naissance et nationalité	Arrivée en France	1 ^{er} entretien	Dernier entretien	Nb entretiens	Pathologie/evt de santé particulier
Mme A	1979, Congo Brazzaville	Janvier 2020	Juin 2020	Décembre 2021	5	Hypertension
Mr B	1989, Guinée Conakry	Mars 2020	Juillet 2020	Avril 2021	4	
Mr. C	1987, Mali	Mai 2019	Octobre 2020	Octobre 2021	4	Hépatite C
Mr D	1969, Congo Brazzaville	Novembre 2019	Septembre 2020	Septembre 2021	3	
Mr E	1987, Congo Kinshasa	Mars 2020	Octobre 2020	Juin 2021	3	Hypertension
Mme F	1993, Congo Kinshasa	Mars 2020	Octobre 2020	Septembre 2021	4	Grossesse entre avril 2020 et mars 2021

I. Siffert, enquête de terrain, 2023

Deux personnes sur les 6 sont liées entre elles. Mme. F attendait un bébé de Mr. E quand je les ai rencontrés tous les deux en octobre 2020. J'ai effectué un premier entretien commun puis des entretiens de suivi individuels. Trois autres suivis qui avaient été amorcés ont été interrompus après le premier entretien car perdus de vue (numéro plus attribué) ou car les personnes ont exprimé le souhait de ne pas continuer.

3.2. Un protocole méthodologique expérimental

Comme évoqué plus haut, la mise en relation avec les personnes rencontrées se faisait au moment de la consultation gratuite du RDS Sud, par l'intermédiaire d'une des infirmières. Dans un temps

d'attente, généralement entre la consultation avec le médecin et la remise des prescriptions par l'infirmière, je demandais à celle-ci de m'introduire très rapidement au patient avant de me laisser me présenter pendant qu'elle préparait les médicaments. Je présentais alors mon statut (étudiante en thèse de sciences sociales, accueillie par le réseau), mon sujet de recherche et ma démarche de reconstitution de parcours de soins. À ce stade je précisais déjà, sans rentrer dans le détail, le cadre totalement anonymisé et confidentiel de cette démarche. Le but de cette entrée en relation était de demander à la personne si elle était d'accord pour que je la recontacte pour un entretien dédié, et dans le cas d'une réponse positive, récupérer ses coordonnées téléphoniques. Je lui donnais en échange les miennes. Quelques temps après, je recontactais la personne pour convenir d'un premier entretien. À partir de cette mise en relation, la démarche d'enquête a consisté en une série d'entretiens biographiques : un entretien principal au moment de l'inclusion visant à reconstituer la trajectoire résidentielle et de recours aux soins depuis l'arrivée en France puis des entretiens de suivi (entre 2 et 4) sur environ une année dont la perspective était de revenir sur ce qu'il s'était passé depuis l'entretien précédent.

Pour la reconstitution biographique, je me suis appuyée sur les méthodes de la collecte de données biographiques en démographie et de la démarche des récits de vie (Bertaux, 2016, Vincent-Ponroy & Chevalier, 2018). Cette reconstitution biographique s'est appuyée sur une matrice chronologique permettant de recueillir les événements et principales informations des trois trajectoires mises en perspective : administrative, résidentielle, de soin. La matrice constituée s'inspire de la fiche AGEVEN (« de l'âge à l'événement ») utilisée en démographie pour reconstituer rétrospectivement les trajectoires biographiques (familiale, résidentielle, professionnelle) des individus à l'échelle des années calendaires (Antoine et al., 1987, Cottureau, 2015, Cavagnoud et al., 2019). Cependant, cette matrice que j'ai constituée est pensée à l'échelle temporelle du mois, dans une perspective d'une reconstitution plus détaillée du recours au soin et des conditions résidentielles depuis l'arrivée sur le territoire. Son point de départ est le mois de première entrée sur le territoire français (cf. **Figure 4**).

Figure 4. Matrice chronologique pour le recueil de données biographiques : parcours administratif, trajectoire résidentielle et trajectoire de soins

Arrivée en France:

NOM :

Date des entretiens :

A remplir à partir de l'arrivée sur le territoire français

Année de naissance :

Temps		Parcours administratif		Trajectoire résidentielle	Ressources			Trajectoire de soins			Autre événement important	
Mois	an	Etapes DA	Acteurs sollicités	Type d'hébergement, conditions, durée, ville	ADA	Autres ressources	Navigo	Situation droits	Evt de santé	RdV/CS	Orientations + traitement	

I. Siffert, 2020, conçue dans le cadre de l'enquête ethnographique

Cette matrice a été utilisée comme support dès le premier entretien, en appui d'un guide d'entretien visible en annexe 4. Celui-ci reprend l'essentiel des questions qui ont permis d'identifier les différents acteurs, des plus institutionnels aux plus informels, sollicités dans les démarches administratives, sociales et sanitaires. Pour la trajectoire résidentielle, il s'agissait surtout de caractériser les modalités d'accès à cet hébergement, les relations à l'hébergeur (dans le cas d'un particulier notamment), la mobilité depuis ce lieu d'hébergement. Il a fallu être particulièrement attentive aux premiers jours sur le territoire et aux périodes de transition entre des phases d'hébergement plus longues pouvant correspondre à des périodes de vie à la rue, pas toujours évoquées par les personnes. La reconstitution de la trajectoire de soins a constitué la partie la plus importante avec plusieurs objectifs : identifier des maladies chroniques qu'elles aient été diagnostiquées avant ou depuis l'arrivée en France, revenir sur des événements de santé (maladies courtes, malaises, blessures...), recueillir le parcours d'accès à la couverture sociale (acteurs sollicités, délais d'attente...) et surtout l'accès à des professionnels et services de santé. Comme pour les autres parties, je prenais le temps pour chaque acteur sollicité et rendez-vous de santé de savoir comment il avait été connu, la fréquence et la qualité des contacts, les orientations effectuées.

Les entretiens ont duré 1h en moyenne, variant de 40 minutes à 1h50. L'enjeu en matière de relation d'enquête était d'éviter un entretien trop directif comme peuvent ressembler des consultations médicales ou des rendez-vous administratifs appuyés sur un questionnaire très précis. En pratique, je me suis alors beaucoup distancée du guide d'entretien (que j'avais néanmoins en tête) et davantage appuyée sur la matrice chronologique. Celle-ci a été un support précieux pour rassembler des informations précises sur la temporalité des différents acteurs rencontrés et sollicités dans le cadre de l'accès au soin et à l'hébergement et effectuer le suivi. À l'image de l'extrait ci-dessous, lors des

entretiens de suivi, je pouvais facilement m'appuyer sur des rendez-vous de santé évoqués à l'entretien précédent, notamment ceux qui étaient planifiés mais n'avaient pas encore eu lieu.

« Enquêtrice : La dernière fois qu'on s'est vu, vous aviez un rdv programmé avec un médecin généraliste à Vaux-le-Pénil. Est-ce que cela a pu se faire ?

Mme A : Oui le rendez-vous s'est fait. Le médecin m'a renouvelé mon traitement et m'a donné un courrier pour consulter un cardiologue...

[... : échanges sur le rendez-vous de cardiologie]

Enquêtrice : D'accord, et au niveau du traitement vous avez ce qu'il faut ? Vous avez eu besoin de revoir le généraliste ?

Mme A : Le médecin généraliste de Vaux-le-Pénil m'avait renouvelé le traitement pour trois mois, donc je n'ai pas eu besoin de revoir le médecin encore. J'avais suffisamment, mais je vais avoir bientôt besoin. Mais il ne prend pas de nouveaux patients donc je dois trouver un autre. Aujourd'hui j'ai pris sur Doctolib un rendez-vous chez un médecin qui est à l'Almont, pour le 12 mars. C'est un médecin qui m'a été recommandé par une des dames qui habite avec moi ici, c'est son médecin traitant et elle a dit qu'elle acceptait les personnes avec la CMU. Je vais lui demander si elle peut être mon médecin traitant »²²

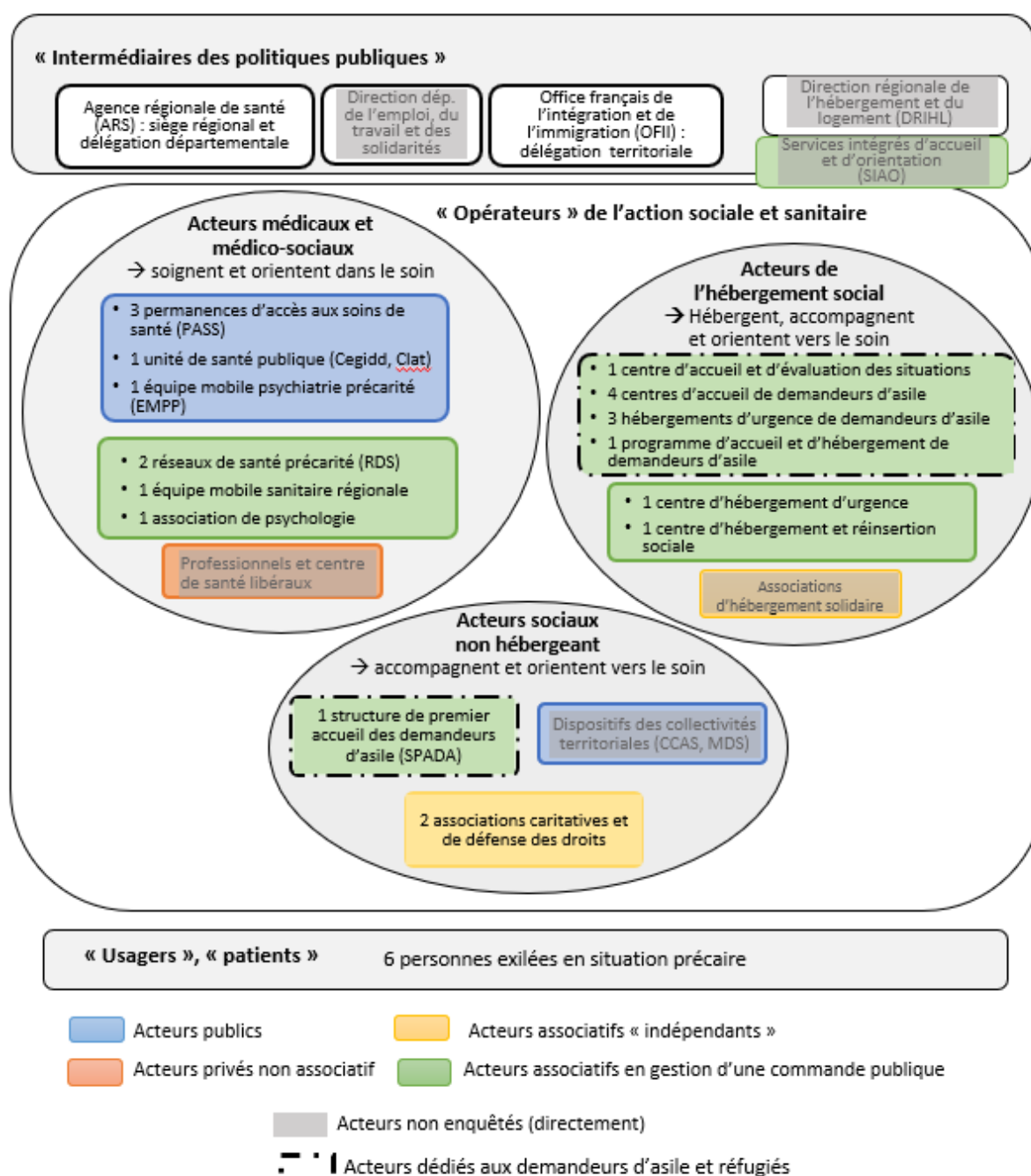
Cet extrait donne à voir comment pouvait s'enchaîner la reconstitution rétrospective du parcours de soin à partir de l'entretien précédent. On voit apparaître explicitement les liens entre le parcours résidentiel et le parcours de soin. Les méthodes biographiques reposent sur un travail du souvenir que le chercheur doit accompagner. Pour cela, il peut s'appuyer sur des questions d'aide à la remémoration. Dans mon cas ce sont par exemple des questions pour interroger l'existence de certaines problématiques de santé ou des rendez-vous moins spontanément évoqués : « *Est-ce que vous avez des problèmes de vue ?* » « *Vous avez été amenés à faire des vaccins depuis votre arrivée en France ?* », par exemple. Dans ce travail du souvenir, je fus marquée par la précision relative aux dates des rendez-vous administratifs et médicaux évoqués : la plupart des exilés interrogés étaient capables de me dire avec certitude les dates de leurs rendez-vous à la Préfecture, à la SPADA, les jours où ils avaient changé d'hébergement et de la plupart de leurs rendez-vous médicaux. Si on peut supposer un effort de mémoire des personnes interrogées face à ma démarche, ces souvenirs très précis laissent à supposer que ces rendez-vous sont des événements marquants et structurants du parcours de vie des personnes depuis leur arrivée sur le territoire. En effet, on sait que les événements relatifs à la demande d'asile, à l'accès à un titre de séjour sont associés à une charge émotionnelle forte, susceptible de réveiller des traumatismes (Nguyen, 2014). Il n'est alors pas étonnant que les personnes se souviennent du jour où ils ont obtenu une place dans un hébergement social ou au contraire se sont retrouvés à la rue suite à une fin d'hébergement institutionnel ou même personnelle. On peut aussi supposer que les rendez-vous médicaux qu'ils soient passés ou futurs agissent comme des dates repères dans le quotidien des individus. Du point de vue du chercheur, ces fortes capacités mémorielles permettent une reconstitution chronologique des événements particulièrement précise et fluide. Dans l'interrogation autour de ces événements, la difficulté fut davantage d'interroger les conditions et les interactions, le souvenir étant moins précis.

²² Extrait du 3^{ème} entretien avec Mme A., février 2021, sur son lieu d'hébergement.

Conclusion

Ce chapitre a tenté de restituer le cheminement de l'enquête de terrain multi-située menée pour reconstituer un système d'acteurs impliqués dans l'accueil des exilés afin d'en analyser ses (re)configurations. En guise de synthèse, la Figure 5 reprend l'ensemble du système d'acteurs enquêtés.

Figure 5. Synthèse des acteurs enquêtés



I.Siffert, 2023

Les trois volets d'enquête déployés pour aborder des acteurs aux positions différentes dans le système d'acteurs ont fait l'objet de méthodologies distinctes : entretiens et observations en partie participantes et plus ou moins répétées dans le volet 1, entretiens seulement dans le volet 2, entretiens biographiques répétés dans le volet 3. Pendant deux ans, j'ai circulé au sein de ce système d'acteurs, à la fois au sein et entre ces volets, alternant entre les différents types d'acteurs. C'est alors par cette circulation et cette diversité de méthodes que j'ai expérimenté la multi-positionnalité du chercheur sur un terrain d'enquête. En effet la diversité de configurations d'entretiens et d'observations a eu des vertus heuristiques pour mieux comprendre les relations entre acteurs, la variabilité des représentations et des pratiques au sein d'une même équipe, et entre différentes équipes. Nous avons aussi exploré différentes postures et contributions (cartographiques notamment) d'un chercheur en sciences sociales au sein de l'espace social qu'il étudie. Ce chapitre nous a permis d'aborder certains freins et limites dans une telle démarche de circulation entre acteurs : les asymétries dans l'engagement et la méthodologie ethnographique auprès des différents acteurs enquêtés, le nonaccès à certains acteurs ou encore les renoncements effectués, qui ont parfois alimenté un sentiment de dispersion dans mon propre cheminement.

L'engagement sur environ deux ans et demi m'a permis de suivre réellement l'évolution de certains acteurs dans le temps, au prisme de l'évolution du contexte social, sanitaire, et des politiques publiques. À ce titre, mettre fin à l'enquête de terrain n'a pas été simple. J'ai décidé d'arrêter les démarches de sollicitations d'entretiens pour les volets 1 et 2 à l'automne 2021. Parallèlement j'effectuais les derniers entretiens de suivi avec les exilés. En réalité, il y aurait eu du sens à poursuivre cette enquête. Je n'ai pas eu l'impression d'arriver à « saturation » de l'information, pour reprendre le terme utilisé en sciences sociales. La mise en place progressive des réformes du Ségur 2020, la lente sortie de la crise épidémique, et plus généralement les évolutions constantes des rapports et configurations entre acteurs locaux auraient pu justifier de poursuivre l'enquête. Je décidais de mettre fin à l'enquête de terrain avant tout par souci de me concentrer sur les analyses et la rédaction et me tenir à un calendrier davantage que par l'impression d'avoir atteint une saturation.

PARTIE 1

L'action médico-sociale territorialisée auprès des exilés en situation de précarité : regards sur un département périurbain francilien

L'ambition de cette première partie est de présenter le système d'acteurs impliqués dans l'accompagnement vers les soins des exilés en les replaçant dans les référentiels des politiques publiques et les moyens de leur mise en œuvre sur un territoire. Le terme de « référentiel » des politiques publiques est entendu ici comme « l'ensemble de prescriptions qui donnent du sens à un programme d'action publique en définissant des critères de choix et de modes de désignation des objectifs » (Müller, 2019). Comme l'écrit Pierre Müller « Les politiques publiques ne sont pas seulement des espaces où s'affrontent des acteurs en fonction de leurs intérêts, elles sont aussi le lieu où une société donnée construit son rapport au monde et donc les représentations qu'elle se donne pour comprendre et agir sur le réel tel qu'il est perçu. Chaque politique passe par la définition d'objectifs qui sont eux-mêmes définis à partir d'une représentation du problème, de ses conséquences et des solutions envisageables pour le résoudre ». Ainsi un référentiel articule un cadre cognitif, constitué de valeurs et de normes, et un cadre instrumental, qui définit des principes d'actions, des lois, des dispositifs, des règles. Quelles sont alors les logiques, valeurs et normes sous-jacentes à la promotion de la santé des exilés précaires ? Comment, dans sa construction comme problème public, cet objectif se confronte-t-il à ceux des politiques de contrôle des dépenses et des politiques migratoires ? Il s'agit également d'appréhender dans cette partie la mise en œuvre territorialisée des politiques publiques relatives à l'accès aux soins des exilés. Comment les acteurs de la santé sociale impliqués dans l'accès aux soins des exilés, acteurs médico-sociaux et acteurs de l'hébergement sont-ils organisés et répartis sur le territoire étudié ? Avec quels moyens ?

Cette grande partie est organisée en trois chapitres. Dans un premier temps, le chapitre 2 conduit une approche socio-historique de la construction de la santé des exilés comme problème public, politique et scientifique. Tout en replaçant les acteurs impliqués dans le soin des exilés précaires dans leur contexte social, spatial et temporel d'apparition, il analyse la tension entre « universalisme » et « ciblage » qui traverse la constitution de la santé comme problème public. Ensuite, le chapitre 3 replace les différents acteurs médico-sociaux dans le contexte économique et managérial de la nouvelle gestion publique. Centré sur les acteurs impliqués dans le recours primaire aux soins des exilés, il soulève les enjeux en matière de territorialisation et de coordination pour répondre à l'évolution des besoins en matière d'accès aux soins que supposent les politiques de dispersion des exilés. Alors que les chapitres 2 et 3 vont surtout nous permettre de caractériser les missions et moyens des acteurs médico-sociaux, le chapitre 4 est consacré aux acteurs de l'hébergement social et la manière dont ils portent la mission d'accompagnement dans le soin des exilés. Il analyse comment les équipes sociales d'hébergement se confrontent aux politiques d'hébergement des personnes vulnérables, s'organisent et se positionnent dans leur mission d'accueil et l'accompagnement vers le soin.

CHAPITRE 2

La construction de la santé des exilés comme problème médico-social.

Aucune question ne constitue un problème public *a priori*. Champ d'étude privilégié de la sociologie de l'action publique, l'émergence des problèmes publics est avant tout le résultat de processus de mobilisation et d'action collective. Elle repose sur l'intervention d'« entrepreneurs de causes », qui agissent pour définir les problèmes sociaux méritant d'être inscrits au débat public. La « mise à l'agenda » désigne ensuite le processus d'intégration des revendications dans les politiques publiques, à travers la programmation par les institutions représentantes du pouvoir public de réponses à la problématique identifiée. L'enjeu de ce chapitre est alors de retracer et analyser la construction de l'accès aux soins des exilés comme problème public de santé sociale. Si nous allons aborder la construction de cette question à l'échelle nationale, l'ambition parallèle de ce chapitre est aussi de resituer les acteurs étudiés dans leur contexte d'apparition. Dès lors, nous nous attarderons régulièrement sur le cas du territoire Seine-et-Marnais.

Comme l'écrivent Claude Gilbert et Emmanuel Henry, ce qui fait d'une question un problème de santé publique est son émergence en dehors du champ scientifique et interventionnel de la santé et de la médecine, pour intégrer d'une part d'autres « arènes » scientifiques et interventionnelles et, progressivement, les référentiels d'autres champs des politiques publiques (Gilbert & Henry, 2012). La mise à l'agenda politique d'un problème de santé publique est donc particulièrement associée à son évolution dans les arènes scientifiques. Nous allons voir que l'état de santé des exilés et leurs conditions de leur accès aux soins ont en effet d'abord été des préoccupations réservées au corps médical, bien qu'assez tôt formulées comme un problème politique relatif aux enjeux de régulation de l'immigration. Ainsi, nous allons voir comment le problème de l'accès aux soins des exilés s'est émancipé de la sphère médicale pour intéresser d'autres sciences, notamment les sciences sociales, et se construire sur les arènes publiques comme une problématique de l'exclusion.

Il ne s'agit pas de conduire ici une socio-histoire précise de la construction de la santé des exilés comme problème public, mais davantage d'en restituer les principales étapes et acteurs qui permettent de comprendre sa construction actuelle en France et sur le territoire étudié. Ainsi, nous nous appuyons sur les travaux de sociologie et anthropologie de la santé qui ont décrit d'une part l'évolution du regard scientifique sur la santé des exilés (Fassin, 2000a, Comiti & Patureau, 2005, Chambon, 2019), d'autre part la mobilisation pour l'accès aux soins des plus démunis (Parizot, 2000, Geeraert, 2017b, Schlegel, 2019), pour comprendre comment l'accès aux soins des exilés s'est construit comme un problème au carrefour de la santé publique et l'intervention sociale. Quels sont les acteurs, à la fois au niveau individuel et institutionnel, qui ont pensé, porté et politisé les liens entre santé, précarité et migrations ? Comment les approches et représentations scientifiques du corps et de la santé des étrangers, mais aussi leurs droits à l'accès aux soins, et les dispositifs de promotion de la santé ont-ils évolué ? Entre reconnaissance de vulnérabilités singulières et l'enjeu d'un accès universel au soin, ce chapitre démontre alors une tension structurelle entre universalisme et ciblage dans la construction de l'accès aux soins des exilés comme problème public.

Ce chapitre suit une structure partiellement chronologique. À partir des approches biomédicales qui ont forgé la prise en charge sanitaire des exilés, notre première partie retrace le processus de désingularisation de leur santé au cours du XX^{ème} siècle, et sa reconnaissance comme une problématique sociale. Partant, notre seconde partie s'attarde sur les instruments et dispositifs de l'action publique mis en place par les réformes de la lutte contre les exclusions au tournant du XXI^{ème} siècle (1990-2005) et qui constituent le socle des politiques contemporaines d'accès aux soins des populations précaires, notamment des exilés. Nous interrogeons alors leur rôle ambigu entre accueil et isolement des exilés dans le système de santé. Enfin notre dernière partie analyse l'évolution de la mise à l'agenda de l'accès aux soins des exilés à l'heure des politiques de dispersion territoriales et de l'affirmation des logiques de ciblage dans les politiques publiques.

1. De patients singuliers à exclus parmi d'autres, la progressive désingularisation de la santé des exilés au XX^{ème} siècle

Si elle cristallise aujourd'hui un intérêt croissant des sciences sociales et politiques, la problématique de la santé et l'accès aux soins des exilés en France a d'abord été un domaine réservé aux spécialistes de la santé. C'est à partir de la seconde moitié du siècle, à l'épreuve de nouvelles migrations précaires post seconde guerre mondiale puis de l'épidémie du sida que cette question fut progressivement reconnue et définie comme une question sociale, et parallèlement appropriée par les sciences sociales.

1.1. La santé des exilés au tournant du XX^{ème} siècle, un problème façonné par l'hygiénisme et le colonialisme

Retracée notamment par Didier Fassin (2000a, 2021), la construction de la santé des exilés dans les arènes médicales au début du XX^{ème} siècle est marquée par deux influences principales : la montée de l'hygiénisme et la médecine coloniale. Ces dernières auraient façonné des approches essentialistes du corps et de la santé des étrangers, les réduisant surtout à des risques sanitaires.

L'approche hygiéniste de la santé des exilés est forgée dans les premières décennies du XX^e siècle alors que les sociétés européennes sont traversées par plusieurs épidémies importantes comme la syphilis, la tuberculose, le choléra. Alors que la France connaît un recrutement croissant de travailleurs étrangers - Polonais, Italiens, Belges, Italiens en majorité – l'appréhension du risque épidémique qu'ils représentent va cristalliser une approche hygiéniste de leur santé et mener aux premières mesures de contrôle sanitaire de l'immigration. Comme l'a retracé l'historienne Virginie Barrusse, les années 1920 sont marquées par la construction sur la scène publique d'un « problème sanitaire de l'immigration » par la médecine hygiéniste (Barrusse, 2012). Cette expression est d'ailleurs celle d'un médecin hygiéniste, Léon Bernard, dans un article publié en 1925 dans *la Revue d'hygiène et de médecine préventive*, dans lequel il articule la question de l'état de santé des étrangers à celle de l'avenir de la nation et de la « race ». Dénonçant l'importance des hospitalisations d'étrangers, les maladies contagieuses portées par les étrangers, le discours hygiéniste de l'époque vise à mettre en garde contre les risques sanitaires que représentent les étrangers pour la société. Alors que les revues hygiénistes offrent des espaces de discussions, l'Académie de Médecine, par sa haute autorité, fait passer le débat dans la sphère publique et politique. Si les étrangers sont décrits comme une force de

travail et un potentiel d'accroissement démographique, les hygiénistes vont porter sur la scène politique la nécessité de contrôler l'état de santé de tout travailleur à l'arrivée sur le territoire. C'est ainsi qu'en 1927, une circulaire obligera tout contrat de travail d'un étranger à être accompagné d'un certificat médical attestant l'absence de pathologies infectieuses et de maladies mentales, et « l'aptitude physique au travail qui lui est demandé »²³. Dix ans plus tard, le maintien des débats par les hygiénistes aboutira à la mise en place en 1938 d'un carnet sanitaire mentionnant les maladies dont ils sont atteints et qu'ils pourraient contracter (Larbiou, 2006). Alors que le carnet de santé obligatoire de l'ensemble de la population n'existe pas encore, ce dispositif est donc spécifique aux étrangers. Il est alors le résultat de la mobilisation de la médecine hygiéniste soucieuse d'investir un autre champ d'expertise politique qu'est la régulation de l'immigration.

Conjointement à cette doctrine hygiéniste, l'approche médicale des exilés au début du siècle est influencée par la médecine et la recherche médicale menées dans les colonies françaises. Dans une approche que Didier Fassin qualifie alors de « tropicaliste », l'étranger est représenté comme importateur de nouvelles maladies (paludisme, tuberculose...) et sujet à développer des pathologies dites « d'adaptation » et « d'acquisition » lors de l'arrivée dans un nouveau pays (troubles dépressifs liés à l'éloignement, maladies infectieuses dont ils seraient moins protégés, infections sexuellement transmissibles). La notion de « santé des migrants » fait son apparition dans les manuels de médecine infectieuse et de parasitologie. Si cette approche tropicaliste a été forgée dans les instituts de médecine installés dans les colonies, elle a rapidement gagné la métropole. « La santé des migrants » devient un chapitre des manuels d'hygiène publique et de médecine tropicale, ce qu'elle restera longtemps²⁴ ; et les patients originaires d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine sont soignés dans les services de médecine tropicale, comme s'ils ne pouvaient relever des autres spécialités. Cette approche colonialiste qui a d'abord concerné le champ des pathologies infectieuses gagne aussi le champ de la santé mentale autour de considérations sur des troubles névrotiques spécifiques à certaines populations. Se développe une ethnopsychiatrie qui cherche dans les différences de « race » et dans la constitution du cerveau des explications aux souffrances psychiques des étrangers. C'est ainsi que l'école psychiatrique d'Alger développera une psychiatrie coloniale au service de théories raciales telles que le « primitivisme » ou « l'impulsivité criminelle de l'indigène nord-africain » (Porot & Arrii, 1932).

Selon Fassin, les approches hygiénistes et tropicalistes de la santé et du corps de l'étranger ont dominé la sphère médicale sur toute la première partie du siècle et n'ont jamais complètement disparu. Si elles se sont forgées au sein du corps médical, leurs articulations étroites avec des contextes et enjeux politiques, la domination coloniale et la gestion de l'immigration, suggèrent que la santé des exilés a toujours été une question politique. La construction du « problème sanitaire de l'immigration » dès les années 1920 montre qu'elle a très tôt pris place dans les forums de l'action publique. Toutefois, il apparaît que celle-ci est essentiellement articulée aux enjeux de régulation de l'immigration et n'est pas appréhendée comme une question sociale. Au contraire, ces approches différentialistes, déconnectées de l'inscription sociale de l'expérience migratoire (précarité

²³ Circulaire du 20 février 1927 du Sénat adressée aux consuls et aux postes frontières.

²⁴ Par exemple, nous avons retrouvé le lexique colonialiste des pathologies d'importation, d'acquisition et d'adaptation dans l'introduction de l'ouvrage *La santé des migrants* publié en 1972 par le comité médical et médico-social d'aide aux migrants.

résidentielle et économique, isolement social...) ont participé à confiner la santé des exilés comme une problématique de santé et de l'immigration. Il va falloir attendre la seconde partie du XX^{ème} siècle, marquée par une mobilisation progressive pour la lutte contre le nonaccès aux soins pour qu'elle soit formulée comme une problématique sociale.

1.2. Les exilés au cœur de la mobilisation associative contre l'exclusion des soins

La seconde moitié du XX^{ème} siècle est marquée par une mobilisation nouvelle, principalement associative, en faveur des personnes rencontrant des difficultés d'accès aux soins, dont notamment les exilés. Cette mobilisation est à replacer dans son contexte politique et démographique. Le contexte démographique est celui de l'après-guerre marqué par une croissance relativement importante de l'immigration, notamment des personnes déplacées par le conflit et des « travailleurs migrants » mobilisés dans la reconstruction du pays. Entre 1950 et 1960 l'Office nationale de l'immigration créé en 1945 introduit près de 900 000 travailleurs saisonniers ou permanents issus majoritairement de pays européens voisins (Chevalier, 1961) tandis que le nombre de réfugiés et apatrides accueillis sur le territoire est estimé à environ 180 000 en 1960 (Faidutti-Rudolph, 1962). L'autre élément de contexte relatif au système de soins est celui du retrait progressif de l'hôpital dans la prise en charge sanitaire des plus démunis. Alors que l'hôpital public, ou plutôt ses ancêtres, a historiquement porté une mission d'assistance aux plus pauvres (Dodier & Camus, 1997), la technisation de la médecine et le développement de logiques managériales dans le secteur de la santé au XX^{ème} siècle lui ont fait progressivement perdre ce rôle. Comme l'a restitué Isabelle Parizot (2003), dans les années 1950, les modalités d'accès à l'hôpital public sont transformées en profondeur sous l'effet de l'élargissement des systèmes de protection sociale et du progrès médical. L'hôpital public tel que défini dans la réforme hospitalière de 1970 recentre sa mission sur la gestion technique des maladies et institutionnalise une séparation entre la mission de soin médical et la prise en charge des problématiques sociales²⁵. En outre, à partir des années 1980, les enjeux de maîtrise des dépenses de santé redoublées par la crise économique des années 1970 alimentent des logiques de rationalisation des coûts. Les personnes en situation de précarité non éligibles à la Sécurité sociale et ne présentant pas les moyens de financer leurs soins sont perçues comme une menace pour le budget hospitalier et en sont progressivement écartés (Parizot, 2003). C'est alors face à ce double contexte que des acteurs associatifs vont s'engager pour l'accès aux soins des exilés précaires, et vont participer à formuler la question de leur santé comme une problématique de la précarité. Chronologiquement sont d'abord apparues des initiatives dédiées aux exilés, qui se sont intéressées notamment aux conséquences psychiques de l'exil, rejointe peu après par des mobilisations plus universalistes, issues notamment de l'action humanitaire.

1.2.1. La cause médicale des réfugiés politiques

Dès les années 1950, l'accueil de déplacés de guerre issus de camps de prisonniers ou fuyant leurs pays cristallise des interrogations nouvelles : comment soigner ces personnes déracinées, éloignées de leurs familles pour certains, et qui ont pour partie vécu des violences de guerre. À l'épreuve du

²⁵ La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière définit les hôpitaux comme établissements publics de santé et restreint la mission de l'hôpital public au domaine médical.

déplacement contraint, pour certains du deuil et de la dispersion des familles, des difficultés d'insertion, beaucoup d'entre eux sont dans un état de santé dégradé et connaissent notamment d'importantes souffrances psychiques. Comme l'on déjà analysé les travaux d'Estelle D'Halluin et Didier Fassin (Fassin & d'Halluin, 2007, D'Halluin, 2012), les premières mobilisations associatives des années 1950 se cristallisent notamment autour de la prise en charge de ces souffrances traumatiques. L'une des plus anciennes est un centre médico-psychologique nommé dispensaire Tiomkin ouvert à Paris en 1951 par le psychiatre d'origine polonaise Eugene Minkowski. Avec le soutien financier du Service Social d'Aide aux Emigrés, ce centre assure des consultations en français, allemand, russe et polonais pour adultes et enfants placés sous protection internationale. Du fait de sa tutelle financière, le centre ne reçoit alors que des personnes reconnues officiellement comme réfugiées. Rapidement le centre cherche néanmoins à ouvrir ses consultations à d'autres catégories d'exilés, notamment les travailleurs migrants, de plus en plus nombreux et souvent en situation de précarité et d'isolement. En 1962 sera alors créée l'association Française Minkowska qui va permettre de récolter des fonds et créer le centre Minkowska qui va élargir son accueil à l'ensemble des exilés en situation de souffrance psychologique. Quelques années plus tard, en 1979, est créé en région parisienne le Comité d'orientation médicale pour les exilés (Comede) qui ouvre un centre de consultations médico-psychologiques. La création du Comede est le fruit de la collaboration de trois associations : la Cimade (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) tout juste créé (1977) qui se définit comme une association de soutien aux demandeurs d'asile et réfugiés politiques. Du fait de ses origines, l'association accueille majoritairement des personnes qui ont subi des violences et/ou fui leurs pays pour raison politique. Elle se spécialise dans le soutien administratif des individus dans leurs démarches d'accès aux droits et la prise en charge des conséquences traumatiques liées à l'expérience de l'exil, et notamment de la violence. En 1985, à Paris toujours, un médecin transfuge du Comede créera l'association pour les victimes de la répression en exil (l'AVRE) dédiée à l'accompagnement médicale des personnes victimes de tortures et de répression politique.

Le Centre Minkowska, le Comede, l'Avre et d'autres initiatives associatives qui vont suivre²⁶ incarnent le développement d'une psychiatrie tournée sur la prise en charge des psycho-traumatismes liés à l'exil. Leur clinique s'appuie sur l'affirmation de la catégorie du traumatisme en psychiatrie, et notamment la reconnaissance de l'état de stress post-traumatique (ESPT) dans la catégorie des troubles anxieux du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux en 1980. En termes d'approches, ces associations vont être porteuses, aux côtés de quelques institutions hospitalières, d'approches culturelles en psychiatrie. Elles proposent un renouveau de l'ethnopsychiatrie, éloigné des approches coloniales, à travers le développement de consultations dites « transculturelles » qui impliquent la collaboration de psychiatres et d'anthropologues (Crenn, 2000). Cependant ces approches transculturelles divisent entre ceux qui défendent les apports de l'analyse culturelle des troubles psychiques des populations migrantes et ceux qui mettent en garde face à une lecture culturaliste, c'est-à-dire une surinterprétation culturelle des problèmes de santé des étrangers (Rechtman, 2000). Au milieu des années 1980, l'histoire de la gestion du saturnisme infantile chez les

²⁶ Notamment le centre Primo Levi à Paris en 1995, dédié aux victimes de tortures et de répression politique ; Osiris à Marseille en 1999, association de soutien thérapeutique aux victimes de torture et de répression politique ; Mana à Bordeaux en 1999 proposant des consultations transculturelles à destination des populations exilées.

enfants de populations immigrées vivant dans des logements précaires parisiens sera érigée comme un exemple emblématique des risques de surinterprétation culturelle des inégalités de santé (Naudé, 2000)²⁷.

L'autre problématique qui cristallise une mobilisation associative est la problématique de la communication des exilés non-francophones avec les professionnels de santé. Des initiatives apparaissent à Paris avec la création en 1970 d'Inter Service Migrant (ISM) et dans les régions transfrontalières qui connaissent un accueil important de travailleurs migrants. Ainsi en 1975 est fondé à Strasbourg le Groupe médico-social d'aide aux migrants, pour répondre notamment aux difficultés de prise en charge sanitaire des travailleurs turcs. L'association devenue Migrations santé Alsace fut alors pionnière dans le développement de l'interprétariat en santé en proposant des accompagnements des exilés non francophones par des interprètes d'abord bénévoles puis professionnels. Quelques années plus tard, en 1984 est créé à Nantes une association aux objectifs similaires, l'association Santé Migrants de Loire-Atlantique qui met des interprètes à disposition des services de santé. Ces trois associations toujours existantes demeurent aujourd'hui, aux côtés d'autres plus récentes, très mobilisées dans le développement de l'interprétariat en santé.

Ces associations spécialisées montrent comment la mobilisation pour la cause médicale des exilés dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle s'est cristallisée autour de deux principales thématiques : d'une part la réponse aux souffrances psychiques, et en particulier ceux liés à l'expérience de la violence dans l'exil, d'autre part la problématique de la communication dans l'accès aux soins. Nous verrons que ces problématiques structurent encore largement la cause médicale des exilés. Par ailleurs ces associations ne font pas que proposer des consultations ou leurs services et effectuent (déjà) un travail de plaidoyer. Le Comede en particulier, dont les fondateurs sont insérés dans un tissu associatif militant, s'engage aux côtés des associations de défense des droits des étrangers pour dénoncer l'inaction des pouvoirs publics au regard des difficultés d'accès aux soins des exilés. À la fin des années 1980, ces associations pionnières dans la mobilisation pour les exilés précaires vont se voir rejoindre par d'autres acteurs associatifs engagés dans la lutte contre le non-accès aux soins des plus démunis et qui vont grandement participer à faire reconnaître les exilés comme des exclus du système de santé.

1.2.2. Les exilés dans la mobilisation humanitaire nationale contre l'exclusion des soins

Ces acteurs associatifs sont notamment des missions françaises d'ONG internationales originellement investies auprès de pays en guerre ou affectés par des catastrophes naturelles. Connues pour leur engagement international dans les pays en crise, Médecins du Monde (MDM) et Médecins Sans Frontière (MSF) ouvrent respectivement en 1986 et 1987 leurs premiers centres de soins gratuits à Paris puis dans plusieurs grandes villes françaises. Ces associations ciblent les « exclus du soin » (Parizot, 2003), c'est à-dire les personnes non éligibles à l'un des régimes de la sécurité sociale ou qui

²⁷ A Paris, dans les années 1980, le diagnostic de saturnisme infantile est posé chez une centaine d'enfants dont 85% sont originaires d'Afrique subsaharienne. Alors qu'une enquête fait ressortir l'insalubrité à l'origine de l'intoxication au plomb, des psychiatres expliquent la surreprésentation de cette maladie dans la population immigrée par l'existence de pratiques géophagiques dans les cultures africaines : les enfants, par mimétisme parental, s'empoisonneraient en ingurgitant des poussières contenant les fragments de peinture au plomb. Pendant de nombreuses années, cette surinterprétation culturelle finalement largement démentie, a participé à ralentir la reconnaissance du saturnisme infantile comme une maladie essentiellement liée à l'habitat insalubre.

ne peuvent avancer les frais de santé. Rappelons qu'à l'époque, l'accès à la Sécurité sociale est conditionné par le fait de travailler, de façon régulière. Les autres peuvent recourir à l'Aide médicale gratuite (AMG), qui est gérée au niveau départemental : il faut alors demander au département des « bons d'AMG » pour bénéficier d'une consultation. En pratique, la complexité et les dysfonctionnements dans l'obtention de ces bons amènent à d'importants renoncements aux soins. On retrouve alors dans les files actives des dispositifs de soins gratuits ces « nouvelles figures de la pauvreté » (Paugam, 1991) issues de la dégradation du marché de l'emploi et la crise de l'État - Providence depuis le milieu des années 1970 : jeunes sans emploi, chômeurs en fin de droits, travailleurs non déclarés, anciennes mères aux foyers divorcées, travailleurs du sexe, toxicomanes etc...dont certains sont étrangers. Si ces missions France identifient les étrangers comme des populations particulièrement exposées au non-recours aux soins, ils ne constituent pas ni la raison d'être ni des cibles particulières de cette mobilisation. Au contraire, la mise en place de missions nationales par ces organisations d'abord internationales repose sur le constat qu'il n'y a pas besoin de passer des frontières pour trouver des personnes en situation de grande précarité et qu'il y a aussi, sur le territoire français, beaucoup de personnes en situation de non-recours aux soins. Par ailleurs, un constat fait par ces centres est que les étrangers ne souffrent pas de pathologies spécifiques si ce n'est celles qui sont associées à la grande précarité (Mizrahi & Mizrahi, 2000). Elles vont ainsi participer à dé-spécifier les représentations de la santé des étrangers dans le monde médical. Si on retrouve une part importante d'étrangers dans ces centres de soins gratuits, du fait notamment de leurs difficultés d'accès à la Sécurité sociale (cf. *infra*), celle-ci varie énormément d'un centre à l'autre selon leur implantation. Par exemple en 1998 dans les centres de Médecins du monde, la proportion d'étrangers variait de 5 % à la Rochelle à 87 % à Gennevilliers (*Ibid.*). Pour ces associations, les étrangers sont en quelque sorte des exclus parmi d'autres.

Ce qui caractérise ces associations est aussi leur forte visibilité politique et médiatique, via des figures emblématiques qui ont intégré les forums politiques. Ces figures sont essentiellement des médecins qui s'appuient sur leur forte expérience de la médecine humanitaire pour s'engager politiquement. L'un des plus emblématiques est sans doute Bernard Kouchner : médecin, co-fondateur de MSF et de MDM, premier président de MDM, et qui va s'engager en politiques aux côtés du parti socialiste. En 1988, il est nommé secrétaire d'État chargé de l'insertion sociale dans le premier gouvernement Rocard, ce qui marquera le début d'une longue carrière politique, en tant que ministre de la santé notamment. D'autres présidents de Médecins du Monde ont eu un rôle majeur dans la mise à l'agenda politique de la lutte contre l'exclusion des soins : par exemple Patrick Aeberhard qui fut conseiller au cabinet de Kouchner pendant de nombreuses années, ou encore Jacques Lebas qui a eu un rôle majeur dans la création des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) à l'hôpital (cf. *infra*). En constituant des arènes de discussion dans le monde médical tout en intégrant les forums publics décisionnels, ces figures se sont faites à la fois entrepreneurs de cause et « passeurs des normes du soin de la précarité » (Geeraert, 2020).

Toutefois, si elles ont eu un rôle majeur dans la mise en visibilité nationale de la lutte contre l'exclusion des soins, ces mobilisations associatives en faveur de l'accès aux soins des précaires se concentrent essentiellement dans les grandes villes. En 1991, la mission France de MDM dispose de 24 Caso implantés dans des grandes et moyennes villes : Paris, Gennevilliers (Seine-Saint-Denis), Marseille, Toulouse, Bordeaux, le Havre, Lyon, Strasbourg, Nantes, Rouen, Nice,

Grenoble,...(Martin, 2020). De la même façon, les antennes de MSF sont implantées à Paris, Lyon, Bordeaux et Marseille, avec deux centres de soins gratuits à Paris et Marseille (Binet & Saulnier, 2019)²⁸. De même, les associations plus spécialisées dans le soin des exilés que nous avons évoquées sont essentiellement situées dans les grandes villes et notamment la capitale. Au début des années 1990, c'est alors le contexte de la lutte contre l'épidémie de sida qui va participer à une reterritorialisation de l'action sanitaire et sociale auprès des populations les plus éloignées du système de santé, et notamment des exilés en situation de précarité.

1.3. L'épidémie de sida, un tournant politique et territorial dans la représentation et le soin des exilés

1.3.1. Les exilés dans l'épidémie du sida, entre vecteurs, invisibles et vulnérables

La place des exilés dans les premières décennies de l'épidémie du sida a fait l'objet d'un traitement complexe et paradoxale par les politiques publiques. D'un côté, à l'aune des approches hygiénistes de la santé l'étrangers décrites plus haut, les exilés ont dès le début été caractérisés comme des vecteurs de l'infection. Dans la recherche scientifique comme dans l'opinion publique, les recherches d'explication à propos de la genèse et de la propagation de la maladie ont partout mis en cause les étrangers, notamment originaires d'Afrique où l'épidémie serait apparue (Farmer, 1992 ; Fassin, 1996). Les étrangers sont dénoncés comme vecteurs de l'infection et les migrations comme facteurs de transmission, conduisant à des formes diverses de stigmatisation ou d'exclusion. De l'autre côté, comme le dénoncerons plusieurs médecins et chercheurs (Fassin, 1999 ; Lot, 2000 ; Simon, 2002) alors que de nombreux étrangers semblent touchés par la maladie, cette surreprésentation a longtemps été invisibilisés par les statistiques épidémiologiques. Sur-visibilisés comme vecteurs, les étrangers ont été invisibilisés comme malades. Pour Didier Fassin, ce paradoxe est lié à la difficulté de penser la surreprésentation des étrangers dans l'épidémie en termes sociologiques : « dans le refus de substantier l'origine en la présentant comme une variable explicative » (Fassin, 1999). Quoiqu'il en soit, cette invisibilisation a contribué à détourner le regard de l'exposition particulière des exilés, et notamment les plus précaires, retarder les réponses en matière de prévention et justifier une approche sécuritaire sur les étrangers malades (Izambert, 2018).

Ce regard sécuritaire sur les étrangers s'est traduit du côté des politiques d'immigration par la (ré)activation des mesures hygiénistes de contrôle sanitaire de l'immigration : la mise en place d'un test obligatoire et surtout des procédures d'expulsions des étrangers malades. Des travaux ont alors décrit le rôle de la mobilisation associative comme Act Up, Aides (spécialisées sur la cause du sida) mais aussi les associations médico-sociales comme le Comede, MSF ou MDM dans la lutte contre les mesures restrictives et le changement de regard des autorités sanitaires sur les étrangers malades (Izambert, 2014, 2018, Saout, 2015, Musso, 2016). Malgré l'invisibilité des étrangers dans statistiques de santé, ces associations médico-sociales qui sont nombreuses à porter des dispositifs de prévention vont porter un regard attentif sur les étrangers précaires. En 1991, plusieurs associations forment un collectif interassociatif, l'Admef (Action pour les Droits des Malades Étrangers en France), qui fait

²⁸ En 2020 MSF compte aussi des antennes régionales à Nantes, Reims, Strasbourg, Toulouse et la Réunion.

pression auprès des pouvoirs publics pour la régularisation des étrangers gravement malades et mène entre autres des actions dans les aéroports pour empêcher des expulsions. Ces associations obtiendront en 1996 le principe de non-expulsion des personnes gravement malades puis en 1998 la création du titre de séjour « étranger malade ». Ce titre de séjour apparaît comme l'aboutissement d'un processus par lequel exilés malades du sida sont passés de vecteurs de contamination à patients vulnérables à prendre en charge (Izambert, 2014). À partir de la fin des années 1990, la production de données statistiques sur les étrangers dans l'épidémie va également participer à rendre les autorités moins aveugles face aux inégalités de santé : l'épidémie joue un rôle de révélateur des mécanismes de ségrégations sociales et institutionnelles.

1.3.2. Les réseaux ville-hôpital, une reconfiguration territoriale dans l'accès aux soins des précaires

Si les premières initiatives dédiées à la lutte contre le sida ont été parisiennes, la mobilisation dans la lutte contre le sida va opérer une nouvelle mobilisation plus diffuse sur le territoire avec la création des réseaux ville-hôpital (RVH). Ces dispositifs singuliers, qui ont représenté les premières formes de réseaux de santé contemporains, sont des structures associatives de loi 1901 issus de la mobilisation de praticiens hospitaliers, libéraux, et professionnels de l'action sociale face aux défaillances de l'action publique dans la prise en charge des patients atteints du sida vivant en situation de précarité. Comme leur nom l'indique, leur vocation est de mieux accompagner des malades dans leur parcours de soins entre l'hôpital et la ville, notamment appuyer les médecins de ville dans le suivi de patients atteints du sida (Defert et al., 2005). Leur approche repose sur une prise en charge pluriprofessionnelle - médecins hospitaliers et de ville, infirmiers, pharmaciens, mais aussi travailleurs sociaux - dans le but de répondre conjointement aux besoins médicaux et sociaux des patients. S'ils sont dédiés à l'ensemble des malades du sida, ils ciblent en particulier les populations marginalisées mal prises en charge par les services publics, comme les usagers de drogues, les travailleurs du sexe, les sortants de prisons... parmi lesquels figurent là encore des exilés précaires.

Les RVH vont prendre des formes diverses selon les contextes locaux mais reposent sur un même principe de partenariat entre un établissement hospitalier et des professionnels de santé et de l'action sociale regroupés en association. Surtout, ils vont être les premières initiatives associatives en matière de promotion de la santé des plus démunis à s'ouvrir sur l'ensemble du territoire. Là où les centres de santé des ONG existent essentiellement dans les grandes villes, les RVH s'implantent très rapidement partout sur le territoire national, autour des centres hospitaliers. De 20 en 1992, ils sont 73 en 1995, 125 en 1997 (Bungener & Poisson-Salomon, 1998). Ils sont installés dans les principales villes françaises (Lyon, Strasbourg, Bordeaux, Nice, Marseille, Rennes, Nantes...), en banlieue de grandes villes (24 en région francilienne hors Paris en 1995) mais aussi de nombreuses petites et moyennes villes sur l'ensemble du territoire, telles que Tourcoing, Niort, Chambéry, Tarbes, Montauban, Chartre, Avignon, Quimper, Caluire, Aignan...etc²⁹. Les RVH incarnent ainsi à la fois une mobilisation nationale et « une approche localiste » (Fassin, 1994) de la prise en charge des malades

²⁹ Plus précisément, sur les 73 RVH en 1995, 29 sont en Île-de-France dont 5 à Paris, 13 en petite couronne, 11 en grande couronne, 39 sont en régions de France métropolitaine et 5 sur un territoire d'Outre-mer. Données de la mission Sida de la Direction des hôpitaux, publiées dans les actes de la 2ème rencontre nationale des réseaux ville-hôpital (Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville & Direction des hôpitaux, 1995).

du sida, pour un accompagnement de proximité. Le département de Seine-et-Marne va connaître l'installation de deux RVH. Un premier est créé dans le sud du département en 1991 en collaboration avec l'hôpital de Melun, puis un second en 1996 dans le Nord, en partenariat avec l'hôpital de Marne-la-Vallée. Des professionnels de santé et travailleurs sociaux organisent des actions de repérage de personnes en situation de précarité pour réaliser de la prévention et mettent en place un dispositif de réduction des risques (programmes d'échanges de seringues, distribution de matériel, de préservatif...) dès 1993 dans plusieurs communes du territoire. Ce sont ces réseaux ville-hôpital qui sont aujourd'hui devenu les réseaux de santé précarité que nous avons étudiés.

Si les réseaux ville-hôpital sont nés en tant qu'acteurs de la lutte contre le sida, ils ont en réalité rapidement élargi leur mobilisation bien au-delà de l'épidémie. Les personnes reçues sont majoritairement des personnes en situation de grande précarité, non couvertes par la sécurité sociale et qui cumulent d'autres problématiques de santé, souvent d'addiction. Ce sont des patients dont la maladie s'inscrit dans une précarité multiforme. Ainsi la reconnaissance d'enjeux d'accès aux soins des patients bien au-delà de la seule problématique du VIH va inviter ces réseaux à élargir leurs approches, d'autant que l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux va progressivement faciliter la prise en charge du sida. En Seine-et-Marne, dès la fin des années 1990 les deux réseaux élargissent leurs activités auprès des populations en situation de précarité dans une mission plus globale d'aide à l'accès aux soins des populations précaires. Le réseau Sud en particulier intègre dès 1997 une initiative de consultation gratuite portée par un groupe de médecins, pharmaciens et travailleurs sociaux du territoire qui est dédiée aux patients non couverts par la sécurité sociale. Cette consultation appelée localement « La Préca » accueille une vingtaine de patients une fois par semaine. Assurée par une vingtaine de bénévoles se relayant chaque semaine, elle repose sur un accueil médico-social pluriprofessionnel : « La première idée était de se mobiliser pour les personnes en situation de précarité, nous qui étions des médecins libéraux, sous forme de bénévolat, pour faciliter leur accès aux soins. La deuxième idée était d'associer le social et le médical pour leur permettre d'accéder au droit commun, par l'intermédiaire des travailleurs sociaux » raconte l'un des médecins fondateurs dans un ouvrage publié à l'occasion du vingtième anniversaire de la consultation (Taieb et al., 2018, p. 14).

Cette initiative fait converger les réseaux ville-hôpital avec un autre phénomène émergent des années 1990 : l'apparition des consultations gratuites à l'hôpital. Comme l'ont écrit eux-mêmes les fondateurs dans l'ouvrage précité, la mise en œuvre de « la Préca » s'inspire très directement de la « consultation Beudelaire » de l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Cette consultation gratuite créée en 1992 à l'initiative de Jacques Lebas, ancien président de Médecins du Monde (cf. *supra*), se veut comme « une importation des CASO au sein du monde hospitalier » (Lebas et al., 2012). Rapidement érigée comme symbole de la (ré)affirmation du rôle de l'hôpital dans l'accueil des plus démunis, elle fut la première d'une série de consultations gratuites en milieu hospitalier. En 1993, la première circulaire Veil³⁰ rappelle l'obligation de soins des établissements publics de santé et invite à la création de « cellules d'accueil spécialisées » destinées aux plus démunis. Très rapidement d'autres consultations précarité se mettent alors en place dans d'autres hôpitaux parisiens (Lariboisière, Bichat, Jean-Verdier, Saint-Louis, Bicêtre...) et certaines grandes villes comme Bordeaux, Toulouse, Nantes

³⁰ 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

(Peslin et al., 2001). Quelques années plus tard, ce sont ces initiatives de consultations hospitalières gratuites qui seront institutionnalisées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998 sous le nom de permanences d'accès aux soins de santé.

1.4. Vers une approche épidémiologique et sociale de la santé des exilés

Au-delà de la mobilisation de nouveaux acteurs, l'épidémie du sida et les inégalités de santé qu'elle a révélées ont participé à affirmer une approche sociale des inégalités de santé liées à la migration et accélérer un décloisonnement disciplinaire de la question de la santé des exilés.

D'abord, comme évoqué plus haut, l'épidémie de sida a révélé des enjeux dans la production de statistiques sur l'état de santé des étrangers. Au tournant des années 2000, plusieurs chercheurs ont alors insisté sur l'importance de la distinction selon l'origine dans la production de données sur l'état de santé des populations étrangères, s'immisçant dans le débat des statistiques ethniques qui traverse à l'époque l'ensemble des sciences sociales et politiques. Didier Fassin (1998), mais aussi Patrick Simon (2002, 2004) à l'Ined, Augustin Gilloire (2002) au CNRS font partie de ceux qui considèrent les carences de l'appareil statistique relativement aux origines comme un frein à l'analyse des conditions d'existence des populations, des inégalités et des potentielles discriminations auxquelles les étrangers sont confrontés, dans la santé comme dans l'accès à d'autres droits. Ils défendent l'intérêt d'introduire des variables sur l'origine pour les mettre en relation avec des variables socio-économiques. Parallèlement, l'état de santé des personnes migrantes fait l'objet d'une multiplication de travaux au croisement des sciences médicales et sociales. Des études analysant une prévalence particulièrement importante à certaines pathologies, le VIH (Lot, 2000, Lert & Doré, 2002) mais aussi les hépatites, la tuberculose (Antoun et al., 2003, Lot et al., 2012), le diabète (Bihan, 2007), ont participé à démontrer comment la vulnérabilité particulière des exilés, à la fois dans l'exposition au risque et dans l'évolution des pathologies, est essentiellement associée aux conditions de vie et d'accès aux soins (accès insuffisant à la prévention et aux traitements, retards importants de dépistage...). Des travaux décrivant les patients des dispositifs de soins gratuits ont également mis en évidence de faibles différences en matière de problématiques de santé observées entre étrangers et nationaux. (Mizrahi & Mizrahi, 2000, Parizot & Chauvin, 2003). Là encore les différences observées relèvent davantage des conditions de vie des populations. Par exemple, les exilés vivent moins souvent à la rue mais davantage dans des conditions résidentielles dégradées (logements insalubres, mauvaises conditions d'hygiène...) (Mizrahi & Mizrahi, 2000).

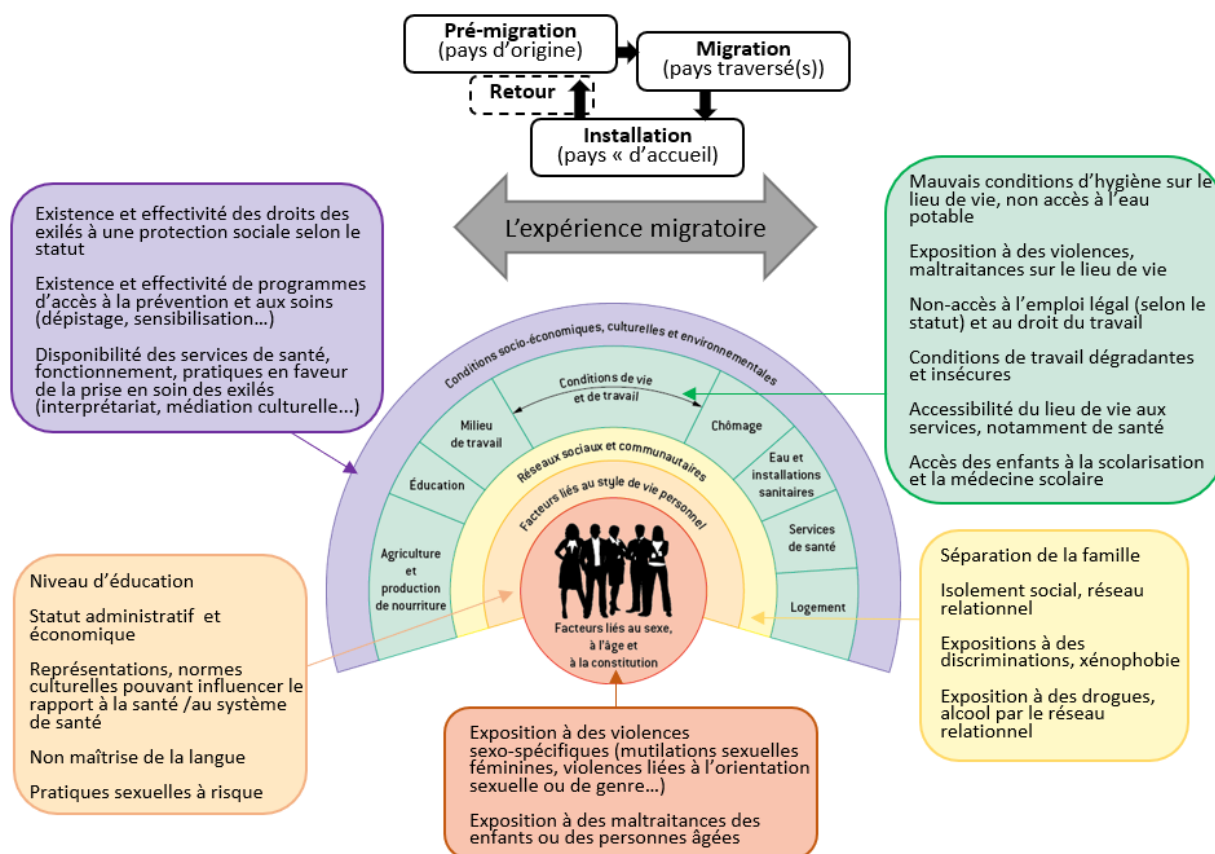
Dans de nombreux pays d'Europe mais aussi au Canada et aux États Unis, plusieurs études épidémiologiques sur l'état de santé des étrangers vont même faire le constat que la population migrante serait en moyenne en meilleure santé que la population native et ce, quels que soient les indicateurs utilisés pour mesurer l'état de santé. (Chen et al., 1996, Ali et al., 2004, McDonald & Kennedy, 2004). L'analyse de ces inégalités de santé, parfois présentées comme un « paradoxe épidémiologique » ont mené à l'hypothèse d'une sélection des candidats à la migration : les personnes migrantes, bien qu'issues de pays moins favorisées que les pays d'accueil, représenteraient une population sélectionnée en termes de capacités physiques, mentales et économiques leur permettant de migrer. Cette théorie entendue sous le nom de « l'effet de l'immigrant en bonne santé » (*Healthy migrant effect*) a toujours été beaucoup discutée dans la littérature scientifique. L'idée de « sélection » d'une population en meilleure santé initiale est loin d'être toujours vérifiée. Les exilés ayant subi des

violences dans leur pays, généralement demandeurs de l'asile politique à leur arrivée en France, sont au contraire des personnes ayant entrepris un projet migratoire dans un état de santé généralement particulièrement dégradé. On reproche aussi à cette hypothèse de sous-estimer le poids des politiques d'immigration, elles-mêmes très sélectives mais d'un point de vue économique, et qui participent à un effet de sélection sur la santé. Surtout, elle est très nuancée par les travaux qui décrivent la dégradation de l'état de santé d'une partie des exilés au cours du parcours migratoire et dans les pays d'accueil du fait des conditions de vie précaires et des difficultés à l'accès au système de santé (Jusot et al., 2009), ce que certains chercheurs appellent l'*exhausted migrant effect* (Angeletti et al., 2020, Ukrayinchuk & Drapier, 2021). En santé mentale les travaux sur les troubles traumatiques des personnes migrantes insistent sur la façon dont ils sont exacerbés par l'insécurité des conditions de vie sur le territoire (difficultés à subvenir à ses besoins primaires, précarité et instabilité résidentielle...) et l'isolement social dont souffrent de nombreux exilés en situation de précarité (Zeroug-Vial et al., 2014). Ces souffrances sont aussi alimentées par l'expérience de l'attente et des procédures administratives, ce que la psychologue du Comede Aude Nguyen appelle « l'agonie administrative des exilés » (2014).

Ces différents travaux s'inscrivent dans une approche de la santé par ses déterminants sociaux, notion qui s'est affirmée à l'échelle internationale à la fin des années 1990³¹ et qui rompt définitivement avec l'idée que la santé serait essentiellement l'affaire de ses spécialistes. La **Figure 6** ci-dessous, adaptée d'une proposition de l'Organisation internationale des migrations (OIM) synthétise cette approche sociale de la santé des exilés. À partir de la figure des déterminants sociaux de la santé, elle représente comment l'expérience migratoire est un facteur transversal (dans le temps et dans l'espace) qui interagit avec l'ensemble des déterminants sociaux de la santé.

³¹ Notamment l'ouvrage de 1999 *Social Determinants of Health* (les déterminants sociaux de la santé), coordonné par Michael Marmot et Richard Wilkinson (épidémiologistes britanniques) sur commande de l'OMS va contribuer à diffuser/promouvoir cette conception de la santé comme une construction sociale et culturelle influencée par différents facteurs.

Figure 6. La migration, une expérience transversale des déterminants sociaux de la santé



I.Siffert, 2023, adaptée d'une proposition de l'Organisation internationale des Migrations à partir de la figure de Göran Dahlgren et Margaret Whitehead (1991) des déterminants sociaux de la santé

Cette première partie nous a permis de retracer synthétiquement la dynamique de dé-singularisation dans la représentation de la santé des étrangers et sa formulation comme une problématique sociale. Celle-ci est en partie le fruit la mobilisation associative à partir des années 1950, qui a participé à construire et pensé la prise en charge des exilés comme un enjeu politique de lutte contre les inégalités sociales de santé et l'exclusion des soins. En mettant en lumière les inégalités de santé liées à la migration, l'épidémie du sida a alors contribué non seulement à accélérer ce changement de regard porté sur la santé les étrangers mais aussi à reterritorialiser les mobilisations en faveur de l'accès aux soins des plus démunis.

La multiplication de travaux transdisciplinaires sur l'état de santé et l'accès aux soins des exilées témoignent depuis les années 2000 de l'affirmation d'une approche épidémiologique et sociale des inégalités de santé liées à la migration. Ce tournant épistémologique de l'étude des liens entre santé et migrations porte un double enjeu d'évaluation quantitative des inégalités de santé et de démonstration de l'inscription de ces inégalités dans un ensemble de contextes sociaux. Ces travaux ont permis de démontrer que les différences qui peuvent exister entre l'état de santé des étrangers et des français s'inscrivaient davantage dans leurs contextes de vie que dans des différences « essentialistes » entre autochtones et allochtones. L'analyse d'associations significatives entre la précarité des conditions de vie des exilés et leur état de santé invite à envisager la question de la « santé des exilés » moins

comme une problématique sanitaire distincte qu'une thématique de l'exclusion. Néanmoins, il apparaît que les approches essentialistes (colonialistes, hygiénistes, culturalistes) qui ont jalonné les représentations de la santé des exilés n'ont jamais disparu, se sont « superposées et sédimentées » plus qu'elles ne se sont succédées et remplacées (Fassin, 2021). Si la surinterprétation culturelle du saturnisme infantile a fait l'objet d'une déconstruction aujourd'hui largement reconnue, des stéréotypes d'origine culturaliste sont encore largement présents, à l'image du « syndrome méditerranéen » ou des représentations des femmes africaines en santé périnatale (Sauvegrain, 2012). Bien qu'elle cherche à s'en distancer, les approches hygiénistes ont nécessairement façonné la médecine actuelle, notamment l'analyse de vulnérabilités sanitaires spécifiques des personnes migrantes et la mise en œuvre des politiques de prévention. L'un des enjeux de notre réflexion est alors d'analyser si et le cas échéant sous quelles formes ces représentations et approches de la santé des exilés se retrouvent aujourd'hui dans les pratiques et dispositifs de soin à l'échelle locale. Liées à ces héritages, on peut également relever qu'une forme de cécité sélective dans la manière dont la recherche s'intéresse à la santé des personnes migrantes. Là où les pathologies infectieuses, en particulier le VIH, les hépatites, la tuberculose ont été très investies, les pathologies chroniques comme le cancer (Marche, Pian, 2013), le diabète, les maladies cardio-vasculaires ont été beaucoup moins étudiées alors même que des études relèvent des prévalences particulièrement élevées (Kaoutar et al., 2014, Georges-Tarragano et al., 2017). Concernant la santé mentale, les chercheurs du Comede pointent eux-mêmes les limites de la catégorie du « psychotraumatisme » pour qualifier l'état de santé mentale des patients qu'ils rencontrent et soulignent l'enjeu à faire évoluer les catégories diagnostiques dans la perspective de proposer un soin plus adapté aux expériences individuelles (Veisse et al., 2012).

Comme nous l'avons vu, cette approche sociale de la santé des exilés a été en large partie portée par les initiatives associatives, via leurs « entrepreneurs », qui ont contribué à porter dans le débat public les enjeux éthiques, économiques et sociaux d'une réforme de l'accès au système de santé. En 1998 la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions va non seulement réformer les politiques d'accès à une protection sociale mais aussi mettre en place les principaux instruments et dispositifs de l'action publique contemporaine en matière d'accès aux soins des plus démunis. C'est à ces évolutions en matière de politique d'accès aux soins et de prise en charge médico-sociale des publics précaires que notre seconde partie se consacre. Nous allons voir que si ces évolutions ont facilité l'accès aux soins des exilés, elles ont paradoxalement contribué à les marginaliser au sein du système de santé.

2. Les exilés dans les politiques de lutte contre les exclusions, entre inclusion et isolement dans le système de santé

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (LLE) de 1998 représente un vaste projet de lois transversal à l'ensemble de l'action sociale et sanitaire. Elle définit des orientations qui vont donner lieu sur les années suivantes une réforme de l'accès à l'emploi (création des plans d'insertion à l'emploi, institution du trajet d'accès à l'emploi), au logement (structuration du « droit au logement ») et à l'hébergement (création de dispositifs), à la culture et à l'éducation, et enfin à la santé. Elle traduit une approche globale de la lutte contre l'exclusion sociale dans les référentiels d'action publique. En matière d'accès aux soins, les dispositifs qu'elle a apportés témoignent

néanmoins de la tension structurelle entre une approche universaliste et des dynamiques de singularisation dans la promotion de la santé des étrangers.

2.1. « Moins d'exclus mais plus exclus », les limites d'une politique d'accès universel aux soins.

La LLE porte d'abord une réforme de la protection sociale. Dans une ambition d'un accès « universel » aux soins des personnes vivant sur le territoire est créée en 1999 la couverture médicale universelle (CMU) pour tous les Français et étrangers en situation régulière sur le territoire, sa complémentaire gratuite (CMU-C) destinée aux plus démunis et enfin l'Aide médicale d'État (AME) réservée aux étrangers en situation irrégulière sans ressources. La formule « moins d'exclus mais plus exclus » de Didier Maille (Comede) et Adeline Toullier (Aides) dans un article dressant le bilan de la LLE après dix ans (2009) résume bien l'ambivalence de ses apports dans l'accès aux soins des exilés, entre décloisonnement du système de santé et logiques de sanctuarisation. En incluant la plupart des inactifs qui relevaient jusqu'alors de l'aide médicale gratuite et dont la mise en œuvre était particulièrement défaillante, la CMU a incarné la sortie d'une conditionnalité de l'accès aux soins par le travail et la généralisation du droit à la santé des populations vivant sur le territoire français de façon régulière. Elle a assurément représenté un progrès social permettant un accès au système de santé à une frange élargie de la population vivant sur le territoire, et notamment des exilés en situation de précarité. Par ailleurs, avec l'AME, la France fait partie des pays européens proposant une couverture des frais de santé large aux ressortissants étrangers en situation irrégulière. Cependant, en confirmant un droit à l'accès aux soins différencié entre les étrangers en situation régulière et irrégulière, cette réforme a entériné un isolement d'une partie des étrangers dans le système de santé, amorcé quelques années plus tôt.

L'évolution des politiques d'accès à une couverture sociale depuis les années 1990 témoigne en effet de logiques de différenciation des étrangers selon leurs statuts administratifs et d'un cloisonnement progressif de l'accès au système de santé pour les étrangers en situation irrégulière. En 1993, la loi Pasqua instaure un critère de régularité de séjour dans l'accès aux prestations sociales, menant à l'exclusion des étrangers en situation irrégulière du régime générale de l'Assurance maladie. Avec la distinction entre AME et CMU, la loi de lutte contre les exclusions est alors venue reconduire cette « ghettoïsation sanitaire des sans-papiers » (Maille & Toullier, 2009) en leur réservant un système assistanciel à part. Par la suite, les évolutions des règles d'accès à la CMU-C et l'AME témoignent de logiques restrictives. En 2003, la mise en place d'un critère de résidence de trois mois pour bénéficier de l'AME est venue non seulement exclure les primo-arrivants mais aussi complexifier son accès par la nécessité de justifier de sa durée de présence sur le territoire. En même temps est mis en place le Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) destiné à 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 » pour les personnes justement exclues de l'AME. Si le FSUV garantit un principe de « biolégitimité », c'est-à-dire de « reconnaissance supérieure donnée au principe de maintien en vie » sur toute autre considération, notamment politique (Fassin, 2005) ; il est aussi le symbole d'un accès au système de santé hiérarchisé, au prisme de la reconnaissance de la citoyenneté (Geeraert, 2017b). Le triptyque CMU, AME, FSUV représente un éventail de droits dégressifs en fonction d'une légitimité des étrangers définie par la régularité de séjour et leur durée de présence sur le territoire. Précisions qu'en 2016, la CMU est devenue la protection universelle maladie

(Puma), tandis qu'en 2019 la CMU-C a fusionné avec l'aide à la complémentaire santé (ACS) dans la complémentaire santé solidaire (CSS), mais sans changement dans les conditions d'attribution³².

Les évolutions des règles d'accès à la protection sociale depuis la LLE sont à replacer dans la montée des discours sécuritaires et de la rhétorique du soupçon à l'instar des étrangers (Izambert, 2018). Cette rhétorique s'appuie notamment sur l'argument de l'« appel d'air » des dispositifs de protection sociale, de la fraude dans l'accès aux prestations sociales, ou encore la construction de la figure du « touriste médical » par la surestimation et la diabolisation des raisons de santé comme motif de migration (Pian, 2016, Geeraert, 2016, Geisser, 2019). Dans un contexte de rationalisation des dépenses de santé, le « problème sanitaire de l'immigration » construit par les médecins hygiénistes dans les années 1920 (Barrusse, 2012) a ainsi évolué sur la scène politique comme « problème des migrants pour le système de santé ». La loi Pasqua puis l'AME ont transféré des catégories des politiques migratoires dans le système de la protection sociale, conduisant à un glissement de l'action médico-sociale vers le contrôle de l'immigration. C'est notamment ce qu'a démontré Céline Gabarro en analysant le développement de la rhétorique du soupçon dans les pratiques d'attribution de l'AME, par des agents en prise avec des logiques productivistes (Gabarro, 2012). Après 2003, l'AME a continué de subir différentes restrictions : en 2010 est instauré un droit d'entrée annuel de 30€, néanmoins abrogé dès 2012 par le nouveau gouvernement socialiste. La réforme de l'AME de 2020 représente à nouveau un durcissement des conditions d'obtention et une limitation du panier de soins : depuis juin 2021, les primo-demandeurs de l'AME ne peuvent plus effectuer leur demande par courrier et sont contraints de la déposer physiquement auprès d'un guichet de l'Assurance maladie. Cette mesure qui vise à s'assurer que la personne est bien présente en France au moment du dépôt de la demande représente des contraintes de mobilité supplémentaires, non sans effets sur le recours au dispositif. Par ailleurs, la réforme prévoit que certains soins programmés ne peuvent être pris en charge sans autorisation préalable de l'Assurance Maladie pendant les 9 premiers mois de bénéfice de l'AME³³. Les discussions annuelles houleuses de l'Assemblée nationale sur le maintien et le budget de l'AME et les différentes réformes depuis sa création montrent comment ce dispositif cristallise des controverses politiques bien au-delà du corps médical et se trouve au cœur des débats sur l'immigration.

En 2019, le fonds de la Complémentaire santé solidaire estime entre 32 % et 44 % le non-recours à la CMU-C³⁴. La même année, une enquête pionnière sur le recours à l'AME estime que seulement 51 % des exilés qui y sont éligibles y ont recours, soit un taux de non-recours de 49% (Jusot et al., 2019). Parmi les 1200 personnes interrogées, seulement 10% évoquaient la santé comme motif (souvent parmi d'autres) de leur migration, alors qu'environ 45 % déclaraient un état de santé dégradé et des besoins de santé. En plus d'infirmier très largement l'hypothèse d'un effet d'appel d'air de l'AME, ces chiffres témoignent des limites dans la mise en œuvre effective des droits, liées aux nombreuses

³² L'ACS (2005) était une aide financière attribuée sous conditions de résidence et de ressources pour payer une mutuelle. Depuis 2019, on distingue désormais la CSS avec participation financière (de l'assuré) correspondant à l'ex ACS ; et la CSS sans participation financière correspondant à l'ex CMU-C.

³³ Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France

³⁴ Rapport 2020 du Fond CSS, Ministère de la santé et des solidarités

contraintes administratives et sociales qui jalonnent l'accès à une couverture sociale et plus largement les soins.

2.2. PRAPS et politiques de la ville : un ciblage des exilés dans les politiques de santé publique ?

La LLE a représenté non seulement une réforme de l'accès à la protection sociale mais aussi de la construction et la territorialisation de l'action publique. Dès 1998 sont mis en place les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) comme socles de la construction de l'action médico-sociale auprès des plus démunis. Défini comme un « programme d'actions à l'interface des champs du sanitaire et du social », le PRAPS est un instrument de planification de l'action sanitaire et sociale qui a vocation « à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes »³⁵. Leur articulation avec les politiques de la ville témoigne alors de logiques implicites de ciblage des exilés dans la territorialisation des politiques de santé publique.

Présenté comme le « volet social » du projet régional de santé, le PRAPS définit les orientations des politiques sociales en matière de prévention et de promotion de l'accès aux soins avec pour objectif la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Il se veut alors « un programme qui identifie ses publics par territoire » en s'appuyant sur un diagnostic démographique et social de chaque département : indicateurs de précarité, démographie médicale ; accessibilité aux soins, populations vulnérables justifiant un regard prioritaire. Dès leur mise en place les PRAPS sont alors étroitement articulés aux politiques de la ville qui se développent depuis les années 1990. Ils s'appuient sur la « géographe prioritaire » qui définit les politiques de la ville, c'est-à-dire la délimitation de territoires nécessitant des actions spécifiques et des budgets renforcés en matière de politiques sociales et fiscales : les zones urbaines sensibles (ZUS) définies en 1996 par le pacte de relance pour la ville, qui deviendront en 2014 les « quartiers prioritaires de la politique de la ville » (QPV). Les PRAPS ont été articulés aux politiques de la ville par la formalisation d'un "volet santé" dans les contrats de ville (= les contrats qui structurent les politiques de la ville entre l'État, les collectivités territoriales et divers acteurs locaux), et à partir de 2000 la possibilité d'y intégrer des ateliers santé ville (ASV). Ces derniers sont une démarche d'ingénierie de projet et de programmation concrète d'actions de santé, à destination spécifiquement des QPV entre acteurs médico-sociaux dans le domaine de la promotion de santé : actions de sensibilisation en milieu scolaire ou en structures d'hébergement, permanences de santé sur des lieux d'accueil, médiation sanitaire...etc. En pratique, si les ASV ont eu un développement relativement timide et tardif du fait de certaines obligations contractuelles (Cherubini, 2011), les programmes de santé publique dans les « volets santé » des contrats de ville se sont rapidement multipliés, via par exemple des initiatives de réduction des risques à destination des populations toxicomanes, des initiatives de prévention à destination des jeunes de quartiers populaires, des programmes d'accès à la contraception...(Arène, 1996, Fassin, 1998a). Sur le territoire, c'est dans ce cadre-là que le RDS Sud obtiendra dès 2002 des financements pour des « ateliers sociolinguistiques de prévention et promotion de la santé » à destination des habitants de trois quartiers classés comme prioritaires sur sa commune. Dans le projet tel qu'il est présenté, ces

³⁵ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

ateliers visent à combiner apprentissage du français, connaissance du système de santé, avec une activité de sensibilisation et prévention sanitaire (prévention des IST, accès à la contraception...). En combinant de tels objectifs, ce projet cible explicitement les populations immigrées.

Cet exemple local nous renvoie alors à l'articulation étroite entre politiques de la ville et politiques d'immigration. Erigées comme un lieu privé de la construction d'une politique d'intégration et de lutte contre les discriminations, les politiques de la ville ont très tôt été analysées comme des politiques indirectes de gestion de l'immigration et de « l'ethnicité » (Helluin, 2000, Schnapper, 2002). Dès les années 1990, les quartiers prioritaires des politiques de la ville sont caractérisés par une surreprésentation des étrangers (18% contre 6,3% en moyenne en France métropolitaine) et comme le relève Jean-Jacques Helluin (2010), si le taux d'étrangers n'est pas évoqué dans les directives nationales, il est largement utilisé comme indicateur local dans les diagnostics descriptifs supports de la déclinaison locale de la politique de la ville. Géographiquement, en 1996, un cinquième des quartiers classés ZUS sont situés en Île-de-France (157 parmi 750), dont une majorité en Seine-Saint-Denis, département de France métropolitaine où la population immigrée est la plus importante.

Les politiques de la ville sont ainsi des politiques sociales dans lesquelles l'approche médico-sociale a eu une place importante. Pour Didier Fassin ce succès de la santé est lié à sa légitimité en tant que prisme d'action politique dans les quartiers défavorisés : là où d'autres approches (lutte contre la délinquance, sécurité...) font davantage polémique et sont jugées comme stigmatisantes, la santé apparaît comme « un mode d'action légitime du traitement de la question des banlieues » (Fassin, 2005). Le succès des projets sanitaires dans les contrats de ville et parallèlement la multiplication des études sur la santé et l'accès aux soins dans les quartiers des politiques de la ville (Amat-Roze et al., 1995, Parizot et al., 2004, Basson et al., 2013, Mariette & Pitti, 2021), montrent aussi que ces quartiers sont perçus comme des laboratoires et observatoires des inégalités sociales et territoriales de santé.

2.3. Les dispositifs publics de soins gratuits, entre inclusion et confinement dans le système de santé

Avec la réforme de la protection sociale et la mise en place des PRAPS, la réforme de lutte contre les exclusions a structuré la réponse publique en matière de lutte contre le nonaccès aux soins des personnes les plus démunies. Mais elle a surtout institutionnalisé les deux principaux dispositifs publics contemporains dédiés à l'accès aux soins des populations précaires : les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Ces structures incarnent la réaffirmation du rôle de l'État dans le soin des plus démunies, bien que la concentration d'exilés dans leurs files actives interrogent leurs limites dans la lutte contre l'exclusion des soins.

2.3.1. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), réaffirmation de la mission sociale de l'hôpital ?

Inspirées des initiatives de consultations hospitalières gratuites apparues dans les années 1990, les PASS sont définies en 1998 comme des « cellules de prise en charge médico-sociale destinées à faciliter l'accès aux soins des personnes démunies au système hospitalier et aux réseaux institutionnels

et associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social »³⁶. Alors que « l'hôpital doit veiller à la bonne prise en charge des personnes qui se présentent à ses portes »³⁷, les PASS réaffirment la vocation du service public hospitalier à accueillir les populations les plus démunies et incarnent le droit à la santé pour les personnes exclues du système de santé de droit commun, du fait de leur statut administratif et/ou leur précarité économique (Pfister et al., 2014). Elles ont alors pour mission l'information sur le système de santé, l'accompagnement dans l'accès aux droits sociaux, notamment à une couverture sociale, et l'accès aux soins et à la prévention des populations précaires. Concrètement les PASS sont des petits services hospitaliers réunissant des professionnels de l'action sanitaire et sociale (travailleur social, médecin, parfois un infirmier, un psychologue) pour proposer une prise en charge coordonnée des patients précaires, dans l'ambition d'une meilleure prise en compte des effets multiformes de la précarité sur la santé et l'inscription dans un parcours de soins (Georges-Tarragano et al., 2017). Leur fonctionnement repose sur un circuit de prise en charge pluriprofessionnel afin de bénéficier dans un même espace d'un accompagnement social et d'un accès à des professionnels de santé. Leur installation dans les hôpitaux est censée faciliter l'accès à des consultations généralistes et spécialistes, au plateau technique (radiologie, laboratoire...) ou encore à une pharmacie dans un espace-temps réduit. Aussi les PASS sont censées assumer un rôle de « coordination » et de « passerelle » vers l'ensemble du système de santé pour les personnes en situation de précarité.

On compte en France en 2020 environ 450 PASS, néanmoins inégalement réparties et surtout inégalement développées sur le territoire. On distingue traditionnellement deux modes de fonctionnement de ces dispositifs (Geeraert, 2017b) : les PASS « dédiées » possédant leur consultation propre dans un service bien identifié, et les PASS dites « transversales » dans lesquelles les patients sans couverture sociale se voient attribuer un « bon PASS » par le service social de l'hôpital qui lui permet d'accéder à des consultations au sein de l'ensemble de l'hôpital sans être facturé. Dans ce second cas la PASS est alors moins un service de l'hôpital qu'un dispositif de financement, plus ou moins visible et connu dans l'hôpital comme à l'extérieur. Cette distinction traduit en réalité davantage une évolution. Si les initiatives historiques ont eu très tôt leur consultation propre, la grande majorité des PASS (surtout dans les petites, moyennes villes et banlieues périurbaines) sont d'abord apparues de façon transversale avec un travailleur social et/ou un secrétariat plus ou moins dédié, puis ont ouvert (souvent après plusieurs années) une consultation médicale généraliste tout en continuant à effectuer des orientations au sein de l'hôpital pour accéder à des consultations de spécialistes. C'est le cas des quatre PASS hospitalières du département de Seine-et-Marne qui ont été mises en place à la fin des années 2000 mais qui n'ont assuré des consultations dédiées qu'à partir de 2012. Nous reviendrons alors dans le chapitre 2 sur la manière dont ces très petits services, à la marge du système hospitalier, tentent de se construire une accessibilité et une visibilité.

Concernant les bénéficiaires, les PASS sont marquées par une concentration d'exilés précaires depuis leur création. Alors qu'en 2000 les étrangers représentent environ 50% des files actives des PASS (Lebas, 2000), en 2018, 80% des 195 000 patients accueillis dans les 442 PASS de France

³⁶ Circulaire 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

³⁷ *Ibid.*

(Bertini et al., 2020) sont de ressortissants étrangers. Sur le territoire étudié, ils représentent en 2020 entre 90 et 97% des personnes reçues par les PASS. L'écart avec les chiffres nationaux est dû à la variabilité géographique : les PASS franciliennes et installées dans les grandes villes connaissent des concentrations plus élevées³⁸. Mais cette concentration des exilés dans les dispositifs de soins gratuits est surtout le résultat du décloisonnement du système de santé pour les Français en situation de précarité suite à la création de la CMU ; ces derniers ayant disparu progressivement des files actives. Si cette concentration témoigne de l'efficacité de la réforme de la couverture maladie universelle pour les Français, ce qui est moins logique est de voir dans ces dispositifs des étrangers présents depuis plus de trois mois sur le territoire. En 2017, une étude menée auprès de 30 PASS indique que plus de 40% des patients sont arrivés depuis plus d'un an sur le territoire, donc largement éligibles à l'AME ou la CMU-C. (Tapié de Celeyran et al., 2017). Une partie des patients en PASS sont des personnes en situation de non-recours ainsi que des exilés bénéficiaires d'une couverture sociale qui continuent de solliciter les structures dédiées aux personnes sans droits au regard de difficultés à accéder au reste du système de santé. Dans cette même étude, 30% des répondants possédaient l'AME ou la CMU-C au moment où ils consultaient la PASS, 32% déclaraient avoir renoncé aux soins au cours des 12 derniers mois et 9,2% s'être vu refuser des soins. Comme l'a analysé Jérémy Geeraert, les PASS (et l'on peut généraliser à tous les dispositifs de soins gratuits) sont en partie le résultat de cette logique de stratification du système de santé et incarnent « le paradoxe du système de santé français qui tente d'intégrer des franges de la population qu'il a lui-même isolées et stigmatisées dans son système de protection sociale » (Geeraert, 2017b). Elles apparaissent aujourd'hui comme des sous-espaces du système de santé dédiés aux exilés en situation de précarité.

2.3.2. *Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), incarnation de la démarche d'aller-vers dans les politiques de santé sociale.*

L'autre structure issue de la LLE sont les équipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP). Institutionnalisées en 2005, même si comme pour les PASS des initiatives ont préexisté à la législation, les EMPP sont des équipes médico-sociales mobiles dédiées à l'accès aux soins de santé psychique des personnes en situation de grande précarité.³⁹ Se voulant à l'articulation entre les champs social et psychiatrique dans la prise en charge des publics précaires (Marques, 2013), ce sont des équipes pluridisciplinaires généralement composées de psychologues, infirmiers en psychiatrie, travailleurs sociaux, psychiatres.

Surtout, les EMPP sont les premiers dispositifs publics hospitaliers qui ont incarné la démarche « d'aller-vers » les plus précaires⁴⁰. Si nous allons revenir plus loin (partie 3) sur l'avènement de cette démarche dans les politiques sociales, il convient de la définir ici brièvement. L'aller-vers désigne « une démarche proactive qui rompt avec l'idée que l'intervention ferait systématiquement suite à une

³⁸En 2020 98% des 23 000 personnes accueillies dans les CASO de Médecins du Monde étaient des ressortissants étrangers (Médecins du Monde, 2020)

³⁹ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

⁴⁰ Dans la circulaire de création de 2005, « Aller-vers les publics » est présenté comme le premier « principe prioritaire » des EMPP.

demande exprimée » (Avenel, 2021). Si nous verrons qu'il y a plusieurs manières « d'aller-vers », cette posture se concrétise par le développement d'actions « hors-les-murs » des services traditionnels de soin et la création d'équipes mobiles à l'image des EMPP. Ainsi les professionnels des EMPP se déplacent sur les espaces de vie des personnes en situation de précarité, sous la forme de maraudes de rue, d'interventions collectives ou encore de permanences sur des lieux d'hébergement/d'accueil de personnes en situation de précarité. Comme le précise la circulaire de 2005, les EMPP endossent aussi « une fonction de tiers », c'est-à-dire de coordinateur entre les patients, les services de soins en psychiatrie et les éventuels acteurs sociaux et médico-sociaux qui interviennent dans l'accompagnement des personnes. Elles doivent aider à « ramener vers » et maintenir dans le soin. Dans ce rôle de tiers, elles assurent également une mission de soutien et formation des équipes accueillant des personnes en situation de précarité, notamment les structures d'hébergement social, dans la gestion des troubles psychiques au quotidien. Cela passe par l'animation de formations, de groupes d'analyses de pratiques, et un travail de mise en relation des partenaires de l'action sociale avec les acteurs de la psychiatrie. La modalité d'intervention mobile redoublée par les différentes facettes de la mission des EMPP, au service des personnes en situation de précarité mais aussi des intervenants de la santé sociale supposent alors un important « travail de disponibilité » (Demailly et al., 2014) sur lequel nous reviendrons dans le chapitre 8.

Plus encore que les PASS, le développement des EMPP demeure fragile et inégal sur le territoire. Le département seine-et-marnais n'est couvert que partiellement, par seulement deux équipes mise en place en 2009 et qui couvrent des territoires très vastes (cf. Chapitre 3). Surtout, les EMPP sont en pratique des équipes très réduites. En 2015, la moyenne nationale de composition des équipes est de 3,7 personnes équivalents temps plein (ETP) avec une forte variabilité territoriale (Picon et al., DGOS, 2015). En Seine-et-Marne, l'EMPP Nord fonctionne en 2020 sur 2,2 (ETP) et l'EMPP Sud sur 4,1 ETP⁴¹. Nous verrons que cet enjeu de couverture territoriale dans un contexte de moyens particulièrement réduit implique des arbitrages et hiérarchies territoriales dans les pratiques des acteurs et détermine leur disponibilité.

Par ailleurs les EMPP ont été très peu étudiées, moins encore que les PASS. Notamment aucune étude épidémiologique ne décrit précisément leurs files actives à une échelle nationale. Plusieurs rapports au niveau régional rapportent cependant la croissance importante des « migrants précaires, « primo-arrivants » parmi la patientèle des EMPP avec d'importantes variabilités selon les territoires et les pratiques dominantes des équipes (maraudes ou interventions en structures d'hébergement) (Picon et al., 2015, Manuello, 2018). Sur le territoire étudié, nous n'avons pas eu accès à des chiffres précis mais l'EMPP enquêtée a rapporté rencontrer un public très majoritairement exilé primo-arrivant, notamment parmi les personnes orientées par des partenaires. Ses principaux orienteurs sont des CADA, HUDA et CHU du territoire ainsi que le RDS de son territoire, c'est-à-dire des structures accueillant essentiellement des exilés en situation de précarité. En pratique la saturation des dispositifs de droit commun ; notamment les centres médico-psychologiques, cantonnent leurs hébergés à du soutien ponctuel par les EMPP. Alors que l'accessibilité des services de psychiatrie en France est de

⁴¹ Plus précisément pour l'EMPP Nord : 1 infirmier à temps plein, 1 psychiatre à 80 %, une psychologue à 20 %, 1 éducatrice à 20 %. Pour l'EMPP Sud : 2 infirmiers à temps plein 2 psychologues à 50% respectivement, 1 éducateur à temps plein, 1 psychiatre à 10% = 4,1 ETP

plus en plus difficile pour les personnes en situation de précarité, les EMPP ne tendent-elles pas à devenir, au-même titre que les PASS, des sous-espaces du secteur de la psychiatrie, accueillant majoritairement des exilés, mais cette fois-ci « hors-les-murs » (et donc aussi à distance) de l'hôpital ? Nous reviendrons sur cette articulation entre intervention « hors-les-murs » et régulation du recours aux soins dans le chapitre 7.

Cette seconde partie centrée sur les apports de la réforme de la lutte contre les exclusions et leurs évolutions témoigne des ambivalences de ses instruments et dispositifs censés décloisonner l'accès au système de santé des plus précaires. À un projet d'accès universel aux soins, s'oppose une réalité marquée par une remise en question permanente de la légitimité d'accès aux soins d'une partie des étrangers et une montée de la rhétorique du soupçon. En pratique, le décloisonnement de l'accès à une couverture sociale et aux soins des Français en situation précaire parallèlement à un maintien d'obstacles nombreux au recours aux soins des exilés a contribué à une concentration de ces derniers dans les dispositifs de soins gratuits, qui apparaissent de plus en plus comme des sous-espaces du système de santé dédiés aux exilés précaires. Depuis une quinzaine d'années, l'augmentation (relative) des flux migratoires sans un renforcement adapté des moyens médico-sociaux a non seulement renforcé la pression sur ces dispositifs de soins gratuits, mais aussi renouvelé les enjeux de leur accompagnement médico-social.

3. Le problème de la santé des exilés à l'heure des politiques de dispersion

Depuis la fin des années 2000, les évolutions territoriales dans l'accueil des exilés, aussi bien par la réorganisation des systèmes d'hébergement que par la multiplication de campements d'habitat précaire, conduisent à confronter des territoires inégalement dotés en acteurs sociaux et médico-sociaux à une nouvelle demande en soins et en accompagnement social vers les soins. L'ambition de cette dernière partie est alors d'interroger comment les reconfigurations de l'accueil des exilés et la mise en visibilité de leur vulnérabilité conduisent à une réactualisation de la construction de l'accès aux soins des exilés dans les arènes scientifiques et politiques. Après un rappel rapide des reconfigurations de l'accueil conduisant à la redéfinition des besoins et de nouvelles mobilisations d'acteurs, nous analysons les évolutions dans le traitement scientifique de la santé des exilés et sa mise à l'agenda public. Dans l'héritage des ambivalences décrites dans les deux premières parties, nous allons voir que la formulation de l'accès aux soins comme problème public des exilés demeure marquée par la tension entre logiques d'universalisme et de ciblage.

3.1. Des reconfigurations de l'accueil appelant à de nouvelles mobilisations

Avant d'analyser l'évolution des politiques publiques, il convient d'abord de revenir sur les reconfigurations de l'accueil et la manière dont elles ont posé de nouveaux enjeux en matière d'accès aux soins et généré des mobilisations nouvelles des acteurs de la santé sociale. Cette première sous-partie revient rapidement sur l'évolution des logiques de répartition territoriale dans l'hébergement social au niveau national mais aussi régional. En effet, l'Île-de-France fait l'objet de dynamiques de régionalisation de l'hébergement social spécifiques

3.1.1. En Île-de-France, l'impact des reconfigurations de l'hébergement hôtelier au tournant des années 2010

Si les reconfigurations du DNA à partir de 2015 évoquées en introduction générale ont représenté les évolutions territoriales les plus importantes de l'accueil des exilés précaires à l'échelle nationale, en Île-de-France celles-ci sont venues s'inscrire dans des dynamiques amorcées dès la fin des années 2000 avec les reconfigurations de l'hébergement social hôtelier. Une directrice de l'un des réseaux de santé de Seine-et-Marne, intervenante sociale en CADA à l'époque évoquée, garde un souvenir très précis de l'ouverture de nouveaux hôtels sociaux sur le territoire, qu'elle considère comme une étape majeure de la redéfinition locale de la question de l'accueil des exilés

« Je m'en souviendrais toujours, c'était le 2 janvier 2011 à la rentrée des vacances de Noël et j'ai un ami instit qui m'appelle et me dit « Je comprends pas, on a 15 personnes russophones qui ont été placées à l'hôtel, qui attendent devant l'école. » Du coup j'ai alerté le réseau [RDS Nord] en disant qu'il y a des choses qui se jouent ; et en fait ça avait mis tout le monde en difficulté car c'était une population qui n'était pas connue. Avant, sur le département il y avait que cinq CADA et un service d'accueil d'urgence qui était sur Melun. Donc les demandeurs d'asile personne ne les connaissait si on n'était pas dans le circuit de l'asile. Et le changement de cahier des charges de la CAFDA et du Samu social a fait que les familles ont été projeté dans tous les hôtels du département. Donc forcément, très éloignés de Paris, pas d'argent pour aller à la CAFDA, des familles qui n'étaient pas repérées, ne savaient pas où chercher à manger...Elles sont toutes venues toquer auprès du Secours catholique, du Secours populaire, des maisons des solidarités etc.. [...] Forcément les gens allaient au plus près, c'est normal. En plus ils n'avaient pas d'argent pour prendre le train. Je dirais que ça, ça a été un premier gros truc sur le département. Je dirais que la première grosse vague qui a fait découvrir les demandeurs d'asile, ça a été ça »⁴².

Comme évoqué par l'intervenante, cette évolution de l'accueil local d'exilés précaires est à resituer dans un contexte de reconfiguration territoriale et politique de l'hébergement social des familles exilées accueillies en Île-de-France. Cette reconfiguration regroupe deux processus. Le premier est la centralisation de la gestion de l'hébergement des familles migrantes accompagnées par différentes associations parisiennes au sein du pôle d'hébergement et de réservation hôtelières (PHRH) du Samu social de Paris (Le Méner, 2013). En 2009, le PHRH se voit d'abord confier l'hébergement des personnes accompagnées par l'Association pour l'accompagnement social et administratif des migrants et de leurs familles (APTM) et de l'Ordre de Malte qui accompagne notamment des familles déboutées de leur demande d'asile. En 2010, c'est la Coordination de l'accueil des familles demandeuses d'asile (CAFDA), dédiée à l'accompagnement social des demandeurs d'asile à Paris, qui transfère sa mission d'hébergement au PHRH. Cette mutation du système d'hébergement social signifie alors une répartition de ces familles exilées dans le parc d'hébergement hôtelier du Samusocial de Paris. Or, parallèlement se décline un deuxième processus de régionalisation de l'hébergement social hôtelier en Île-de-France, conduisant alors à une expansion territoriale du parc d'hébergement en faveur de la banlieue parisienne. Parmi les 450 hôtels accueillant des ménages orientés par le 115 de Paris en 2012, une centaine se situe dans Paris, plus de 200 en petite couronne et près de 130 en grande couronne (Guyavarch & Garcin, 2014).

Comme évoqué par notre interlocutrice, cette reterritorialisation de l'hébergement hôtelier, et notamment de personnes en demande d'asile, ont posé aux acteurs un certain nombre de difficultés liées au fait que les référents sociaux et les domiciliations administratives de ces personnes

⁴² Directrice de réseau de santé, ancienne travailleuse sociale en CADA sur le département, mars 2021

demeuraient parisiens. En effet la régionalisation de l'hébergement ne s'est pas accompagnée d'une régionalisation de l'organisation de l'accompagnement social et médical des personnes, ni de la mise en place de nouveaux acteurs. Cependant, comme évoqué ci-dessus par l'ancienne travailleuse sociale, les difficultés d'accès à Paris ont amené à reporter les besoins et la demande sur les acteurs locaux préexistants, dont les capacités d'accueil étaient insuffisantes. Ce n'est qu'en 2013, suite à l'enquête ENFAMS (Enfants et familles sans logement en Île-de-France) qui révélera que plus de 25% des ménages n'ont aucun suivi social (Guyavarch et al., 2014), que seront mises en place des équipes mobiles d'accompagnement social à l'hôtel. Comme suggéré, l'évolution des profils des populations précaires hébergées sur le territoire a participé à transférer la question de leur accompagnement social et administratif d'acteurs spécialisés vers les acteurs de l'action sociale traditionnellement engagés dans l'accueil des personnes précaires. Sur le territoire étudié, ce fut notamment le cas de l'association Secours Solidaire dont les activités sur plusieurs antennes locales et au niveau régional ont fortement évolué depuis les années 2010 en faveur de l'accompagnement administratif et juridique des exilés.

3.1.2. La mobilisation des acteurs médico-sociaux dans les recompositions de l'accueil des exilés depuis 2015

Déjà précisément évoqué en introduction, les années 2015 et 2016, marquées par l'intensification du démantèlement de la « Jungle » de Calais et des campements d'habitat précaire parisiens, ont initié un processus de reterritorialisation majeure de l'accueil des exilés précaires sur le territoire français en faveur des espaces périurbains et ruraux. Entre l'été 2015 et l'automne 2016, ce sont environ 260 centres d'accueil et d'orientation (CAO) et 90 centres d'hébergement d'urgence Migrants (CHUM) qui ouvriront leurs portes pour accueillir des mises à l'abri (Eberhard et al., 2018, Berthomière et al., 2020). En Île-de-France sont privilégiées des logiques de répartition territoriale vers la grande couronne francilienne. Alors que la Seine-et-Marne compte à l'époque environ 400 places d'hébergement en CADA répartis sur 5 dispositifs et une dizaine de communes (du fait de 2 dispositifs diffus)⁴³, entre mai 2015 et novembre 2016 vont ouvrir sur le territoire 11 CHUM représentant plus de 680 places d'hébergement pour accueillir des exilés évacués de campements parisiens et plus marginalement des réfugiés transférés d'autres pays européens dans le cadre des accords de relocalisation (Siffert et al., 2018).

Partout en France, ces ouvertures de structures d'hébergement ont alors conduit à d'importantes mobilisations citoyennes, parfois pour s'opposer à l'ouverture d'une structure d'hébergement sur une commune, mais le plus souvent pour s'investir dans l'accueil des exilés (Arfaoui, 2020, Gardesse & Lelévrier, 2021). Sur le territoire par exemple, l'association Solidarité Migrants dont nous avons rencontrés des représentants est née d'un collectif citoyen formé en 2015 suite à l'accueil d'exilés dans un hôtel Formule 1 d'une petite commune du Sud Seine-et-Marne. Dans ces reconfigurations de l'accueil des exilés, les enjeux de santé et d'accès aux soins ont tout de suite pris un « espace politique » (Fassin, 1996) important et ont fait l'objet de mesures spécifiques. À l'instar de ce qu'a décrit Anne-Cécile Hoyez en Bretagne (2021) ou l'enquête de l'Observatoire du Samusocial de Paris en Île-de-France avec (Siffert et al., 2018), l'ouverture des CAO et CHUM sur tout le territoire français a conduit à la mobilisation un peu partout des acteurs locaux « habituels » de la précarité, c'est-à-dire généralement les PASS, réseaux de santé et autres associations locales (CASO de MdM,

⁴³ Données de la DRIHL, 2015.

MSF...). Sur le département étudié, les deux réseaux de santé furent fortement mobilisés, pour des accueils en « sortie de bus » et effectuer des bilans infirmiers et consultations médicales sur place (cf. Chapitre 7). Toutefois, ces mobilisations sont effectuées dans le registre de l'urgence, au service du calendrier des évacuations et ne relèvent pas d'une réelle planification. Parallèlement à la mobilisation d'acteurs existants ont aussi été mis en place des nouveaux dispositifs dédiés à la. En 2016, l'ARS et les CPAM désignent dans chaque département des correspondants dédiés à l'accompagnement des structures d'hébergement dans les démarches de soin. L'ARS met en place des équipes infirmières mobiles intervenant dans les CHUM les plus isolés afin de faire des bilans de santé sur place (Ginot et al., 2018). L'enjeu est non seulement de soutenir les équipes dans l'accompagnement sanitaire, faciliter les orientations vers les dispositifs adaptés, mais aussi effectuer un suivi et une surveillance épidémiologique. Le traitement des données des bilans infirmiers est confié au Samusocial de Paris pour un descriptif précis de l'état de santé des personnes accueillies (Guisao et al., 2017). En novembre de la même année, le centre de premier accueil (CPA) de la porte de la Chapelle à Paris se voit intégrer un pôle santé qui propose un bilan infirmier, des consultations médicales et de psychologie. Dans celui d'Ivry-sur-Seine (Val-de-Marne) dédié aux familles, le Samusocial, des associations spécialisées et des services de PMI assurent le suivi des femmes, nouveau-nés et enfants accueillis. C'est sur ce modèle interventionnel dans les deux CPA que sera pensée la prise en charge médicale dans les centres d'accueil et d'évaluation des situations (CAES) qui les remplaceront à partir de 2018 : détachement de médecins des PASS de proximité pour des consultations et mise en place d'équipes infirmières.

L'équipe mobile sanitaire régionale auprès de laquelle nous avons enquêté est ainsi l'un des dispositifs mis en place dans le cadre de l'ouverture des CAES sur le territoire francilien. Pour assurer la mission d'accès aux soins figurant dans le cahier des charges des CAES, l'ARS Île-de-France lance en 2018 un appel d'offre pour mettre en place deux équipes médico-sociales afin d'effectuer des bilans de santé sur les lieux d'hébergement. L'équipe étudiée, gérée par l'antenne régionale d'une ONG parmi les partenaires majeurs de l'État dans sa politique sanitaire et sociale, se voit confier les trois CAES situés en grande couronne (dont celui de Seine-et-Marne). Néanmoins, dès 2019 elle verra progressivement son secteur d'intervention évoluer pour intervenir également au sein d'HUDA et CADA ouvrant ou se pérennisant sur le territoire (une partie des CHUM étant devenus des HUDA). Cette équipe mobile sanitaire régionale incarne la mise en place de nouveaux dispositifs dédiés et l'évolution du paysage des acteurs médico-sociaux à différentes échelles (ici locale et régionale) pour répondre à la reterritorialisation de l'accueil des exilés.

Les reconfigurations de l'hébergement hôtelier francilien depuis la fin des années 2000, puis les dynamiques de dispersion dans le DNA à l'échelle nationale ont contribué à générer de nouveaux besoins sur les territoires. Celles-ci ont conduit à la mobilisation des acteurs existants sur le territoire, mais aussi la mise en place de nouveaux acteurs pour répondre rapidement à ces besoins. Au-delà de ces mobilisations, dans quelle mesure ce contexte a-t-il alors conduit à une mise à l'agenda de la santé des exilés dans les politiques publiques ?

3.2. La formalisation d'une « politique publique de santé des exilés » ?

L'expression de « politique publique de santé des migrants » nous provient d'un article de l'ARS Île-de-France décrivant les mesures de prise en charge sanitaire mises en œuvre dans le cadre des opérations de mises à l'abri d'exilés entre 2015 et 2017 (Ginot et al., 2018). Qu'entendre exactement dans cette expression ? Représente-elle seulement un élément de langage de l'ARS Île-de-France ou nous renvoie-t-elle à la formalisation d'un réel projet politique d'accompagnement des exilés précaires ?

3.2.1. Penser des « parcours de santé des migrants » : la formalisation d'une politique publique volontariste de santé des exilés ?

La réponse des politiques publiques aux enjeux d'accès aux soins des exilés depuis 2015 se construit autour de notion de « parcours de santé des migrants », affirmée par une circulaire de 2018 du Ministère des solidarités. Portée conjointement par la Direction générale de la Santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction de la Sécurité sociale, ainsi que la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), cette circulaire se donne pour ambition « le renforcement du pilotage régional et territorial du parcours de santé des migrants au sein des PRAPS » et l'amélioration de la coordination dans la prise en charge des exilés. Parmi les mesures préconisées, elle encourage notamment la mise en place d'un « rendez-vous santé » à l'arrivée sur le territoire, effectué par l'une des structures médico-sociales « pivot » de l'accès aux soins des précaires (PASS, EMPP, réseaux de santé). Elle encourage par ailleurs à une « mobilisation de tous les acteurs médicaux et médico-sociaux de proximité », notamment la médecine de ville, et à un « renforcement des moyens de coordination dans la prise en charge des populations migrantes » : conventions de partenariats avec les CPAM afin de fluidifier les demandes de couverture sociale, espace de travail partagé, répertoire des structures ressources du territoire, cartographie des services. L'expression de ces mesures dans une circulaire portée directement par le Ministère des Solidarités semble témoigner d'une structuration à l'échelle nationale d'une politique territorialisée relative à l'accès aux soins des exilés précaires. L'inscription de la circulaire dans le PRAPS, suggère une mise à l'agenda de la prise en charge des exilés précaires aux échelles régionales. Lors de l'enquête, une remarque d'une représentante de l'ARS IDF évoquant le travail coordonné avec les autres ARS depuis 2017 autour de la mise en place d'un rapport national des PASS m'interpella : « On peut dire que la question des migrants nous a 'obligé' à traiter la question des PASS au niveau national »⁴⁴. Ainsi la « question des migrants », sous entendue ici depuis 2015, serait venue créer une coordination des PASS qui n'existait pas auparavant. Cette remarque suggère non seulement la constitution d'un « pilotage » national autour de la santé des exilés, mais aussi, au-delà, que « la question des migrants » vient renforcer la coordination nationale des dispositifs d'accès aux soins dédiés aux publics précaires de façon plus générale. Par ailleurs, le principe de « parcours de santé des migrants » et la notion de coordination interrogent le rôle et l'intégration des acteurs de l'action sociale, notamment les équipes d'hébergement social, dans l'accès aux soins des exilés. Elles soulignent la mission d'accompagnement sanitaire comme prérogative des centres d'hébergement, observable également dans l'évolution de leurs cahiers des charges. En 2019, un arrêté ajoute aux cahiers des charges des

⁴⁴ Représentante de l'ARS Île-de-France lors d'une réunion avec les PASS du département de la Seine-et-Marne, mars 2019.

HUDA la mission consistant à « organiser systématiquement une visite médicale systématique dès l'admission par le gestionnaire ou dans le cadre du parcours santé des migrants »⁴⁵. L'usage de l'expression de « parcours de santé des migrants » fait alors directement écho à la circulaire de 2018.

Si l'affirmation de cette notion de « parcours de santé des migrants » témoigne d'une promotion des dynamiques de coordination partenariale dans la santé des exilés, en pratique, les apports de cette circulaire et plus largement de cette notion nous semblent à relativiser. En effet, les acteurs et les mesures évoquées par la circulaire de 2018 n'ont en pratique rien de bien nouveau. Les acteurs « pivot » ne sont rien d'autre que les acteurs traditionnels de la prise en charge médico-sociale des exilés précaires, qui n'ont pas forcément été renforcés depuis 2015. Comme nous le verrons plus précisément dans le chapitre suivant, ces acteurs sont des toutes petites équipes. Par ailleurs, les pratiques de coordination évoquées (conventions de partenariats, correspondant CPAM...) sont des mesures qui avaient déjà été conduites par certaines ARS lors des ouvertures de centres d'accueil (CAO et CHUM) en 2015-2016. Enfin, comme nous le verrons aussi plus précisément dans le chapitre 4, l'organisation de la visite médicale par les acteurs de l'hébergement est en réalité très peu mise en œuvre.

3.2.2. *L'inscription de la médiation et l'interprétariat en santé dans les politiques publiques*

L'évolution de la santé des exilés dans les politiques de santé sociale passe également par la programmation dans les politiques publiques de la médiation et de l'interprétariat en santé. Bien que la préoccupation de l'interprétariat auprès des exilés fait l'objet d'une mobilisation ancienne par les acteurs associatifs (ISM, Migration Santé Alsace, Asamla dès les années 1970), celle-ci a longtemps été dépourvue de cadre juridique et de référentiel professionnel. Dans sa thèse, Marjorie Gerbier-Aublanc (2016) a retracé comment l'émergence des professions de médiateurs et médiateurs-interprètes en santé est étroitement lié à l'épidémie de sida via le développement de l'accompagnement par les pairs. Toutefois, il a fallu attendre la loi de modernisation du système de santé de 2016 pour voir l'inscription officielle de la médiation et de l'interprétariat en santé dans les politiques publiques. La médiation en santé est alors définie comme « *la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus, à la prévention et aux soins* »⁴⁶. D'après cette définition, la médiation n'apparaît pas comme une fonction nouvelle ni spécifique aux exilés précaires, et renvoie plutôt à une mission commune à tout dispositif intervenant auprès des personnes en situation de précarité. En pratique, elle est toutefois très associée à l'accompagnement des populations exilées, au regard notamment des freins linguistiques et culturels à l'accès aux soins. Cette inscription de la médiation et de l'interprétariat en santé à l'agenda politique national a conduit à son inscription dans les programmes territoriaux et notamment le PRAPS. À ce titre, alors que le PRAPS 2005 de la région Île-de-France ne mentionnait pas du tout ces instruments, celui de 2018 en fait des objectifs centraux, dédiant deux axes de développement à la médiation en santé et à l'interprétariat professionnel dans les services de santé⁴⁷. Par ailleurs, l'inscription et la

⁴⁵ Arrêté du 19 juin 2019 relatif au cahier des charges des lieux d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile

⁴⁶ Article D. 1110-5 du Code de la Santé Publique, issu du décret n° 2017-816 du 5 mai 2017.

⁴⁷ PRAPS IDF 2005 et PRAPS IDF 2018-2022

professionnalisation de ces fonctions ont mené à la multiplication de formations spécialisées, majoritairement portées par des associations mais aussi quelques diplômes universitaires.

Si cette inscription à l'agenda national traduit la reconnaissance de ces fonctions dans la promotion de la santé des exilés, les travaux sur les dynamiques de professionnalisation de ces métiers montrent cependant qu'elle reste un processus largement inachevé malgré une plus-value sociale et économique reconnue (Revault & Delaquaize, 2022). Les raisons de cette situation tiennent à la fois aux profils des médiateurs, aux objectifs et mandats officiels qui leur sont confiés, à l'hétérogénéité de leurs conditions d'exercice du métier, à la faible institutionnalisation des dispositifs publics. Sur le département étudié, nous avons retrouvé parmi les acteurs du soin gratuit (PASS, RDS et EMPP) seulement un poste au RDS Sud et un demi-poste au RDS Nord. Comme ont pu me l'expliquer les deux responsables des réseaux, les financements pour ces deux postes ont mis plusieurs années à être obtenus auprès de l'ARS. Au RDS Sud, alors que le médecin coordinateur demandait depuis plusieurs années un poste de médiateur partagé entre ses différents services, il a fallu attendre la mobilisation exceptionnelle au printemps 2020 dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 pour l'obtenir. Par ailleurs, d'après un travail de recension des formations de médiateurs et médiateurs-interprètes en 2019 (Haschar-Noé & Bérault, 2019), l'offre reste encore faible et très inégale, aussi bien dans sa répartition territoriale que dans ses contenus. Des travaux sur les conditions d'exercice des médiateurs et/ou interprètes mettent en avant les tensions de ces métiers aux territoires – aussi bien géographiques que professionnels - d'intervention multiples (Pian et al., 2018, Gerbier-Aublanc, 2020).

L'inscription dans les politiques publiques d'une part de la notion de « parcours de soin coordonné des migrants », d'autre part de la médiation et de l'interprétariat en santé témoignent de dynamiques d'institutionnalisation de la « santé des exilés » dans les référentiels d'action publique. Ces deux catégories reflètent notamment la reconnaissance des enjeux de coordination des différents acteurs impliqués dans l'accès aux soins des exilés : centres d'hébergement, médecin de ville, partenaires de l'action sociale. Toutefois, les moyens encore insuffisants débloqués dans la professionnalisation des métiers de la médiation en santé et le caractère finalement peu novateur et non prescriptif de la circulaire de 2018 conduisent à relativiser l'idée d'une réelle politique publique de santé des exilés.

3.2. L'affirmation des logiques de ciblage à l'heure de « l'aller-vers »

Si l'institutionnalisation d'une « politique publique de santé des migrants » à l'échelle nationale est difficile à établir, la construction scientifique et politique de la santé des exilés depuis les années 2010 témoigne néanmoins d'une affirmation des logiques de ciblage dans les référentiels des politiques publiques. À ce titre, l'idée même d'un parcours de santé des migrants, qui serait alors différent d'un parcours de santé non migrant, porte directement l'idée d'une singularisation du soin des exilés. Ces logiques de ciblage reposent en partie sur les catégorisations mobilisées dans les arènes scientifiques, mais sont aussi à mettre en relation avec l'affirmation, à une échelle plus large dans la santé sociale, du paradigme de l'aller-vers.

3.2.2. *Des travaux scientifiques qui encouragent et justifient des approches dédiées/ catégorielles du soin*

La construction scientifique de la santé des exilés est traversée par des logiques de ciblage mobilisant des catégorisations thématiques et populationnelles. En démontrant l'exposition particulière de ces catégories d'exilés à certaines vulnérabilités spécifiques, en lien avec l'expérience migratoire, ces études scientifiques justifient alors le développement de programmes spécifiques.

Dans les arènes scientifiques, l'augmentation des besoins liés au contexte migratoire s'est traduit par la prolifération depuis les années 2010 de travaux décrivant leur état de santé et les modalités de leur prise en charge, en particulier dans les dispositifs dédiés aux personnes précaires (Georges-Tarragano et al, 2017; Tapié de Céleyran et al, 2017). À titre d'exemple, la multiplication des dossiers thématiques du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* consacrées à l'accès aux soins des « migrants » témoigne du poids croissant de cette problématique en santé publique en même temps que de l'affirmation de l'approche épidémiologique qui la façonne⁴⁸. S'il ne s'agit pas de renouer avec les approches essentialistes qui ont forgé la prise en charge de la santé des étrangers, ces travaux qui décrivent l'état de santé des exilés portent alors l'idée que l'exposition particulière des personnes migrantes à certaines pathologies liées aux conditions de vie et de soin dans l'expérience de la migration, ou encore les difficultés dans l'accès associées aux barrières administratives et sociales dans l'accès au système de santé, justifient le développement de programmes spécifiques. Ces logiques de ciblage sont construites sur des catégories thématiques, relatives à des pathologies ou des risques spécifiques (le psycho-traumatisme, la vulnérabilité sexuelle), et/ou populationnelles, relatives à des catégories administratives et sociales d'exilés (les femmes migrantes, les demandeurs d'asile, les mineurs isolés...).

On retrouve notamment un regard particulier sur la santé des exilés précaires dans les champs de la prévention des maladies infectieuses et de la santé psychique, ce qui témoigne alors des héritages des spécialités médicales qui ont façonné le regard porté sur la santé des exilés (cf. *supra*). Les personnes migrantes demeurent des « publics cibles » de la prévention contre le sida et les hépatites virales dont les prévalences sont plus élevées, et l'accès à la prévention et aux traitements souvent moins important dans les pays d'origine (Lot et al., 2012). Par ailleurs, face à la moindre protection à certaines pathologies infectieuses, en partie imputée à la variabilité des politiques vaccinales dans le monde, les exilés font l'objet de pratiques de rattrapage vaccinal visant à mettre les individus à jour du calendrier vaccinal français (Vignier et al., 2018)⁴⁹. La tuberculose fait également l'objet d'une surveillance particulière auprès des migrants dans de nombreux pays d'Europe (Kunst et al., 2017), à travers des programmes de prévention et dépistage sur les espaces d'habitat collectif, lieux d'habitat précaire (campements, squats...) et des structures d'hébergement (Bernard et al., 2020). En santé psychique s'affirme cette « clinique de l'exil » (Benslama, 2004) historiquement portée par les associations

⁴⁸ En 2012 (n°2-3-4) « Santé et recours aux soins des migrants en France », en 2017 (n°19-20) « La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique », en 2019 (n°17-18) « Santé des personnes migrantes, parcours d'exils, violences subies : un enjeu pour l'ensemble du système de santé ».

⁴⁹ En décembre 2019, la Haute Autorité de Santé a publié des recommandations officielles relatives au rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants (cf. Décision n° 2019.0281/DC/SEESP du 11 décembre 2019 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de la recommandation vaccinale « rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu - en population générale et chez les migrants primo-arrivants »).

spécialisées que nous avons évoquées plus haut, centrée sur la reconnaissance et la prise en charge des psycho-traumatismes liés à l'expérience migratoire. Les consultations transculturelles se sont multipliées : en 2016 le réseau Psycom recense en Île-de-France 11 institutions (services hospitaliers, associations spécialisées, PASS psychiatrique) proposant des consultations transculturelles sur la région.

Dans des approches intersectionnelles, de plus en plus de travaux scientifiques et d'acteurs du soin s'intéressent spécifiquement aux violences (et leurs effets) infligées aux femmes et minorités de genre. L'exposition à la violence tout au long de l'expérience est largement « sexospécifique » : là où les hommes sont davantage victimes de tortures et de séquestration, les femmes migrantes sont plus exposées à des violences sexuelles et évoluent davantage dans une situation de vulnérabilité sexuelle (relations transactionnelles, rapports non protégés, prostitution...)(Desgrées du Loû et al., 2017, Pannetier et al., 2017). En 2019, l'enquête DSAFHIR (Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées immigrées et réfugiées), menée auprès de 469 femmes migrantes vivant à l'hôtel en Île-de-France 2017, confirmera la surexposition des femmes exilées à différentes formes de violences physiques et notamment sexuelles au cours de leur vie et surtout leur manque de prise en charge (Andro et al., 2019b). Cet intérêt pour la vulnérabilité sanitaire particulière des femmes migrantes converge avec la mise à l'agenda de la lutte contre les violences faites aux femmes. Cependant, celles-ci sont abordées de façon spécifique pour les femmes migrantes autour de la problématique de la prise en charge des mutilations sexuelles féminines, un enjeu qui gagne en visibilité en médecine avec le développement de parcours de santé des femmes migrantes ou encore une activité de chirurgie réparatrice des mutilations sexuelles féminines dans certains services de chirurgie gynécologique (Andro et al., 2010, Gillette-Faye, 2021). Ces approches thématiques et catégorielles de la vulnérabilité sanitaire des population exilées contribuent à en faire un domaine particulier de la santé sociale, qui se traduit dans les politiques publiques par l'affirmation de dispositifs spécifiques et de logiques de ciblage.

Les catégorisations mobilisées dans les travaux scientifiques se retrouvent dans les instruments des politiques publiques. Le PRAPS de la région Île-de-France 2018-2023 est traversé par ces catégories de la migration en les associant souvent à des pathologies ou problématiques sociales. Aussi retrouve-t-on la précarité et l'instabilité résidentielle des « gens du voyage » et « Roms migrants » vivant en bidonvilles, « la vulnérabilité sexuelle des femmes migrantes », « la problématique de l'isolement des immigrés âgés », ou encore les souffrances psychiques des « demandeurs d'asile et réfugiés » et des « mineurs étrangers isolés » (PRAPS IDF, 2018-2023). Cette dernière catégorie également appelée « mineurs non accompagnés (MNA) » semble connaître une affirmation particulière sur les dix dernières années. Si la question de leur accueil est loin d'être une question sociale nouvelle, la problématique de leur prise en charge sanitaire connaît une dynamique de mise à l'agenda depuis une dizaine d'années. En 2017, la Haute Autorité de santé publie un guide d'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers ». Cette émergence est visible dans les PRAPS. Alors que la question de la prise en charge médicale des mineurs isolés étrangers est totalement absente du PRAPS 2013-2017 de la région Île-de-France, celui de 2018-2022 y dédie un axe et qualifie les mineurs non accompagnés comme l'un des publics « prioritaires » de la lutte contre les inégalités de

santé⁵⁰. En 2019, l'ARS Île-de-France publiera une note d'instruction en direction des services de santé concernant spécifiquement l'accueil de MNA dans leurs services⁵¹. Cette émergence à l'agenda politique s'accompagne de programmes dédiés portés par des acteurs associatifs (programme de Médecins du monde de 2015) et la multiplication d'appels à projets pour développer des consultations dédiées. Nous reviendrons dans le chapitre 5 sur deux types de consultations dédiées sur le territoire, dont l'un en réponse à un appel à projet de la CPAM. En 2021, l'ARS Île-de-France ouvre une PASS dédiée aux mineurs, accompagnés ou non, à l'hôpital parisien de Necker.

3.2.3. Une convergence avec l'affirmation de l'« aller-vers » dans les politiques sanitaires et sociales

L'affirmation des logiques de ciblage des exilés est par ailleurs à replacer dans l'affirmation de la démarche d'« aller-vers » dans les politiques sanitaires et sociales. Evoquée avec les EMPP, l'aller-vers, en revendiquant l'initiation de la relation d'aide par l'intervenant et non la personne aidée, se veut être une démarche de lutte contre le non-recours aux soins et services d'aide avec comme objectifs de long terme l'entretien d'un lien social, l'orientation des personnes vers les dispositifs d'aide adaptés et une autonomie progressive des individus dans leurs démarches (Ravon et al., 2000, Chambon, 2018). Comme nous le reverrons plus précisément dans la troisième partie de la thèse, se déplacer sur les lieux de vie des populations pour les soigner est une démarche ancienne de l'action médico-sociale, toutefois l'aller-vers connaît depuis une vingtaine d'année un déploiement important dans la lutte contre le non-recours aux soins, notamment auprès des exilés. En 2018, la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté lui octroie une place centrale dans la lutte contre le non-recours aux soins et aux droits sociaux, qui sera renouvelée par le pacte des solidarités entré en vigueur le 1^{er} janvier 2024. Dans un article récent (2023), Robert Lafore analyse la place centrale de l'aller-vers dans « le modèle social inclusif » qui se serait imposé depuis les années 1990. Dans un modèle où la norme à atteindre est l'autonomie, l'aller-vers répondrait particulièrement à « l'impératif d'individualisation », c'est-à-dire au recentrement sur la prise en compte des spécificités individuelles et au principe selon lequel ce sont les services qui doivent s'adapter aux individus et non l'inverse. En ce qu'il donne à l'intervenant le choix de celui qu'il aborde, « l'aller-vers » repose en effet pleinement sur des logiques de ciblage. Il s'écarte des principes d'universalité et d'inconditionnalité pour cibler des groupes sociaux particulièrement en marge des institutions, et notamment des personnes exilées.

On observe en effet depuis les années 2000 la multiplication de maraudes médico-sociales et autres « cliniques mobiles » ciblant des catégories d'exilés (« Roms », MNA, femmes migrantes) et/ou des espaces de vie des exilés précaires (campements des grandes villes ou des zones frontalières) (Ligi et al., 2018, Popovici & Pawlik, 2018, Tisserand, 2018, Guzniczak, 2019). Parmi les acteurs ayant une visibilité nationale, on peut citer par exemple la mission mobile de MDM dédiée aux mineurs non accompagnés, les maraudes de l'association Utopia 56 (née en 2015) dans plusieurs grandes villes de France ou encore le « dispositif mobile de soutien aux exilés (DMSE) » de la Croix Rouge Français intervenant sur les camps de Grande-Synthe et Calais. Parallèlement au déploiement de ces dispositifs associatifs (dont certaines sont partiellement financées par des fonds publics), la démarche « d'aller-

⁵⁰ ARS Île-de-France, Programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2018-2022. Sous-axe 5.2.5 « Intervenir en direction des mineurs non accompagnés et des jeunes non reconnus comme mineurs », p.35.

⁵¹ ARS Île-de-France, Direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités, 15 juillet 2019 « Note d'instruction en direction des offreurs de soins concernant la prise en charge des Mineurs non accompagnés étrangers ».

vers » s'est aussi largement affirmée dans les politiques publiques depuis une quinzaine d'années. Evoquée plus haut, ce sont les EMPP qui ont incarné en 2005 les premières équipes « d'aller-vers » dans les politiques publiques. Depuis, cette démarche s'est progressivement affirmée dans les programmes et instruments de l'action sociale et médico-sociale. À titre d'exemple, les évolutions du PRAPS de la région Île-de-France en témoigne particulièrement : alors qu'en 2005, le PRAPS évoque à une reprise « les actions de santé des équipes mobiles » dans le cadre de l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation d'habitat précaire, douze ans plus tard, il projette la mise en place « d'une plateforme ressources régionale des actions d'aller-vers en santé ». Ce dernier PRAPS sera suivi d'un état des lieux des actions 'd'aller-vers' à destination des personnes en situation de grande précarité en Île-de-France (Blanc et al, 2018) puis d'un référentiel de mise en œuvre d'interventions mobiles. Les dispositifs de prévention sont aussi de plus en plus incités à développer des actions directement sur les lieux de vie des personnes en situation de précarité : alors qu'en 2000 le cahier des charges des centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) évoque les actions mobiles comme une « possibilité d'intervention » auprès des plus précaires, quinze ans plus tard celui des CeGIDD en fait une nécessité⁵².

En 2020, la réforme du Ségur de la Santé a consacré la posture de « l'aller-vers » avec la création de 5 nouveaux types d'équipes mobiles sanitaires dédiées aux populations précaires : les PASS mobiles, les appartements de coordination thérapeutique (ACT) « hors-les murs », les lits halte soins santé (LHSS) mobiles, les services de soins infirmiers précarité et les équipes mobiles santé précarité (EMSP)⁵³. Cette réforme confirme l'affirmation de ce paradigme dans la lutte contre le non-recours et les inégalités sociales de santé. Depuis 2021 se multiplient les appels à projet pour développer ces différentes équipes mobiles. Si ces équipes, contrairement à certains dispositifs associatifs précités, ne prétendent pas être dédiées aux exilés, elles sont en réalité portées par des acteurs intervenants très majoritairement auprès des exilés. Nous explorerons dans la dernière partie de cette thèse, au travers des exemples étudiés sur le territoire seine-et-marnais, comment ces équipes mobiles ont alors notamment vocation à répondre à la reterritorialisation de l'accueil des exilés.

Conclusion

Ce chapitre a exploré la construction de la santé des exilés comme problème scientifique et politique depuis le début du XXème siècle. Dans les arènes scientifiques, alors qu'elle fut façonnée par des approches médicales essentialistes, la représentation de la santé des exilés a connu une progressive dé-singularisation par l'affirmation d'une approche épidémiologique. Dans les arènes politiques, la santé des exilés fut d'abord appréhendée comme un problème essentiellement hygiéniste. Ces sont alors les mobilisations des acteurs associatifs pour défendre l'accès aux droits des exilés qui ont permis de le porter comme problème des politiques sociales. En 1998, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions va non seulement réformer les politiques d'accès à une protection sociale

⁵² « Le CeGIDD doit adapter ses actions et les diriger, notamment à travers les actions hors les murs, vers les publics les plus exposés, au plan épidémiologique, au risque de transmission du VIH, des IST, des hépatites virales B et C ou les plus éloignés du système de soins » Arrêté du 1er juillet 2015 relatif à la mission des CeGIDD.

⁵³ Cf. mesure 27 du Ségur de la santé 2020, Ministère des solidarités et de la santé, juillet 2020.

pour les exilés mais aussi mettre en place les principaux instruments et dispositifs de l'action publique contemporaine permettant leur accès primaire aux soins. La reterritorialisation de la santé des exilés depuis la fin des années 2000, amplifiée depuis 2015, a entraîné une mobilisation nouvelle d'acteurs médico-sociaux, et semble avoir contribué à renforcer l'inscription de la santé des exilés dans les politiques publiques. Bien que leur mise en œuvre effective soit limitée, on observe une affirmation des enjeux de coordination médico-sociale, autour de l'idée d'un « parcours de soins coordonné » des exilés, et une inscription de la médiation en santé dans les politiques publiques.

L'analyse de cette construction de l'accès aux soins des exilés comme problème public tout au long du XXème siècle a montré par ailleurs comment celle-ci est historiquement traversée par la tension entre des dynamiques de ciblage et d'universalisme. Le **Tableau 6** ci-dessous propose alors une vue synthétique de cette tension dans la construction du droit à la santé des exilés, de ses approches scientifiques et des dispositifs interventionnels.

Tableau 6. La tension entre universalisme et ciblage dans la construction de la santé des exilés comme problème scientifique, social et politique

	Ciblage/singularisation	Universalisme
Approches scientifiques du corps et de la santé des étrangers	Approches hygiénistes, tropicalistes, culturalistes de la santé des exilés (19 ^{ème} -début 20 ^{ème}). Multiplication des travaux de recherche sur les vulnérabilités sanitaires spécifiques (PTSD, risques infectieux, périnatalité...) depuis les années 2000.	Affirmation d'une approche épidémiologique et sociale de la santé des exilés (~années 1990) : les exilés sont des patients comme les autres qui souffrent surtout de précarité
Evolution du droit à la santé des exilés	Aide médicale gratuite (1895) conditionnée à des accords d'assistance entre pays (pays limitrophes essentiellement). Distinction des étrangers sans-papiers dans l'AME (1998) et durcissement de son accès depuis sa création	Les étrangers en situation régulière ont accès à la couverture maladie universelle (1998)
Pratiques et dispositifs de soins	Prise en charge des exilés dans les services de médecine tropicale (XIX ^{ème} -XX ^{ème}) Développement de programmes et consultations dédiées (rattrapage vaccinal, consultations transculturelles) depuis les années 2000 Affirmation des logiques de ciblage et de « l'aller-vers » dans les politiques publiques	Développement de consultations gratuites à l'hôpital (1980-90) pour accueillir à nouveau les plus pauvres à l'hôpital et création des PASS (1998) pour les réinscrire dans le droit commun

La construction du droit à la santé et de l'accès aux soins est ainsi marquée par l'ambivalence entre une volonté de décloisonner l'accès au système de santé pour les exilés, et la construction d'un accès à la santé différencié pour une partie d'entre eux. Malgré l'affirmation du droit à la santé comme un droit universel, l'évolution de la protection sociale depuis les années 1990 a contribué à marginaliser les étrangers en situation irrégulière, tandis que la montée de la rhétorique du soupçon dans les arènes et forums politiques entretient une délégitimation de l'accès à la santé des exilés les plus précaires. Si les PASS, les EMPP et les associations médico-sociales financées par des fonds publics incarnent bien la réaffirmation de l'État social dans l'accueil des plus pauvres ainsi que la réconciliation du social et du médical dans la réponse aux besoins de santé des démunis, les difficultés exacerbées dans l'accès à une couverture sociale et aux services de santé auxquels se confrontent les exilés tendent à en faire des sous-espaces dédiés du système de santé dont ils peinent à sortir. Concernant la caractérisation de la

santé des exilés dans les arènes scientifiques s'oppose de même un enjeu de dé-singularisation de la santé des exilés et la reconnaissance de problématiques sanitaires et sociales exacerbées, justifiant finalement des approches spécifiques. Nous l'avons vu, le chemin pour dé-spécifier le regard porté sur le corps et la santé des étrangers a été complexe et s'est fait notamment à travers la déconstruction par les sciences sociales des inégalités de santé liées à l'expérience migratoire. En outre, si l'appréhension de la santé des exilés est dominée par une approche par l'épidémiologie sociale, les approches essentialistes n'ont certainement pas disparu. Aujourd'hui, les dispositifs de soin auprès des exilés sont très marqués par des logiques de ciblage dans l'approche du soin des exilés, convergeant alors avec l'affirmation du paradigme de « l'aller-vers » dans les politiques sociales et sanitaires.

A l'issue de ce chapitre, nous nous interrogeons alors sur l'ambivalence de ces logiques de ciblage et approches populationnelles spécifiques. Le développement de dispositifs dédiés à certaines catégories d'exilés selon des critères biographiques et sociaux, et/ou dans lesquels ce sont les intervenants qui définissent (et donc choisissent) les publics vers qui « aller » n'entrent-ils pas en contradiction avec l'approche inconditionnelle et universaliste du soin ? Quels risques de ces approches relevant d'une « gestion stratifiée de la santé » et d'un « gouvernement spécifique des populations précaires » (Duvoux et Vezinat, 2022, p.23) dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ? L'ambition de cette thèse, plus particulièrement des parties 2 et 3, est alors bien d'explorer la mise en œuvre sur un territoire de ces logiques d'action, leurs ambivalences et la manière dont elles recomposent l'action médico-sociale. Avant cela, il nous semble cependant nécessaire de resituer les acteurs du paysage local de l'accès aux soins des exilés dans le contexte managérial et territorial qui conditionne leurs pratiques.

CHAPITRE 3

Soigner les exilés précaires avec des moyens précaires.

Contraintes spatiales et managériales de l'action médico-sociale à l'heure de la nouvelle gestion publique

Là où le chapitre précédent a apporté une vision socio-politique historique sur le développement de l'action médico-sociale auprès des exilés, il s'agit ici de replacer les acteurs de la santé sociale dans le contexte économique et managérial actuel, afin d'analyser leurs moyens et stratégies pour répondre à l'évolution de la demande en soins que suppose la reterritorialisation de l'accueil des exilés. Précisons que nous nous intéressons ici essentiellement aux acteurs impliqués dans le recours primaire aux soins, c'est-à-dire avant l'accès à une couverture sociale. Nous reviendrons dans le chapitre 6 sur les enjeux d'accès et d'orientation vers le reste du système de santé.

Depuis les années 1990, la mise en œuvre de l'action publique est marquée par une évolution des modes de gouvernance et de gestion couramment résumée sous l'appellation de nouvelle gestion publique (NGP), traduction de l'anglais *new public management*. La NGP est décrite comme une approche gestionnaire des services publics qui vise à appliquer des méthodes issues du secteur privé pour améliorer l'efficacité et l'efficience de l'administration publique. Corrélative aux dynamiques de décentralisation, elle représente d'une part une réorganisation administrative et territoriale de la mise en œuvre de l'action publique, d'autre part l'introduction de nouveaux modes et outils de gestion inspirés du secteur privé entrepreneurial (Bezes & Demazière, 2011). Dans l'action sanitaire et sociale, la réorganisation de la gouvernance territoriale s'est affirmée avec la création des agences régionales de santé (ARS) en 2009 par la loi Hôpital, santé, territoires (HPST). Les ARS représentent à la fois les logiques de déconcentration et de reterritorialisation de l'action sanitaire et médico-sociale et l'objectif de réduction des dépenses publiques par la mutualisation des moyens humains et techniques et la fusion des tutelles administratives⁵⁴. L'autre transformation majeure associée est la délégation croissante de la mise en œuvre des politiques publiques à des opérateurs privés, très majoritairement associatifs, via des instruments de contractualisation. Introduite progressivement depuis les années 1970⁵⁵, la logique de contractualisation entre l'État et le secteur privé a été affirmée là encore avec la loi HPST qui a introduit un système de financement par appels à projets dans la mise en œuvre des missions de service public. Aujourd'hui, le partenariat public-privé est devenue la forme principale de mise en œuvre de l'action médico-sociale, tout comme dans l'hébergement social et le secteur socio-éducatif. Cette logique de contractualisation entre l'État et les associations a fait bouger les lignes dans l'action médico-sociale. Si l'on pouvait distinguer autrefois d'un côté les dispositifs publics, produits des politiques sanitaires et sociales ; de l'autre les structures associatives dénonçant au contraire le

⁵⁴ Les ARS représentent la fusion des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), des unions régionales des caisses d'assurance-maladie (URCAM) et d'une partie de l'activité des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM).

⁵⁵ Les prémices de la démarche contractuelle remontent à la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales qui fut la première à encourager le conventionnement entre l'Etat et les acteurs privés. Ce sont ensuite les lois de décentralisation de 1982 et 1983 qui ont réellement introduit le partenariat public-privé comme nouveau mode de mise en œuvre de l'action publique en matière d'action sociale et médico-sociale. En 2009, la loi HPST a ensuite introduit un système d'appels à projet par l'autorité financeuse (l'ARS ou tout autre acteur institutionnel de l'action sociale : CAF, CPAM, ASE...) sur la base de cahiers des charges.

désengagement de l'État dans la lutte contre les inégalités sociales, le paysage de l'action médico-sociale apparaît de plus en plus comme un continuum entre initiatives associatives et dispositifs issus des politiques publiques. Sur le territoire étudié, les deux réseaux de santé, l'équipe mobile sanitaire régionale « migrants » et l'association Psychologie Consultations sont le résultat de ces différentes dynamiques de contractualisation entre l'État et le secteur associatif. Associé à ces nouveaux modes de contractualisation, la NGP repose enfin sur l'affirmation d'une culture du résultat, de la mesure et de l'évaluation des performances dans le secteur de la santé et de l'action médico-sociale. Celle-ci s'incarne dans les nouveaux outils d'évaluation des politiques publiques : standardisation de l'acte, obligation de chiffrage de l'activité...etc. Si l'affirmation de ces logiques managériales ont d'abord fortement transformé (et dégradé) le fonctionnement et les conditions de travail au sein de l'institution hospitalière (Belorgey, 2010), la dynamique de partenariat public-privé a nécessairement transféré ces modalités gestionnaires dans le monde associatif (Hély, 2009).

Ainsi ce chapitre analyse l'évolution de l'action médico-sociale auprès des exilés à l'aune de ce contexte économique et managérial. Il interroge les capacités de l'ARS et des acteurs « opérateurs » de la santé sociale à répondre, dans ce contexte gestionnaire, à l'évolution de la demande en soin des exilés sur le territoire. Quelles possibilités, sur un territoire périurbain peu doté, d'étendre la couverture territoriale des besoins ? Comment les professionnels, en prise avec les logiques gestionnaires de la nouvelle gestion publique, parviennent-ils à augmenter leurs capacités d'accueil des exilés ? Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, les politiques publiques revendiquent la construction de « parcours de santé coordonnés des migrants », notion elle-même issue du vocable la nouvelle gestion publique. Quelles sont alors les réelles capacités de « coordination » des acteurs dans l'accompagnement des exilés, et notamment comment se confrontent-elles (autant qu'elles y répondent) aux logiques gestionnaires ?

Dans une première partie, nous nous plaçons du point de vue de l'ARS pour analyser les enjeux et difficultés à planifier l'accès aux soins des exilés précaires sur le territoire étudié. En se plaçant davantage à l'échelle des services de soin, nous analysons dans une seconde partie les contraintes managériales et financières qui limitent le développement et l'accessibilité fonctionnelle des services. Nous décrivons comment ces acteurs négocient et s'adaptent aux moyens matériels et humains dont ils disposent pour assurer une continuité de service à différentes échelles de temps. Notre dernière partie se concentre sur les pratiques de coordination médico-sociale internes et partenariales qui viennent en partie répondre à l'insuffisance des moyens respectifs. Nous explorons les conditions et leurs limites de cette coordination, ainsi que la manière dont les situations d'instabilité résidentielle de nombreux exilés invitent à étendre ses échelles.

1. Planifier l'accès primaire aux soins des exilés sur un département périurbain

Après un rappel de l'organisation et des missions de l'ARS, nous analysons dans cette première partie les enjeux et contraintes dans la mise en œuvre territorialisée des politiques d'accès aux soins face à l'évolution des dynamiques migratoires locales. Cette partie va aussi nous permettre de caractériser plus précisément l'organisation territoriale du système d'acteurs impliqués dans l'accès primaire aux soins des exilés ainsi que les contraintes de mobilité sur le territoire.

1.1. Les délégations départementales de l'ARS, un « intermédiaire des politiques publiques » au pouvoir de décision limité

Les Agences régionales de santé ont pour principale mission de coordonner la mise en œuvre régionale des politiques de santé entre les établissements hospitaliers, la médecine de ville et l'ensemble des acteurs du secteur médico-social. Une ARS est gouvernée depuis une direction régionale qui définit le programme régional de santé (et notamment le PRAPS) puis organisée en délégations territoriales chargées de sa mise en œuvre locale, elles-mêmes organisées en pôles thématiques. Les délégations territoriales endossent un rôle « d'intermédiaire des politiques publiques », au sens que lui donne Patrick Hassenteufel, notion qu'il reprend lui-même à Olivier Nay et Andy Smith (2002). Il s'agit d'un rôle « d'interface [...], non seulement entre des acteurs privés et des acteurs publics, mais aussi entre des univers institutionnels sectorisés, entre des niveaux d'action publique (infranationaux, nationaux voire supranationaux), ou encore entre les forums et les arènes des politiques publiques » (Hassenteufel, 2011). Concrètement, ce sont les délégations territoriales qui sont en contact direct avec les acteurs médicaux et médico-sociaux, évaluent leurs activités et négocient l'attribution des budgets. L'Île-de-France, comme la plupart des régions françaises a fait le choix de délégations départementales. En 2020, la délégation de l'ARS Seine-et-Marne était organisée en 4 pôles : offre de soins, autonomie, veille et sécurité sanitaire, prévention et promotion de la santé⁵⁶. C'est essentiellement ce dernier pôle qui est chargé de la mise en œuvre du PRAPS et plus généralement des politiques d'accès aux soins des personnes précaires :

« Nous, très simplement, Prévention et promotion de la santé c'est décliner une politique régionale de santé telle qu'elle a été définie dans le PRS 2 [= programme régional de santé 2018-2022]. Très concrètement, en pratique, on a à la fois des structures médico-sociales qu'on suit, finance et accompagne. Ce sont les PASS, hospitalières et ambulatoires, les réseaux précarité. Là y a des enveloppes FIR, ONDAM ou MIG – car les PASS hospitalières sont sur la MIG. Nous en général on a un accompagnement et un dialogue de gestion avec les acteurs, ce que j'essaye d'approfondir et formaliser »⁵⁷.

La référence immédiate au programme régional de santé et aux budgets gérés, et même plus précisément à leurs sigles, pour résumer l'activité du pôle illustre comment le vocabulaire et les instruments gestionnaires structurent les discours des professionnels chargés de la mise en œuvre des politiques publiques. Le FIR (Fonds d'intervention régional), l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie), la MIG (Mission d'intérêt général – PASS et Précarité) sont les principaux budgets de financement des acteurs médico-sociaux⁵⁸. Ainsi le pôle Prévention et

⁵⁶ Bien que relativement équivalentes, les organisations et thématiques des pôles sont variables entre les différentes délégations départementales de l'ARS Île-de-France. Par ailleurs elles sont très évolutives. Depuis le 1^{er} janvier 2023 l'ARS 77 n'est plus organisée en 4 mais 5 pôles, dont un toujours dédié à la prévention et promotion de la santé.

⁵⁷ Directrice du pôle Prévention et promotion de la santé, ARS direction départementale, juillet 2020

⁵⁸ La partie du budget de l'ONDAM dédiée au secteur médico-social permet de financer les EMPP, les structures de prévention dédiées à la lutte contre les addictions (CAARUD, CSAPA) et les structures d'hébergement médicalisés (LHSS, ACT).

Le FIR a été institué par la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 dans la perspective de donner aux ARS davantage de souplesse dans le financement des acteurs sanitaires et médico-sociaux qui s'inscrivent dans leur stratégie régionale de santé. C'est sur le FIR et notamment sa mission 1 « Prévention et promotions de la santé » (FIR PPS) que sont financées les services de prévention et dépistage (CeGIDD, CLAT, centres de vaccination), les réseaux de santé et les initiatives de PASS ambulatoires, les unités hospitalières dédiées à l'éducation thérapeutiques, les initiatives rentrant dans le cadre des contrats locaux de santé. Une partie du budget du FIR PPS est également dédié au financement d'initiatives relevant de la promotion de la santé qui sont portées par des acteurs non médico-sociaux, comme par exemple des associations caritatives, des centres d'hébergement social, des centres pénitentiaires...etc.

promotion de la santé (PPS) finance et accompagne différents acteurs de la santé sociale dédiés aux personnes en situation de précarité (PASS, EMPP, réseaux de santé précarité). Il co-finance aussi un ensemble de dispositifs de santé publique qui portent des missions de promotion de la santé et interviennent de façon privilégiée auprès des personnes en situation de précarité sans y être dédiés : les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), les centres de lutte-antituberculeuse (CLAT), les centres de vaccination, parfois réunis dans un même service. Il est aussi l'interlocuteur principal de l'ARS pour les dispositifs de lutte contre les addictions qui sont les centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). L'ARS est aussi l'intermédiaire pour le financement et la gestion des structures d'hébergement social médicalisées, portant une mission de soin et réadaptation : lits haltes soin santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM) et appartements de coordination thérapeutiques (ACT) qui sont néanmoins très peu nombreux sur le territoire⁵⁹. Enfin le pôle PPS finance les initiatives de promotion de la santé portées par des acteurs de l'action sociale non médicalisés, comme les missions locales, les accueils de jours et surtout les centres d'hébergement social.

Le rôle du pôle PPS est ainsi d'être l'interlocuteur principal entre le siège régional de l'ARS, et notamment la direction de la santé publique, et les acteurs locaux de la santé sociale. Mais dans ce système de gouvernance, le rôle des délégations départementales est en réalité limité et témoigne davantage d'une déconcentration que d'une logique de décentralisation et transfert de compétences. En effet, le siège régional de l'ARS transfère aux délégations la mise en œuvre locale des programmes régionaux de santé tout en ayant autorité sur elles. Ces dernières sont chargées du dialogue avec les « opérateurs » mais n'ont pas la main sur la distribution des budgets. Sur la région Île-de-France les délégations départementales ont récupéré en 2020 la gestion et distribution d'une partie du budget FIR, mais pour le reste c'est le siège régional qui décide de la répartition de la majorité des budgets. Plus que dans un rôle de décideur et planificateur, la délégation départementale est placée dans un rôle d'évaluateur des demandes de subvention et réponses à appels à candidature (généralement régionaux) et d'instruction auprès du siège, qui est le décisionnaire final. Ce système de gouvernance et de financement place ainsi les délégations départementales dans un rôle ambigu de négociateur auprès du siège régional (Julhe et al., 2021) pour défendre les intérêts de ses opérateurs locaux. Plus que décideurs et gestionnaires, elles sont davantage placées dans un rôle « d'animateur territorial » (Rolland & Pierru, 2013), que la direction du pôle PPS de l'ARS départementale a d'ailleurs mis en avant :

« Je crois beaucoup au pouvoir qu'on a de provoquer une réunion, d'asseoir des gens autour de la table. Parce qu'on voit bien la difficulté qu'ont les acteurs à nouer des partenariats. D'autant qu'ils n'ont pas de financement pour de la coordination. [...] Et je pense que nous l'agence pour ça on a

Les MIG PASS et Précarité financent essentiellement les PASS. La MIG PASS finance le fonctionnement des services, c'est-à-dire ses professionnels et ses consultations dédiées, et la MIG Précarité finance des consultations gratuites dans les autres services de l'hôpital, des consultations et examens qui ont fait l'objet d'un « bon PASS ».

⁵⁹ En 2015, le département de la Seine-et-Marne comptait 41 places d'ACT et 25 places de LHSS sur respectivement 806 et 385 places à l'échelle régionale. (Cf. ARS Île-de-France, Bilan du PRAPS 2013-2017, 2017)

un rôle de promotion des rencontres pour aider les acteurs, les soulager d'une logistique de la rencontre, c'est déjà quelque chose »⁶⁰

Dans cet extrait la directrice du pôle PPS reconnaît les contradictions relatives aux financements de la coordination, insuffisants voire inexistantes, en contraste avec l'injonction au partenariat qui jalonne les programmes et les discours. Face à ce manque de moyens financiers, elle tente de se positionner dans un rôle de promoteur de la coordination. En pratique il est apparu que la mise en œuvre de ce rôle d'animateur est également limitée. Les rencontres à l'initiative de l'ARS réunissant différents acteurs de la santé sociale sont essentiellement les réunions dédiées aux demandes de financements, à l'évolution et l'évaluation des dispositifs. En 2019, j'assistais par exemple à une réunion des PASS du département à l'initiative de l'ARS pour échanger sur la mise en œuvre d'un rapport d'activité national des PASS. Les réseaux rencontrent régulièrement les membres du pôle PPS de l'ARS départementale, qu'ils connaissent très bien, mais jamais avec d'autres acteurs. En 2021, j'assistais par ailleurs à la réunion annuelle entre le pôle PPS de l'ARS départementale et l'ensemble des acteurs financés pour des actions de prévention et d'accès aux soins (acteurs médico-sociaux, structures d'hébergement, collectivités, associations diverses...). Cette réunion fut centrée sur les axes prioritaires, procédures et calendriers de l'ARS pour la demande de financements. En pratique, davantage que les réunions de l'ARS, ce sont surtout les initiatives portées par les acteurs médico-sociaux eux-mêmes lors de restitutions de projets, « café rencontres », séminaires, conférences, journées d'étude voire formations qui constituent des cadres de rencontres partenariales. Nous reviendrons dans le chapitre 5 sur ces actions particulièrement portées par certains acteurs dédiés aux publics précaires et la manière dont elles s'articulent à leur expertise dans l'accueil des exilés.

1.2. L'ARS face aux limites de la territorialisation de l'accès aux soins sur un département périurbain

Les missions et contours du pouvoir de la délégation territoriale de l'ARS ainsi rappelés, il s'agit d'analyser comment celle-ci compose avec ses compétences et la construction du système d'acteurs locaux pour répondre à l'évolution des besoins sur le territoire.

1.2.1. Anticiper l'évolution territoriale de la demande en soins gratuits...face à une couverture incomplète du territoire

Comme exposé dans le chapitre 2 (partie 3.1), les dynamiques d'évolution régionale du DNA et du parc d'hébergement hôtelier en Île-de-France représentent de nouveaux besoins en matière d'accompagnement social et de recours aux soins primaires de personnes exilées en situation de précarité. Cette évolution est également alimentée par le déplacement des populations vivant en habitat précaire vers les marges de l'agglomération parisienne, sous l'effet des politiques de résorption des campements et bidonvilles. Au regard de ces dynamiques démographiques, l'enjeu de l'ARS est bien de répondre à l'expansion et la reterritorialisation des besoins. Néanmoins, comme l'a souligné la référente du pôle PPS, l'Agence se confronte à un manque de visibilité des dynamiques d'accueil des exilés sur le territoire :

« Moi je pense que la question migrante va aller croissante parce que contrairement à beaucoup d'endroits on a du terrain, des endroits où on peut héberger. En petite couronne c'est en train

⁶⁰ Directrice du pôle Prévention et promotion de la santé, ARS 77, juillet 2020

d'exploser. Y a pas beaucoup d'espace, donc vers qui on se tourne, la Seine-et-Marne. Et là où ça va poser une vraie difficulté, et ça n'a pas dû vous échapper, c'est qu'il y a très peu d'acteurs, qui sont très vite confrontés à la saturation. [...] Et la difficulté c'est qu'on ne peut pas vraiment anticiper, on n'a pas de visibilité sur les politiques, notamment de répartition. Donc on se débrouille... On a aussi très peu de visibilité, tous, que ce soit la DDCS (Direction départementale de la cohésion sociale) ou nous, sur les hébergements 115, parce qu'il y en a une partie qui sont en fait de l'hébergement parisien et dont les référents ne sont pas sur le territoire.»⁶¹.

Cette absence de visibilité sur l'évolution des besoins locaux renvoie à la question de la communication dans les prises de décision, et plus généralement des rapports de pouvoir entre l'ARS, chargée de la mise en œuvre de l'action sanitaire et médico-sociale, et les acteurs institutionnels chargés de la mise en œuvre des politiques d'hébergement social : la DRIHL, l'OFII ou encore la Préfecture. Ainsi la délégation départementale de l'ARS n'est pas toujours tenue au courant des ouvertures de centres d'hébergement. De même, lorsqu'ont lieu des opérations d'évacuation de campements franciliens impliquant des mises à l'abri sur son territoire, elle est généralement informée par la Préfecture dans des délais extrêmement courts, conduisant à la mise en place d'interventions « en urgence » d'acteurs médico-sociaux sur lesquels nous reviendrons (cf. Chapitre 7). Comme le suggère notre interlocutrice, la problématique est d'autant plus complexe pour l'hébergement social hôtelier dont la gestion est régionalisée (cf. Chapitre 2). À ce titre, lorsque nous l'avons interrogée, la directrice du pôle PPS a fait part de sa faible connaissance des acteurs intervenant en hébergement hôtelier, ou encore de l'équipe sanitaire régionale intervenant dans le DNA, gérée directement par la direction régionale de l'ARS⁶².

Face à l'évolution des besoins en matière de premiers soins auprès des populations précaires, l'enjeu de l'ARS est de proposer « un maillage territorial de première ligne »⁶³ par les acteurs intervenant auprès des populations sans couverture sociale. Cependant, elle se heurte à la couverture incomplète et inégale du territoire par les équipes existantes, une territorialisation issue de la construction locale du système d'acteurs de la santé sociale que nous avons expliquée dans le chapitre 2. La **Carte 5** ci-dessous représente la répartition des services de soin accessibles gratuitement sans couverture sociale sur le territoire (RDS précarité, PASS, EMPP, services de prévention et dépistage, ainsi que l'équipe mobile sanitaire régionale) en fonction de la répartition des places d'hébergement social⁶⁴. Il apparaît en effet une couverture territoriale inégale et surtout incomplète. Plusieurs parties du département, en particulier sur la façade ouest mais également au nord, ne disposent pas de PASS de proximité et ne sont couverts soit par aucune des équipes médico-sociales du territoire, soit seulement par une EMPP.

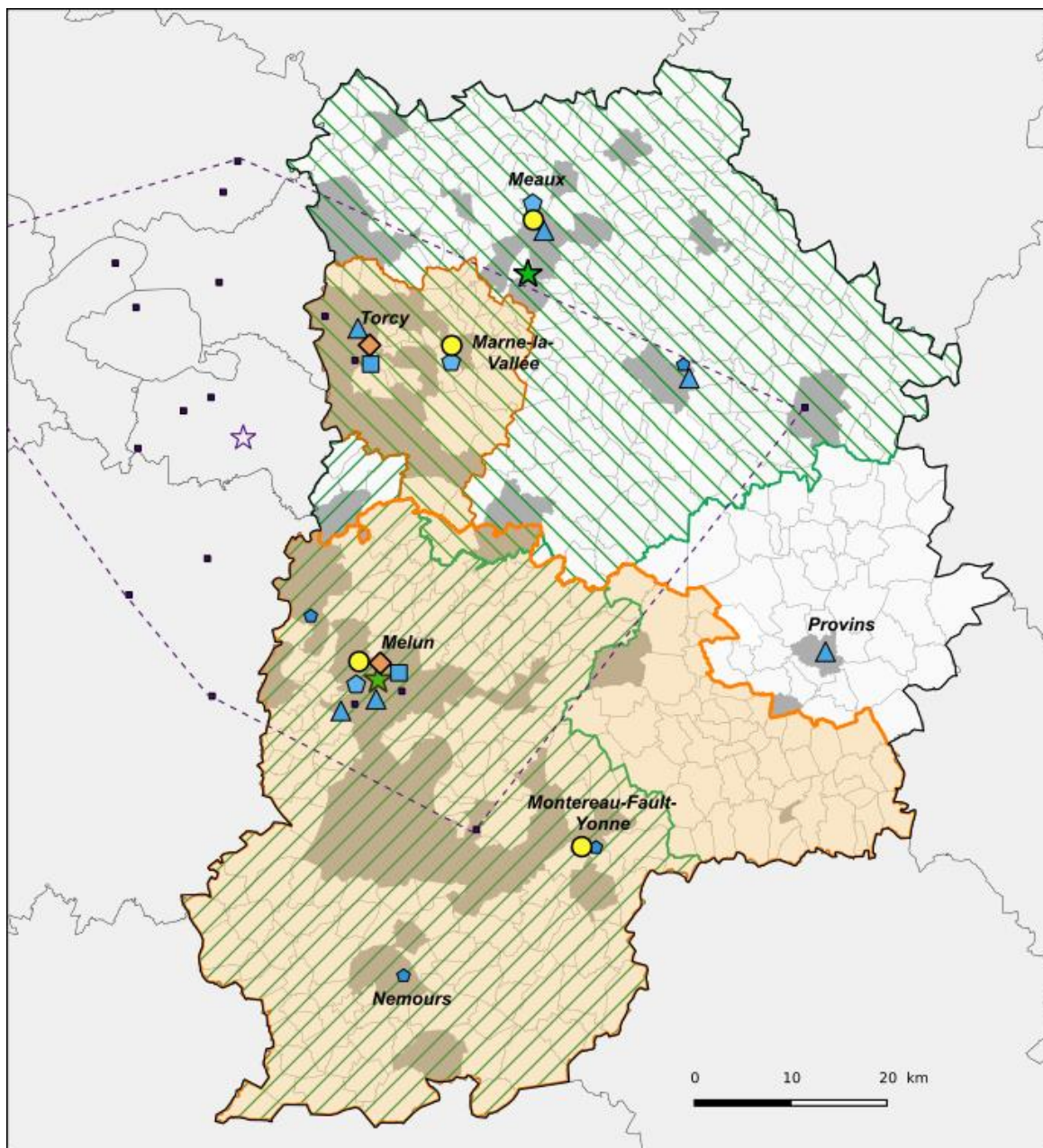
⁶¹ Directrice du pôle Prévention et Promotion de la santé, délégation départementale de l'ARS, août 2020

⁶² Quand je rencontrais la directrice du pôle PPS de la délégation départementale de l'ARS pour la première fois en 2020, cette dernière ne savait pas que l'équipe mobile intervenait désormais dans des CADA et HUDA du territoire et n'avait jamais rencontré des membres de l'équipe

⁶³ *Ibid.*, septembre 2021

⁶⁴ Si la répartition de l'hébergement social est loin de résumer la demande par des personnes sans couverture sociale, elle demeure néanmoins un indicateur de la géographie des besoins en accompagnement social et sanitaire. Elle est aussi l'une des seules données disponibles pour quantifier ces besoins. À partir du socle de données de la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) au 31 décembre 2019, nous avons fait le choix de retenir les places d'hébergement du DNA ainsi que les places des dispositifs CHU, HUAS et CHRS du système « de droit commun » qui accueillent également une majorité d'exilés précaires dans diverses situations administratives.

Carte 5. Répartition et couverture territoriale des dispositifs médico-sociaux dédiés à l'accès aux soins des populations précaires sur le département Seine-et-Marnais



<p>■ Communes accueillant des places d'hébergement social en 2019*</p> <p>Des acteurs peu nombreux et inégalement répartis</p> <ul style="list-style-type: none"> ● PASS hospitalières ◆ Réseaux de santé précarité (RDS) ★ Sièges des EMPP ☆ Siège de l'équipe mobile régionale ■ Lieux d'intervention de l'équipe mobile régionale ⬠ CeGIDD/CLAT - sites principaux ● CeGIDD - antennes ■ CAARUD (réduction des risques) ▲ CSAPA (addictologie) 	<p>*Données de la DRIHL IDF Places d'hébergement du DNA (CADA, HUDA, PRAHDA, CHUM, DPAR) et de droit commun (CHU, CHRS, HUAS) au 31/12/19</p> <p>Des territoires d'action très vastes, qui se superposent sans se correspondre</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Territoires des RDS ▨ Secteur de l'EMPP Sud ▨ Secteur de l'EMPP Nord ⋯ Périmètre d'intervention de l'équipe mobile régionale
---	---

I.Siffert, 2022. Données : Finess 2020, données DRIHL 2019, enquête de terrain

La question de la couverture territoriale des services accessibles sans couverture sociale est complexe à saisir car pas toujours clairement définie. Contrairement à de nombreux services d'aide sociale (domiciliation, distributions alimentaires par exemple), les équipes médico-sociales dédiées aux personnes précaires sont relativement peu sectorisées. Les PASS hospitalières, à l'instar de l'ensemble des services hospitaliers non psychiatriques, ne sont pas associées de façon stricte à un territoire. De même, la sectorisation des réseaux de santé n'est pas vraiment officielle. Des documents de l'ARS IDF dans lesquels figurent la spatialisation des réseaux de santé leur font d'ailleurs apparaître des couvertures territoriales variables d'un rapport à l'autre⁶⁵. Le RDS Nord a une définition plutôt précise de son territoire - une vingtaine de communes autour de sa commune d'implantation - qui s'appuie sur l'ancrage territorial de ses activités passées et de ses partenaires. Le RDS Sud, quant à lui, se définit comme couvrant « la moitié sud » du département sans réelle précision. Cette définition territoriale, davantage qu'un secteur à proprement parler, englobe alors des communes où le réseau n'a jamais mené aucune action et d'où ne vient aucun des patients de sa file active. Il représente en fait un territoire potentiel. C'est cette définition souple qui permet à l'ARS de le mobiliser pour des interventions sur l'ensemble du sud du département, y compris dans des communes assez éloignées de ses locaux. Finalement seules les EMPP ont des secteurs d'intervention officiels, issus de la sectorisation psychiatrique : l'EMPP Sud couvre les secteurs des centres hospitaliers de Melun, Nemours, Montereau, Fontainebleau tandis que l'équipe Nord couvre les secteurs de hôpitaux de Jossigny (Marne-la-Vallée), Meaux, Coulommiers. Ce qui est frappant est alors l'ampleur de ces secteurs, respectivement de 2295km² (235 communes) au sud et 2382 km² (253 communes) au nord, pour des équipes aux effectifs très réduits (pour rappel respectivement 2,2 ETP au Nord et 4,1 ETP pour l'équipe Sud). Le décalage entre l'ampleur des territoires et la taille des équipes interroge sur la capacité effective de couverture. La sectorisation telle que définie officiellement est en réalité très théorique et dépend des sollicitations des partenaires et des arbitrages faits par les professionnels à propos des territoires à cibler. Concernant par exemple l'activité de maraudes spontanées, les professionnels de l'EMPP sud ont défini au sein de leur secteur global des groupes de communes proches les unes les autres et qu'ils parcourent par alternance selon leur disponibilité et la localisation de leurs autres activités. Finalement, sur les 235 communes qui forment leur secteur, ils effectuent des maraudes régulières seulement sur une vingtaine d'entre elles. Nous reviendrons plus précisément dans le chapitre 8 sur la manière dont les équipes mobiles construisent, voire hiérarchisent leurs espaces d'intervention et gèrent leur disponibilité au regard de l'ampleur démographique et spatiale des besoins. Sur le territoire intervient également l'équipe mobile sanitaire régionale, qui effectue des bilans de santé infirmier et des consultations de psychologie dans une partie des centres d'hébergement du DNA. Cette équipe n'intervient pas sur un secteur prédéfini comme les autres acteurs : ce que nous avons appelé ici son « périmètre d'intervention » est défini par les structures où elle est missionnée d'intervenir.

Conséquence directe de la gouvernance et du fonctionnement variable de ses différents dispositifs, un élément frappant de la **Carte 5** est alors la variation et la superposition des périmètres et secteurs d'intervention des différents acteurs médico-sociaux, associatifs et publics, qui ne correspondent ni entre eux, ni avec le maillage administratif politique (départements, intercommunalités). Ces

⁶⁵ Voir notamment le bilan du PRAPS 2013-2017 et le PRAPS 2018-2022 publiés par l'ARS IDF.

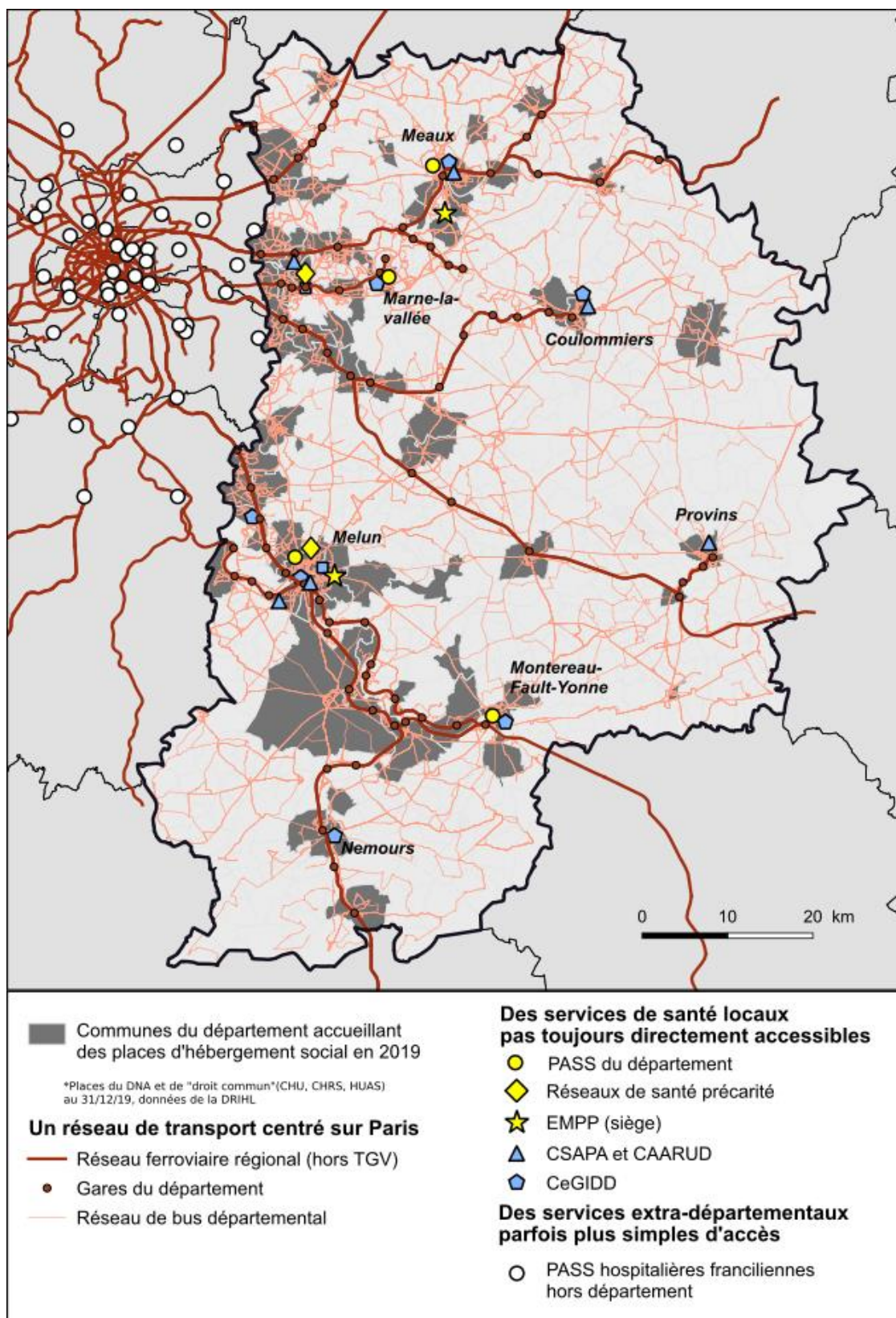
variations posent des enjeux en termes de coordination des acteurs : s'identifier et coordonner ses actions sur un même territoire. La mise en place et l'évolution territoriale de l'équipe mobile régionale en particulier ont posé des difficultés aux acteurs départementaux : ainsi l'EMPP est intervenue plusieurs mois au CAES avant de rencontrer la psychologue de l'équipe régionale et se rendre compte qu'elles effectuaient la même chose. Lorsque je les ai rencontrés, le RDS et les PASS du Nord du département n'avaient pas connaissance de cette équipe et des structures incluses dans son périmètre d'intervention.

1.2.2. Un enjeu exacerbé par les contraintes de mobilité sur le territoire

Les enjeux de couverture territoriale par des services de soin sur le territoire étudié sont exacerbés par la problématique de la mobilité sur le territoire. L'éloignement géographique et les difficultés d'accessibilité spatiale aux soins sont des facteurs reconnus de renoncement et non-recours au soin et aux services sociaux (Rode, 2010, Revil, 2018). Or, comme l'ont analysé Philippe Warin et Catherine Chauveaud dans leur mesure du baromètre du renoncement aux soins, les facteurs de non-recours lié à l'accessibilité spatiale aux soins (l'absence de moyens de transport, le coût de la mobilité, les incapacités physiques de déplacement...) sont surreprésentées dans les territoires les moins urbanisés (Warin & Chauveaud, 2014). La mobilité qui nous intéresse ici est essentiellement la mobilité par les transports en commun. En effet, à moins d'être accompagnés en voiture (nous verrons que cela arrive dans les contextes d'hébergement social), les populations exilées en situation de précarité sont généralement complètement dépendantes de l'accessibilité de leur lieu de résidence et des services, de santé comme tous les autres, par les transports en commun. Dans la mesure où les territoires périurbains et ruraux sont alors faiblement desservis par les transports en commun, l'accès à la mobilité et l'autonomie dans les déplacements demeure l'un des enjeux majeurs de l'accueil des exilés hors des grandes villes (Flamant et al., 2020).

La **Carte 6** représente la couverture de la Seine-et-Marne par les transports en commun, (essentiellement trains et bus) au regard de la répartition des services de santé accessibles aux personnes sans couverture sociale et de celle des places d'hébergement social. Elle suggère des difficultés importantes d'accessibilité spatiale aux services de soins gratuits sur le territoire.

Carte 6. Accessibilité par les transports en commun des structures médico-sociales impliquées dans l'accueil des exilés précaires.



I.Siffert. 2022. Données : DRIHL 2020, Île-de-France Mobilités.

L'accessibilité de la Seine-et-Marne par le train est marquée par la centralisation parisienne du réseau ferroviaire et l'absence de liaisons interurbaines infra-départementales. À l'image de toute la grande couronne, il faut passer par Paris pour aller par le train d'un pôle urbain à l'autre, par exemple Melun et Meaux. Même les principales communes du nord du département, par exemple Coulommiers, Meaux et les communes de la ville nouvelle de Marne-la-vallée ne sont pas reliées entre elles. Ainsi les liaisons interurbaines au sein de département sont essentiellement possibles par bus. On constate alors que le réseau départemental de bus est globalement beaucoup plus dense sur la partie ouest, au sein des communes qui appartiennent à l'agglomération parisienne ainsi qu'autour des principaux pôles de la couronne périurbaine (Meaux, Coulommiers, Fontainebleau, Nangis...). Surtout, ce que la carte ne permet pas de préciser est le fonctionnement inégal et variable dans la journée des liaisons interurbaines en termes de fréquence-horaire⁶⁶. Par exemple les lignes Meaux-Melun ou Coulommiers-Meaux qui font partie des liaisons interurbaines les plus régulières varient de 20 minutes à 1h selon les moments de la journée. Certaines lignes ne passent que très peu dans la journée, essentiellement sur les horaires traditionnels « de bureau », comme par exemple la ligne entre Coulommiers à Provins qui va dans le sens de Coulommiers à Provins le matin entre 6h et 7h, et dans l'autre l'après-midi entre 13h et 19h.

La **Carte 6** montre également que certains centres d'hébergement se trouvent très éloignés d'une structure de soins par les transports en commun. Par exemple, l'un des centres enquêtés, situé dans la communauté d'agglomération de Coulommiers, est à plus de 50 minutes en voiture, 1h30 en transports en commun de la PASS la plus proche (Meaux). Surtout, la construction très centralisée du réseau de transports fait que les structures locales de soin ne sont pas forcément plus accessibles que les structures parisiennes. Selon où l'on se trouve, il peut être plus simple, c'est-à-dire plus rapide et avec plus de flexibilité dans les horaires, de se rendre à une PASS de petite couronne ou à Paris plutôt qu'à l'une des quatre PASS du département. Nécessairement, nous verrons que les contraintes de mobilité et d'accessibilité spatiale des services entrent en jeu dans les choix d'orientation effectués par les équipes sociales d'hébergement, et pas toujours en faveur des services de proximité. Du point de vue des équipes d'hébergement, les difficultés de mobilité sur le territoire supposent aussi de développer des moyens pour augmenter les capacités de mobilité des personnes hébergées sur lesquels nous reviendrons dans le chapitre 6.

Ces fortes contraintes de mobilité sur le territoire renforcent l'enjeu d'un maillage plus dense par des services de soins gratuits. En effet, moins les services sont accessibles à un grand nombre de personnes, plus il en faut techniquement pour combler les besoins et lutter contre le non-recours. Par ailleurs l'enjeu de couverture territoriale des dispositifs de soins gratuits se trouve exacerbé par l'interdépendance entre les programmes de réduction des transports et l'accès à une couverture sociale. En effet, comme sur la plupart des territoires, l'accès aux programmes de réduction tarifaires aux personnes en situation de précarité est conditionné par le fait d'être déjà bénéficiaire de certaines aides

⁶⁶ Relevons à ce titre qu'il n'existe pas d'indicateur d'accessibilité aux soins tenant compte de l'accessibilité par les transports en commun. Les indicateurs tels que l'accessibilité potentielle localisée qui intègrent le calcul d'une distance-temps aux services de santé s'appuient essentiellement sur la distance en voiture (Barlet et al., 2012)

sociales, et notamment d'une couverture sociale (AME ou CMU-C)⁶⁷. Ce « droit à la mobilité conditionnel » (Féré, 2013) suppose d'avoir entamé des démarches administratives de couverture sociale et fait qu'elles ne sont pas accessibles aux primo-arrivants pendant les trois mois de présence sur le territoire nécessaires à l'éligibilité à la CMU-C et l'AME, auxquels s'ajoutent le temps des démarches administratives (minimum 2 mois). Cela signifie alors que les contraintes de mobilité sont d'autant plus fortes pour l'accès à des soins avant couverture sociale et à un accompagnement social pour réaliser les démarches d'accès aux droits. Ainsi elles renforcent l'enjeu de couverture territoriale de proximité des services dédiés aux populations sans couverture sociale (PASS et réseau de santé précarité). En revanche, à partir du moment où les personnes sont orientables vers le système de santé de droit commun, elles sont logiquement éligibles aux programmes de Solidarité Transports. La contrainte du coût de la mobilité agirait davantage dans le recours aux soins avant l'obtention d'une couverture sociale que dans l'accès au système de santé de droits commun (médecine de ville, spécialistes à l'hôpital). Notons par ailleurs que cette interdépendance entre l'accès à la mobilité et l'accès à une couverture sociale prolonge un accès aux droits différencié entre les exilés bénéficiaires de l'AME et ceux éligibles à la CSS et cristallise des polémiques. À l'image des débats récurrents sur le panier de soins de l'AME, l'accès à la Solidarité Transports des bénéficiaires de l'AME a fait l'objet de différents débats et changements depuis la création de la Solidarité Transports, générant nécessairement des complexités de recours au détriment de l'accès à la mobilité des exilés⁶⁸.

La couverture du territoire par les transports en commun (cf. **Carte 6**) et la répartition des services accessibles aux personnes sans couverture sociale (cf. **Carte 5**) font apparaître des centralités, autour des principales agglomérations de Melun au sud, Meaux et Marne-la-vallée au nord où se concentrent la majorité des services. À l'inverse, la rareté voire l'absence de services de soins gratuits et le maillage limité de transports en commun dans la partie Est du département suggèrent des dynamiques de marginalisation qui façonnent la construction de l'action sanitaire et sociale sur le territoire.

1.3. Composer avec des dynamiques de marginalisation à différentes échelles

En géographie sociale, une marge désigne un espace périphérique, toujours défini par rapport à une ou plusieurs centralités, qui évolue à l'écart d'un système territorial dominant (Bailly, 1995). La marginalisation renvoie au processus de création des espaces et populations marginalisées. Ces notions de « marge » et « marginalisation » sont alors centrales dans l'étude des inégalités sociales et territoriales, notamment entre les espaces ruraux et urbains, mais aussi à des échelles plus fines, intra-urbaines (Fleuret & Séchet, 2013). Elles permettent de caractériser les hiérarchisations et relations

⁶⁷ En Île-de-France les bénéficiaires de l'AME peuvent bénéficier d'une réduction de 50% ; les bénéficiaires de la CSS sans participation financière (ex CMU-C) et les chômeurs titulaires de l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) sont éligibles à une réduction de 75% ; les chômeurs titulaires de l'ASS et de la CSS, les allocataires du RSA sous conditions de ressources, les anciens combattants et victimes de guerre, les accompagnants d'une personne détentrice d'une carte d'invalidité ou d'une carte mobilité inclusion peuvent bénéficier de la gratuité des transports.

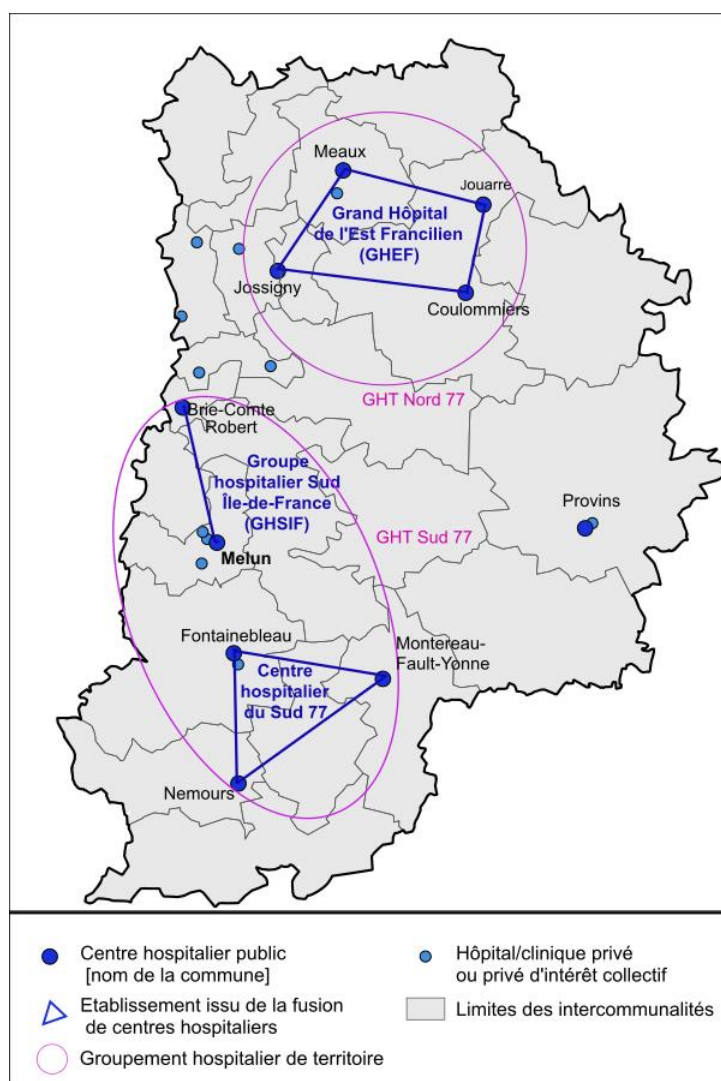
⁶⁸ Entre 2002 (création de la Solidarité Transports) et 2016, les bénéficiaires de l'AME avaient accès à la réduction de 75% comme les bénéficiaires de la CMU-C. En 2016, le Syndicat des transports d'Île-de-France (STIF) les exclue de cette réduction. Ce n'est qu'en 2018, suite au jugement du Défenseur des droits sur l'illégalité de cette décision, que le STIF rétablit une réduction, mais à hauteur de 50%. Pendant un peu moins de deux ans les bénéficiaires de l'AME n'ont bénéficié d'aucune réduction. Cette transition de la Solidarité Transports pour les bénéficiaires de l'AME illustre un processus de réduction des droits des étrangers les plus précaires sur le territoire français.

entre les territoires, entre les espaces définis et perçus comme des centres et leurs périphéries, entre les espaces qui concentrent des ressources et ceux qui en sont dépourvus. La répartition des acteurs de la santé sociale sur le territoire seine-et-marnais mais aussi à l'échelle régionale dessine alors des dynamiques de marginalisation multiscalaires.

1.3.1. Des marges internes dans le système local d'acteurs de la santé sociale

La répartition des acteurs du soin gratuit sur le territoire seine-et-marnais montre d'abord des dynamiques de marginalisation infra-départementales : la concentration géographique des structures et des compétences autour de trois principaux pôles (Meaux, Melun, Marne-la-Vallée) et un isolement relatif de celles qui gravitent autour. Cette répartition des services est à analyser au prisme de la construction de la gouvernance hospitalière locale. Ainsi la **Carte 7** représente l'organisation hospitalière sur le département, à la fois les fusions d'établissements et les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Carte 7. Gouvernance hospitalière sur le département de la Seine-et-Marne



I. Siffert, 2023

Institués par la loi de modernisation du système de santé de juillet 2016, les GHT sont des dispositifs conventionnels entre établissements hospitaliers publics visant à renforcer la coordination

des établissements et la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. La Seine-et-Marne compte deux GHT : Le GHT Nord qui réunit les établissements hospitaliers polyvalents de Marne-la-vallée (installé à Jossigny), Meaux, Coulommiers, ainsi que l'hôpital gériatrique de Jouarre. Son cas est particulier puisque tous ces établissements ont fusionné entre 2017 et 2019 dans un même établissement commun appelé le Grand hôpital de l'Est-francilien (GHEF). Ainsi le GHT Nord est aujourd'hui formé d'un unique établissement hospitalier, sous une unique direction mais avec toujours plusieurs sites différents ayant plus ou moins des spécialisations. Le GHT Sud rassemble d'un côté le Groupe hospitalier Sud Île-de-France (GHSIF), issu de la fusion de l'hôpital Melun et l'hôpital gériatrique de Brie-Comte-Robert, de l'autre le centre hospitalier du Sud-Seine-et-Marne issu de la fusion des établissements de Fontainebleau, Nemours et Montereau-Fault-Yonne.

La formation des GHT repose sur un principe de mutualisation des équipes médicales. Ce principe produit à la fois une centralisation des services, avec par exemple la fusion de services équivalents de différents sites hospitaliers dans une même unité médicale, et un redéploiement territorial des dispositifs et des équipes. Il a permis par exemple une extension territoriale des dispositifs PASS : ainsi la PASS de Montereau planifie des consultations sur les deux autres sites du centre hospitalier du sud Seine-et-Marne, Fontainebleau et Nemours, qui ne portent pourtant pas de service PASS. De la même façon la PASS de Meaux peut organiser des consultations sur le site de l'hôpital de Coulommiers. La manière dont l'activité de CeGIDD est organisée sur le territoire illustre aussi les logiques de déploiement territorial et délocalisation des équipes inhérentes aux regroupements hospitaliers. En effet c'est l'unité de santé publique de l'hôpital de Melun qui assure l'activité de CeGIDD sur les hôpitaux de Montereau et Nemours à raison d'une après-midi hebdomadaire à Montereau et une après-midi deux fois par mois à Nemours. De la même manière, le CeGIDD de l'hôpital de Coulommiers est assuré par l'équipe basée à l'hôpital de Meaux selon un système de permanences. Cependant les logiques de fusion, centralisation et mutualisation produisent en miroir une marginalisation de ceux qui n'en font pas partie. Étant le seul établissement hospitalier public du département qui n'a pas fusionné avec un autre et qui ne fait pas partie d'un GHT, l'hôpital de Provins apparaît comme particulièrement isolé. En termes d'action de prévention et de promotion de la santé, il ne porte lui-même aucune mission de santé publique et, en l'absence de coopération, ne bénéficie pas de l'intervention d'une équipe externe. On retrouve sur le territoire de Provins seulement un centre de soins et d'accompagnement en addictologie (CSAPA), porté par une association. Lorsque l'on s'intéresse aux établissements qui ont fusionné, on constate que cette double logique de mutualisation des ressources et délocalisation des équipes va avec une hiérarchisation des établissements : les établissements supports portent les services et les établissements secondaires sont comme des antennes de ces services (cf. **Carte 5**, *supra*). Evoquant l'hôpital de Montereau, la directrice du département PPS de l'ARS locale a alors suggéré comment cette construction territorialisée des actions de santé publique participe à la marginalisation de la PASS :

« Sur les PASS, celle où j'ai vraiment des inquiétudes et pour laquelle il faut que je me rapproche c'est la PASS de Montereau, du centre sud Seine et Marne. J'ai très peu de visibilité, il faut qu'on les revoie, a priori ils fonctionnent mais je sais pas trop ce qu'ils font. Je les avais rencontrés l'année dernière, ils avaient d'énormes problèmes de recrutement de travailleur social, j'ai l'impression que c'est assez fragile [...] Mais comme par hasard Montereau, ils sont plus loin, y a pas de réseau précarité, c'est plus isolé. Y'a pas de CeGIDD, y a pas de CLAT, pas de centre de vaccination ; c'est un hôpital où y a pas d'acteur qui portent des missions de santé publique, qui est

plus isolé. Et je pense que ça se ressent dans la dynamique de l'équipe [de la PASS] et dans sa conception [...] Il faut qu'on arrive à les mettre dans la boucle, car ils vivent un peu en autarcie et pas de façon très articulée avec le reste du territoire justement. »⁶⁹

La représentante de l'ARS départementale exprime ici une absence de liens réguliers avec les acteurs qui font fonctionner la PASS de Montereau, et en conséquence une mauvaise connaissance du fonctionnement de ce service, alors identifié comme « fragile ». Cela suggère que les hiérarchies territoriales se déclinent aussi dans les liens avec l'institution. Mais surtout elle analyse la faible visibilité et la fragilité de la PASS comme une conséquence de sa faible intégration dans un réseau plus large d'acteurs médico-sociaux portant des missions de santé sociale. L'absence d'autres services de santé publique portés directement par l'hôpital limite la construction d'une dynamique locale autour de la santé sociale et la prévention. Nous reviendrons dans le chapitre 8 sur la manière dont ces permanences délocalisées, qui sont une forme de mise en mobilité des professionnels et de leurs services, représentent alors non seulement un ensemble de contraintes d'exercice mais limitent aussi l'ancrage et la visibilité des équipes sur leurs territoires d'intervention.

1.3.2. Un territoire marginalisé à l'échelle régionale

Les distances à parcourir sur ce territoire périurbain et l'éloignement par rapport aux réseaux où se concentrent davantage d'acteurs médico-sociaux font que la Seine-et-Marne dans son ensemble serait un territoire peu attractif à l'échelle de l'Île-de-France. L'ARS départementale a d'ailleurs insisté sur ses difficultés à attirer des acteurs médico-sociaux sur le territoire : « *On nous répond souvent 'vous êtes loin', c'est récurrent. Je veux dire Médecins du monde, la Croix-Rouge, Médecins sans frontières...tout ça, ils ne se déplacent pas en Seine-et-Marne. Donc on se débrouille avec nos moyens* »⁷⁰. Par exemple, au printemps 2020 lors de l'ouverture des centres de desserrement COVID, destinés à la mise à l'abri des personnes sans domicile ou en hébergement social testés positifs, l'ARS n'a pas réussi à trouver d'association acceptant de venir gérer l'un de ces centres ouverts dans le centre du département. Face à l'absence de réponse, l'ARS départementale a finalement sollicité des médecins volontaires de l'hôpital de Melun, notamment le coordinateur de la PASS et de l'Unité de santé publique pour assurer la coordination médicale du centre. La difficulté à attirer des acteurs régionaux sur le territoire amène à concentrer les efforts sur les acteurs existants.

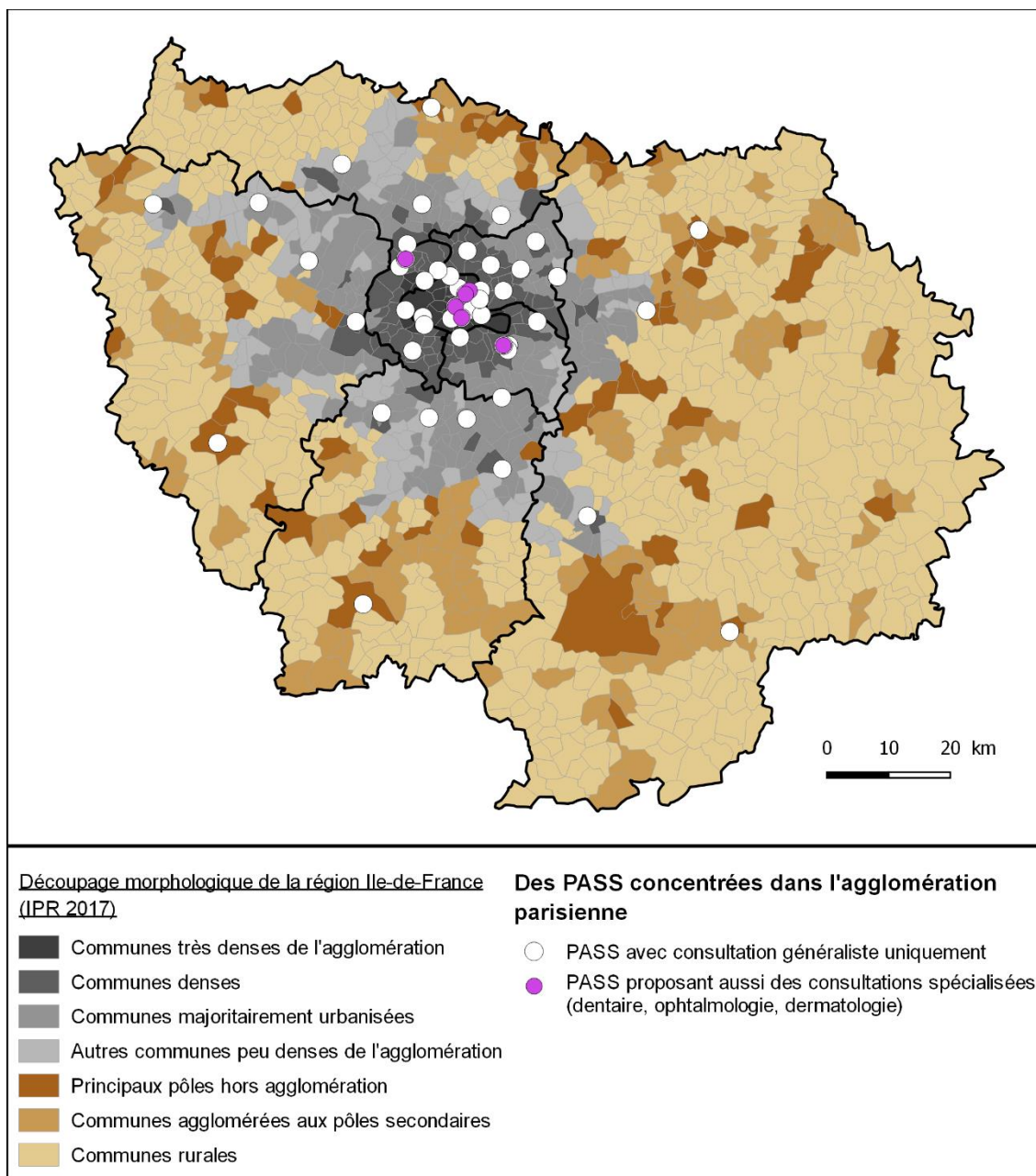
Eclairant ce sentiment de marginalisation des acteurs du département, une vue régionale de la répartition et sectorisation des dispositifs publics de soin gratuit rend compte des inégalités de territorialisation sanitaire à l'échelle de la métropole parisienne. Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre précédent, les PASS sont des dispositifs encore relativement récents, inégalement développés. La répartition des 48 PASS hospitalières généralistes de la région Île-de-France en 2020 (cf. **Carte 8**) témoigne d'une répartition inégale sur le territoire, et notamment d'une faible implantation sur l'espace périurbain. Y compris en grande couronne, la majorité des PASS sont situées dans des hôpitaux de communes très urbanisées, au sein de l'agglomération parisienne. On compte seulement 5 PASS (2 en Seine-et-Marne, 1 dans les Yvelines, 1 en Essonne, 1 dans le Val-d'Oise) sur des communes périurbaines (en dehors de l'agglomération parisienne). On notera que le département de Seine-et-Marne est le seul à ne posséder que 4 PASS là où les autres départements en ont entre 5 et 12

⁶⁹ Représentante de la délégation départementale de l'ARS, février 2021.

⁷⁰ *Ibid.*

(Paris). Par ailleurs, les 7 PASS proposant des consultations spécialisées sont essentiellement situées à Paris et en petite couronne, ce qui témoigne d'inégalités territoriales en termes d'accessibilité fonctionnelle aux soins : l'accès à des soins spécialisés supposent de s'éloigner de son bassin de vie voire de son département.

Carte 8. Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières en Île-de-France en 2020

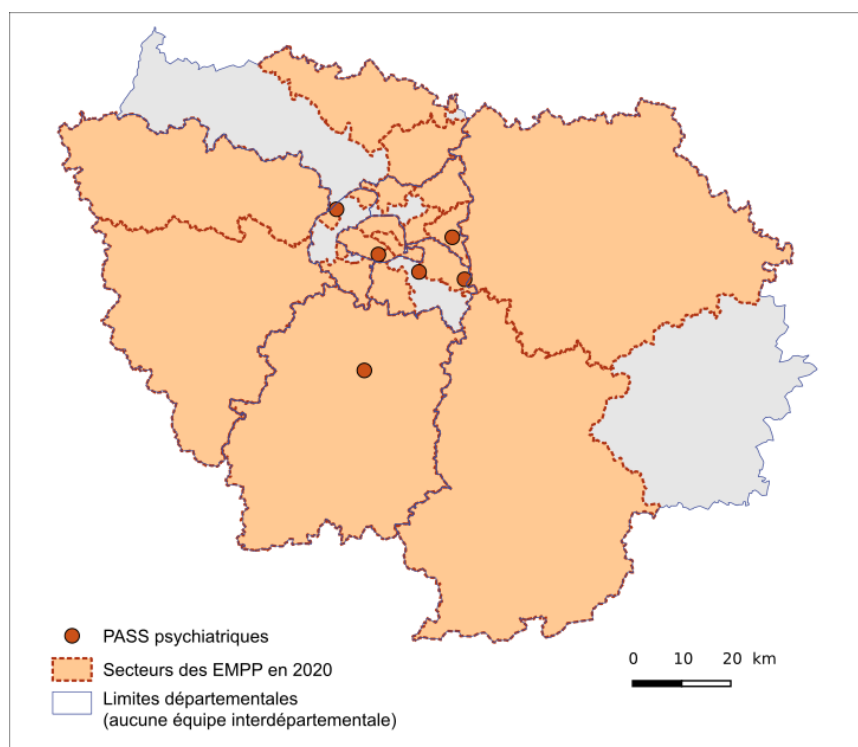


I.Siffert, 2022. D'après les données de l'ARS Île-de-France

En dehors de la problématique des soins spécialisés, il existe une grande variabilité dans d'accessibilité fonctionnelle des PASS franciliennes, qui est assez étroitement associée à leur répartition territoriale. En 2020, la majorité des hôpitaux d'Île-de-France qui accueillent une PASS ont une consultation dédiée mais cette activité est encore très variable selon l'ancienneté et la dotation financière des services. À titre d'exemple, les PASS de Seine-et-Marne proposent en 2020 entre une demi-journée et une journée et demi de consultation par semaine là où les PASS parisiennes et des

départements de petite couronne proposent jusqu'à cinq journées de consultation par semaine⁷¹. De même concernant les EMPP, la répartition des 19 équipes sur la région en 2020 (cf. **Carte 9**) rend compte d'une région partiellement couverte : de nombreuses communes périurbaines mais aussi en petite couronne ne sont pas officiellement couvertes par une équipe. La Seine-et-Marne fait partie des départements partiellement couverts, par seulement deux EMPP. Les territoires d'intervention sont extrêmement inégaux en taille : les territoires des équipes de grande couronne sont jusqu'à 60 fois plus larges que les secteurs des équipes des départements de Paris et la petite couronne. Si les équipes de grande couronne couvrent des territoires dont les densités de population sont bien moins importantes, justifiant justement leur superficie, la question des distances à parcourir sur ces territoires apparaît comme une contrainte majeure et un potentiel facteur aggravant des inégalités territoriales d'accès aux soins. Cette taille des secteurs est d'autant plus problématique que les EMPP représentent des équipes particulièrement réduites

Carte 9. Secteurs des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) franciliennes en 2020



I.Siffert 2022, données de l'ARS Île-de-France 2020.

Associé au constat d'un territoire peu attractif et marginalisé, nous avons retrouvé dans le discours de l'ARS départementale l'expression d'un sentiment de marginalisation interventionnelle, qui serait liée à l'absence d'acteurs intégrés dans les réseaux plus larges ayant une visibilité au-delà du département :

« Y a quand même une caractéristique en Seine-et-Marne, que je dis sans élitisme et sans arrogance, en méthodologie de l'intervention, on a des acteurs... petit niveau. Vous n'êtes pas avec Médecins du Monde, Médecins sans frontière, ATD Quart Monde, qui sont des grosses associations très

⁷¹ Par exemple les PASS de l'Hôtel-Dieu et Lariboisière à Paris proposent des consultations généralistes dédiées du lundi au vendredi, matin et après-midi. La PASS de l'hôpital Avicenne à Bobigny, dont la consultation généraliste dédiée existe depuis 1996, assure en 2022 cinq demi-journées par semaine dans l'enceinte de sa polyclinique médicale.

présentes à Paris et petite couronne, qui ont des méthodologies d'intervention éprouvées, qui sont aussi producteurs de travaux de recherche etc...J'ai pas pour l'instant croisé un seul acteur qui est le début d'un commencement de théorisation de ses pratiques. »

Evoquant plus loin spécifiquement les réseaux de santé précarité : « Ce sont des acteurs qui n'ont pas le temps, et qui n'ont pas forcément les compétences métiers. Il ont un savoir expérientiel, très précieux, avec des gens qui ont une vraie expertise métier, mais ils n'ont pas de capacité de théoriser leurs pratiques et de les nourrir comme le font des gros acteurs qui font aussi de la recherche en méthodo d'intervention. »⁷²

Il ressort de ces extraits une forme de complexe relatif au dimensionnement et à l'ancrage historique et territorial des acteurs médico-sociaux locaux. La responsable du pôle PPS décrit des « petits » acteurs, peu professionnalisés en matière d'accès à des formations et des outils, en comparaison à des acteurs de réputation nationale voire internationale implantés à différentes échelles. Surtout, elle les envisage uniquement dans un rôle d'« opérateurs » de l'action médico-sociale et déplore un manque de capacités réflexives et stratégiques dans leur manière d'envisager leurs missions. Le second extrait montre comment cette perception s'appuie en partie sur l'opposition entre savoirs expérientiels et savoirs théoriques. Si elle n'est pas spécifique au domaine de la santé, la notion de savoir expérientiel est de plus en plus utilisée dans le champ de la santé sociale pour analyser (et souvent valoriser) le rôle et les compétences des acteurs non professionnels (pairs aidants, bénévoles) ou encore la montée en expertise des patients et les communautés de patients en ligne (Simon et al., 2019). Elle renvoie à l'ensemble des compétences acquises par l'expérience (d'une problématique, d'une population...), souvent comparées à celles acquises par la formation. Les acteurs locaux, ici les RDS précarité, seraient alors essentiellement des bons acteurs de terrains, connaisseurs des problématiques de la précarité, des partenaires locaux, des procédures, mais insuffisamment outillés pour inscrire leurs actions dans des réflexions et des réseaux d'acteurs plus larges. Ce discours reflète les hiérarchies et des processus de légitimation dans le paysage des acteurs de la santé sociale : l'opposition entre les « grands noms » de l'aide humanitaire et de la philanthropie, dont l'histoire a été médiatisée (cf. Chapitre 2, partie 1.2), et des acteurs locaux plus anonymes issues d'initiatives variées. Par ailleurs, ce regard porté sur les acteurs locaux entre en contradiction avec les missions d'animateurs et de formateurs qui leurs sont confiées et sur lequel nous reviendrons dans le chapitre 5.

Cette conscience de la faible attractivité du territoire entraîne du côté de l'ARS départementale une préférence locale relativement au dimensionnement territorial des acteurs qui interviennent sur son territoire. Elle n'est notamment pas favorable au développement d'acteurs aux secteurs interdépartementaux. Ainsi dans les discussions relatives à la mise en œuvre d'équipes mobiles issues du Ségur 2020, l'ARS de Seine-et-Marne a encouragé le financement d'acteurs locaux déjà implantés sur le territoire :

« Enquêtrice : - Dans son appel à projet, l'ARS parle de dispositif territorial d'aller-vers sur la région. Je me demandais quelle est l'idée d'un dispositif régional, est-ce que ça signifie qu'il y aura plutôt des équipes régionales ?

Directrice du pôle PPS : - En fait la question se posait...mais entre-temps l'eau a coulé sous les ponts. On a eu des échanges avec le siège là-dessus, et à ce stade pour le 77 on est sur des équipes à l'intérieur du département. Car on n'est pas favorable à l'interdépartemental compte tenu des conditions du territoire d'une part, et de l'expérience de l'interdépartemental qu'on a sur d'autres

⁷²Directrice du pôle Prévention et promotion de la santé, ARS 77, août 2020

situations, qui fait que comme c'est plus compliqué d'intervenir sur la Seine-et-Marne, c'est nous qui allons passer à la trappe. »⁷³

La représentante de l'ARS s'oppose à l'interdépartemental car elle craint que son territoire ne soit lésé dans la répartition des interventions. Son témoignage suggère des expériences antérieures de dispositifs interdépartementaux ayant mené à une pénalisation du département. Nous verrons à travers l'exemple de l'équipe mobile sanitaire régionale que les départements périurbains peuvent faire l'objet d'un traitement différencié dans les pratiques interventionnelles, au motif des contraintes d'éloignement (cf. Chapitre 8).

Cette première partie a mis en lumière comment la Seine-et-Marne est un territoire qui cumule un ensemble de difficultés au regard de l'accès aux services de santé. Aussi, elle a mis en évidence les enjeux et contraintes dans la construction d'un maillage territorial de dispositifs accessibles aux personnes sans couverture sociale répondant aux logiques de répartition territoriale des exilés précaires sur la région francilienne. La superposition des différents acteurs installés ou intervenant sur le territoire fait apparaître des centralités et marges à l'échelle départementale et régionale, confrontant l'ARS aux limites du département en matière d'accessibilité mais aussi d'attractivité du territoire. Au regard de l'évolution des besoins sur le territoire, la répartition territoriale des équipes de soins gratuits sur le département révèle un enjeu d'amélioration, d'affinement de la couverture territoriale et suggère des difficultés de coordination des acteurs. Nous verrons alors dans la partie 3 de cette thèse comment le développement de nouvelles équipes mobiles (suite au Ségur 2020) est envisagé comme une manière de combler cette territorialisation incomplète mais représente aussi de nouveaux enjeux de coordination.

2. L'accessibilité fonctionnelle des services de soin gratuit à l'épreuve des logiques gestionnaires

Après avoir repositionné les acteurs médico-sociaux dans leur contexte territorial, cette deuxième partie s'intéresse au contexte managérial dans lequel évoluent ces structures médico-sociales et à la manière dont il influe sur leur accessibilité. Dans un souci de distinguer les déterminants de l'accès aux soins relevant de l'organisation du territoire et ceux relatifs au fonctionnement des services de santé, nous allons distinguer ici l'accessibilité spatiale et l'accessibilité fonctionnelle d'un service. Nous entendons l'accessibilité spatiale comme les possibilités et conditions d'accès au service au regard de sa localisation dans l'espace : desserte par les transports en commun, accessibilité par la route, possibilités de stationnement, mais aussi localisation au sein du système hospitalier. L'accessibilité fonctionnelle renvoie à l'ensemble des caractéristiques des services qui déterminent leur disponibilité et leur joignabilité. Il s'agit par exemple du rythme des consultations (jours et horaires d'activité), le fait de proposer des créneaux sans rendez-vous, les tarifs des consultations, les protocoles éventuels d'accès, le temps pour obtenir un rendez-vous, la possibilité d'accès à de l'interprétariat. Nous allons voir que cette accessibilité fonctionnelle est nécessairement largement dépendante des moyens de ces services pour proposer une offre de soin. Des éléments vus plus haut

⁷³ Extrait d'entretien avec la directrice du pôle Prévention et promotion de la santé, ARS 77, septembre 2021

suggèrent que cette accessibilité fonctionnelle a une dimension territoriale. Par exemple, la répartition régionale des PASS est corrélée à l'intensité de leur activité : les acteurs évoluant sur le territoire ont une activité réduite à l'échelle des acteurs de la précarité, encore plus à l'échelle du système de santé. Cette partie explore alors comment ces services tentent d'assurer une continuité de service et une visibilité dans le système de santé.

Nous allons nous concentrer essentiellement sur les RDS et les PASS, principaux acteurs de l'accès aux soins et la promotion de la santé impliqués dans l'accès primaire aux soins des exilés sur le territoire. Le contexte financier et managérial de ces deux types d'acteurs diffère : on trouve d'un côté des dispositifs publics intra-hospitaliers relativement récents, produits des politiques de santé, de l'autre des structures associatives inscrites dans une histoire locale ancienne mais qui ont évolué dans un partenariat étroit avec les pouvoirs publics (cf. Chapitre 2, partie 1.3). Pour autant nous allons voir que dans ces deux types de services, les moyens financiers et humains très limités agissent comme fortes contraintes à la continuité d'activité et aux capacités de coordination des professionnels qui les animent.

2.1. Les RDS précarité, acteurs du soin gratuit par du travail gratuit

Les réseaux de santé sont issus d'une contractualisation progressive avec les pouvoirs publics. À partir de 2002, les deux associations nées en tant que réseaux ville-hôpital se retrouvent financées par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS, ancêtre de l'ARS) au titre de « réseau de santé précarité », une nouvelle étape d'institutionnalisation qui leur a permis de se professionnaliser et développer différentes activités. Ils portent alors différentes missions de promotion de la santé : l'accompagnement social dans les démarches d'accès à une couverture sociale et à l'hébergement médicalisé, l'aide à l'accès aux soins à travers des dispositifs de consultations gratuites et la coordination des parcours de soin des populations précaires. Le RDS Sud a maintenu sa consultation médico-sociale gratuite hebdomadaire originelle (1997), désormais partiellement assurée par des salariés. En 2016, il crée une consultation dentaire et en 2019 une consultation de prévention spécialisée. Depuis 2009 un partenariat avec l'association Pharmacie humanitaire internationale permet une activité de distribution gratuite de médicaments. Les deux réseaux ont également développé des missions « hors-les-murs » de prévention sur lesquelles nous reviendrons plus précisément dans le chapitre 7. Enfin ils portent une mission de sensibilisation et de formation auprès des partenaires de l'action sociale du territoire dans l'accompagnement vers le soin des publics précaires. En effet, les réseaux de santé sont envisagés comme des vecteurs de l'amélioration des pratiques professionnelles (Bonnin & Grémy, 2004). En termes de ressources humaines, cette contractualisation avec l'État leur a permis de constituer et progressivement étoffer des équipes salariées : d'environ 3 salariés en 2002, les équipes des RDS Sud et Nord sont respectivement passées en 2020 à 8 et 9 professionnels (environ 7 ETP dans les deux cas). Néanmoins, dans les deux équipes, l'essentiel du soin médical (ici entendu au sens du soin effectué par des médecins, à distinguer des soins infirmiers) est effectué par des médecins bénévoles ou stagiaires. Nous attarder sur le financement des RDS va nous permettre d'illustrer comment les logiques de contractualisation représentent des fortes contraintes de développement, au service d'un travail (en partie) gratuit.

2.1.1. Des financements négociés à l'épreuve des logiques gestionnaires

Si le statut d'association leur permet de multiplier les sources de financement en bénéficiant de subventions des collectivités territoriales ou de dons, en pratique les RDS sont financés aujourd'hui à 95% par l'ARS. Depuis 2002 et jusqu'en 2022 (voir *infra*), leur financement principal est une dotation du Fonds d'intervention régional (FIR) au titre de « réseau de santé précarité » à laquelle s'ajoutent différentes enveloppes relatives à des missions et initiatives en matière d'accès aux soins. Le **Tableau 7** détaille le montage financier de l'un d'eux en 2018.

Tableau 7. Financements du RDS Sud en 2018

	Financiers		Objet/fléchage	Montant et (% budget total)
1	Agence régionale de santé	Fonds d'intervention régional (FIR)	Dotation au titre de réseau de santé	270 000 € (82%)
2		//	Dotation au titre de PASS ambulatoire	20 000€ (6%)
3		FIR dédié à la prévention et promotion de la santé (FIR PPS)	Actions de prévention et promotion de la santé	10 000 € (3%)
4		//	Mission exceptionnelle vaccination en bidonvilles	6 700 € (2%)
5		MIG PASS (via la PASS hospitalière)	Consultation dentaire	10 000€ (3%)
6	Commissariat générale à l'égalité des territoires Subvention « politique de la ville »		Actions effectuées auprès des quartiers prioritaires des politiques de la ville	3 500€ (1%)
7	Communes, communauté d'agglomération		Pas de fléchage particulier	7 500 € (2%)
8	Dons et cotisations des membres		Pas de fléchage particulier	3 400 € (1%)
	TOTAL			331 100€

Source : rapport d'activité du RDS Sud 2018

À l'exception des dons et cotisations de membres, les enveloppes secondaires sont obtenues en candidatant à des appels à projet ou en soumettant des demandes de subventions auprès de l'ARS (lignes 2 à 5) ou des collectivités territoriales (lignes 6 et 7). Ces demandes supposent de monter des dossiers administratifs conséquents et de plus en plus techniques, au sens où ils doivent parfois répondre à une certaine méthodologie. Par exemple les demandes effectuées auprès de l'ARS pour une dotation du FIR PPS (ligne 3) doivent suivre les étapes suivantes : diagnostic du besoin, élaboration d'un programme d'actions, conception, proposition d'une méthode d'évaluation de l'action ; une « ingénierie de projet » (terme de plus en plus utilisé par les administrations et que nous avons retrouvé à l'ARS) sur laquelle la direction du pôle PPS insiste lourdement auprès de ses « opérateurs ». Pour les équipes, ces dossiers représentent un temps et des moyens humains importants, parfois pour obtenir des sommes finalement modestes : « on fait parfois un dossier de 50 pages pour 2000€ à la fin »⁷⁴. Ces dossiers de demandes de financement incarnent la montée des tâches bureaucratiques et gestionnaires dans la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale à l'heure de la NGP, au détriment parfois de l'activité pour laquelle ils sont financés.

Dans ces processus de candidature, l'obtention de ces dotations publiques fait parfois l'objet d'un processus de négociations et ajustement complexes, qui témoignent des stratégies des pouvoirs publics et des rapports de forces avec leurs « opérateurs ». Pour le RDS Sud, ce fut le cas en particulier pour

⁷⁴ Directeur du RDS Sud, avril 2019.

son dispositif de PASS ambulatoire (lignes 2). Inspirées de leurs homologues hospitaliers, les PASS ambulatoires sont des expérimentations des ARS depuis 2013, portées par des centres médicaux et des réseaux de santé. Il s'agit d'un dispositif financier et coordinateur visant à la prise en charge « en ville » des personnes sans droits à l'Assurance maladie, que cela soit des primo-demandeurs d'une couverture médicale ou des personnes traversant une rupture de droits pour leur éviter de repasser par la PASS hospitalière. Elles s'inscrivent ainsi dans la dynamique de décloisonnement ville-hôpital des parcours de soins - ici plus précisément des patients sans couverture sociale -, qui est l'un des objectifs centraux du « virage ambulatoire »⁷⁵ du système de santé engagé depuis une dizaine d'années. Sur le territoire, les deux RDS sont porteurs de PASS ambulatoires. Le RDS Nord coordonne un tel dispositif depuis 2013 : sur la base d'un conventionnement avec une maison de santé, des pharmacies et laboratoires de proximité, il oriente des patients sans droits vers ces professionnels et services de santé qui vont délivrer gratuitement leurs services et que le réseau s'engage à rémunérer dans un délai de trois mois⁷⁶. Du côté du RDS Sud, l'histoire est différente puisque cela n'a pas fait l'objet d'une création de nouveau dispositif : le directeur du réseau a alors dû négocier auprès de l'ARS, avec le soutien de la délégation départementale, pour faire reconnaître sa consultation gratuite hebdomadaire assurée par son réseau de médecins bénévoles ainsi que sa pharmacie humanitaire comme des actions s'inscrivant dans une logique de développement du soin ambulatoire, et méritant donc un financement dédié.

A l'inverse de ces subventions obtenus par réponse à un appel à candidature, certains financements des RDS sont obtenus dans le cadre de missions pour lesquelles c'est plutôt l'ARS qui les sollicite, souvent dans un délai très court. Cela concerne des actions habituelles des réseaux (prévention, vaccination par exemple) mais qui vont alors faire l'objet de financements ponctuels dédiés du fait des moyens « exceptionnels » qu'ils supposent. En 2018, ce fut le cas pour les deux réseaux dans le cadre d'une mission régionale de vaccination contre la rougeole auprès de populations vivant en bidonville (ligne 4). En 2019, ce sera pour des actions de dépistage de la tuberculose suite à des cas et en 2020-2021, dans le cadre de la lutte contre la covid-19 (cf. Chapitre 7). D'un point de vue financier, il est ressorti des échanges avec les professionnels que ces actions peuvent les mettre en difficulté au regard de l'écart entre le budget qu'ils reçoivent, fixé par l'ARS, et ce qu'elles vont leur coûter en pratique. Bien souvent, elles reposent largement sur des interventions bénévoles et des dépenses supplémentaires. Nous verrons alors dans le chapitre 7, à partir d'un exemple, comment le financement de ces actions témoigne aussi d'un décalage entre une logique d'intervention ponctuelle de l'ARS et une approche plus globale et durable à laquelle aspirent les RDS.

⁷⁵ Expression consacrée par la loi de modernisation du système de santé de 2016, « le virage ambulatoire » du système de santé désigne le processus visant à décentrer les parcours de soin des établissements hospitaliers. Il recouvre deux dynamiques : d'une part le transfert vers la médecine « de ville » de soins médicaux et paramédicaux ne nécessitant pas une hospitalisation ; d'autre part la diminution d'hospitalisations avec hébergement de nuit au profit d'hospitalisations de moins de 12h, à travers notamment le développement de la chirurgie ambulatoire et des hôpitaux de jour. Les intérêts couramment mis en avant du virage ambulatoire sont la meilleure récupération des patients par un retour précoce à domicile, la protection des risques nosocomiaux, l'optimisation de coûts et de places d'hospitalisation au profit d'une augmentation des capacités d'accueil hospitalières.

⁷⁶ Ce délai permet d'attendre l'activation des droits à une couverture sociale. S'il y a eu ouverture d'une couverture sociale, le RDS peut procéder à une régularisation par l'Assurance Maladie via la reconnaissance rétroactive des droits ; si ce n'est pas le cas, il rémunère les partenaires sur ses fonds dédiés

A côté du recours aux bénévoles, un autre atout financier et managérial important des RDS, issu de leur histoire (cf. Chapitre 2, partie 1.3), est leur partenariat avec l'hôpital du secteur. Pour le RDS Sud notamment, le partenariat avec l'hôpital de Melun est ce qui permet la mise à disposition de locaux, de matériel (logiciels, matériel d'intervention hors-les-murs) et un détachement gracieux (une demi-journée par semaine) du médecin coordinateur. Depuis 2019, ce dernier a négocié que le réseau soit aussi un lieu d'intervention des stages d'internes en médecine générale⁷⁷, permettant ainsi de renforcer son temps médical sur le compte de l'hôpital. Ces médecins stagiaires assurent notamment une nouvelle consultation de prévention (cf. chapitre 5) mise en place par le réseau.

Le détail du financement du RDS Sud révèle que l'essentiel de ses activités de consultations gratuites et de maraudes sont assurés par des médecins bénévoles ou des stagiaires, qui incarnent alors le travail gratuit du soin gratuit⁷⁸.

2.1.2. De l'argent « pour coordonner mais pas pour soigner » : le travail gratuit du soin gratuit

Bien qu'ils fournissent directement des consultations médicales, les RDS ne sont en réalité pas financés pour le soin médical qu'ils procurent, mais uniquement pour sa coordination. En effet, l'enveloppe principale en tant que réseau de santé, mais aussi celles de la PASS ambulatoire, sont dédiées à de la coordination (organisation des consultations, « coordination du parcours de soins », « appui aux professionnels ») et ne sont pas censés financer du temps de soin médical. Parmi les financements de l'ARS, seulement celles du FIR PPS et de la consultation dentaire (lignes 3, 4, 5), soit 8% du budget, permettent théoriquement d'embaucher du temps médical destiné au soin. Mais ces enveloppes minimales ne permettent absolument pas de financer du temps de médecin, même à temps partiel ou ponctuellement. Ainsi, la dotation pour la consultation dentaire (ligne 5) sert plutôt à compléter le poste de la secrétaire qui la coordonne et à financer du matériel ; tandis que les dentistes sont bénévoles. Par ailleurs, le financement de cette consultation a fait l'objet d'un arrangement avec l'ARS et l'hôpital qui contribue alors à invisibiliser le travail, en partie bénévole, du RDS. En effet l'ARS a souhaité que cette consultation portée par le RDS Sud mais effectuée dans les locaux de l'hôpital de Melun (pour des raisons matérielles essentiellement), soit attribuée à la PASS hospitalière et non au RDS. Ainsi l'ARS verse à l'hôpital une certaine enveloppe (sur le budget des PASS hospitalières) que celui-ci reverse au réseau dans le cadre d'une convention. Cette manipulation permet à l'ARS de rentrer dans les logiques des politiques publiques visant au développement des PASS hospitalières spécialisées, mais elle invisibilise alors largement le fait que cette consultation est réalisée par des dentistes bénévoles pour le RDS et non par des praticiens hospitaliers salariés.

Comme le soulignera le directeur, « on nous donne du budget pour coordonner mais pas pour soigner. Coordonner oui mais coordonner quoi, il n'y a personne qui soigne, on est les seuls avec les PASS [hospitalières] »⁷⁹. Tout en rappelant le manque d'acteurs dédiés au soin des précaires sur le

⁷⁷ Dans le cadre de Stages Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) visant une ouverture des internes en médecine générale aux structures ambulatoires : il peut être fait chez un praticien libéral, en PMI, médecine scolaire, médecine humanitaire, médecine pénitentiaire...

⁷⁸ Du côté du RDS Nord que nous n'avons pas détaillé ici, l'équipe salariée un médecin coordinateur à 40% et ses consultations gratuites dans le cadre de la PASS ambulatoire sont financées par l'Assurance maladie si les droits des personnes sont activés dans les trois mois, sinon sur ses propres fonds. Cependant l'intégralité de ses maraudes hebdomadaires sont assurées par des médecins bénévoles.

⁷⁹ Directeur de RDS, avril 2019

territoire, il souligne la contradiction d'un financement public du soin aux personnes précaires centré sur le paradigme de la coordination entre acteurs du soin, là où les besoins seraient d'abord dans le financement de consultations. L'entretien de ce système de financements autour de la coordination et non du soin contribue à faire reposer le soin gratuit sur du travail gratuit. Chaque année le directeur du RDS Sud calcule alors dans son rapport annuel la valorisation financière de tout ce que représente alors le travail bénévole et les avantages en nature du partenariat ville-hôpital. En 2018, il estimait le montant de cette valorisation à 93 000€ : sachant que pour l'année 2018, le réseau a été financé à hauteur d'environ 330 000€, cette valorisation représente 28% de ses financements annuels. Avec ce calcul, le directeur tient à « *faire valoir l'importance de l'engagement bénévole dans le fonctionnement du réseau* » mais aussi « *montrer à l'ARS qu'elle a tout à gagner à soutenir des acteurs comme nous, car on a un très bon rapport qualité prix* »⁸⁰. On retrouve ici toute l'ambivalence d'une telle démarche de valorisation financière du travail bénévole, entre d'une part la recherche de reconnaissance sociale et politique de l'engagement citoyen, d'autre part la valorisation de sa performance et sa compétitivité économique, à l'aune des logiques de mise en compétition des acteurs.

C'est ainsi que les RDS incarnent, aux côtés de nombreux acteurs associatifs financés sur des fonds publics, le glissement par lequel les logiques de la NGP font reposer les missions de l'État social sur du travail gratuit (Hély, 2009, Simonet, 2018). S'il s'agit ici de l'accès aux soins, d'autres travaux montrent bien ces logiques traversent l'ensemble des missions relatives à l'accueil des exilés : l'accompagnement social dans l'accès aux droits sociaux, l'accompagnement juridique dans les procédures de titre de séjour ou encore l'hébergement (Lepoutre, 2021, Mésini & Bonis, 2021, Roche, 2021).

2.2. Les PASS hospitalières, des micro-services dans un « bricolage » managérial

« On fait vraiment avec des petits bouts de budgets : du 0,2 ETP de travailleur social par-là, d'infirmier par ici ».

Comme exprimé par cette représentante de l'ARS départementale, l'activité des services de soins gratuit repose sur une forme de « bricolage » à la fois financier et managérial. L'usage du « on » est significatif : à l'instar du rôle d'intermédiaire que nous avons rappelé plus haut, l'ARS s'inscrit elle-même dans ces processus de composition avec les moyens du bord. Si elles reposent moins sur du travail bénévole, les PASS, sont des services fonctionnant sur des équipes et des ressources managériales particulièrement réduites, supposant alors des ajustements.

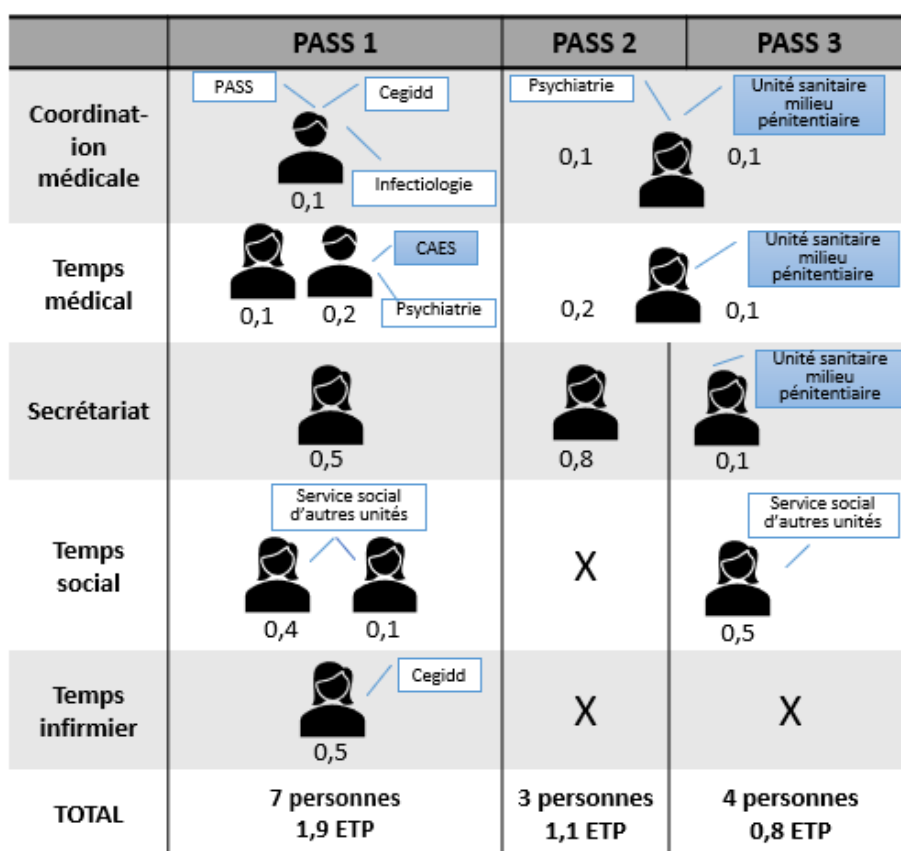
2.2.1. Des effectifs particulièrement réduits et des professionnels multi-positionnés

Dispositifs publics issus de la loi de lutte contre les exclusions (cf. Chapitre 2, partie 2), les PASS hospitalières sont financées depuis 2005 au titre d'une mission d'intérêt général dite MIG PASS. Il s'agit d'une enveloppe nationale votée annuellement, répartie entre les régions par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et distribuée par les ARS (siège régional) entre les PASS de la région sur la base de leur activité et leur file active. Les MIG PASS représentent des enveloppes extrêmement limitées avec lesquelles les ARS sont là encore sommées de composer. La coordination régionale des PASS d'Île-de-France a établi un seuil minimal de 60 000€ « *pour avoir un équivalent*

⁸⁰ *Ibid.*

temps plein ou même partiel d'assistant social et des vacances médicales »⁸¹. Sur le département Seine-et-Marnais, la MIG PASS varie ainsi en 2020 entre 60 000€ à 200 000€. De par ces financements, les PASS hospitalières doivent alors fonctionner sur très peu de ressources humaines. En 2020 en Île-de-France, qui est pourtant la région concentrant les services les plus anciens et les plus importants, les PASS fonctionnent en moyenne sur 2,6 ETP⁸² de personnel. Cette moyenne déjà faible masque les différences infrarégionales évoquées plus haut. En effet, sur les trois PASS enquêtées, la moyenne est bien en dessous puisque les effectifs varient entre 0,8 ETP et 1,9 ETP pour une activité de consultation dédiée variant d'une journée et demi à une journée toutes les deux semaines avec un accueil social plus ou moins quotidien.

Figure 7. Composition des équipes des trois PASS enquêtées à la fin de l'année 2020



Légende 0,1 temps dédié au service PASS en équivalent temps plein (ETP)
 Autres services hospitaliers où travaille le la professionnelle dont Unités sanitaires essentiellement « hors-les-murs » de l'hôpital

I.Siffert, 2023

Les équipes des trois PASS enquêtées (cf. **Figure 7**) sont des compositions de très petits effectifs, de postes tous incomplets. Celles-ci supposent une multi-positionnalité des professionnels, qui se décline alors de deux façons : avoir un poste partagé sur différents services voire différents établissements et/ou endosser plusieurs fonctions au sein d'un même service. Ainsi, dans les PASS 1

⁸¹ Coordinatrice régionale des PASS, ARS IDF, juin 2021

⁸² D'après la coordinatrice régionale des PASS d'Île-de-France, juin 2021

et 3, les assistantes sociales travaillent également pour d'autres services de l'hôpital, les PASS 2 et 3 ont la même cheffe de service et la même médecin clinicienne, le médecin coordinateur de la PASS 1 est aussi coordinateur du RDS Sud et de l'unité de santé publique (CeGIDD, CLAT, vaccination), tout comme l'infirmière a un poste partagé avec l'unité de santé publique. Quand il ne s'agit pas d'être partagé entre différents services, c'est au sein de leur équipe que les professionnelles (ce sont ici essentiellement des femmes) se trouvent à endosser des tâches relevant traditionnellement d'autres fonctions. Le cas de la PASS 2 est particulièrement emblématique : alors qu'il n'y a plus de poste de travailleur social depuis 2018, l'accompagnement social et une partie de la coordination médicales sont assurés par la secrétaire. Présente sur quatre jours alors que la consultation a lieu un jour par semaine, c'est elle qui reçoit les patients en entretien pour faire le point sur leur situation sociale et les aider dans le remplissage et l'envoi de dossiers. Pour des cas inhabituels, elle peut s'appuyer sur la proximité directe de son bureau avec les assistantes sociales d'autres services de l'hôpital. Dans la journée de consultation hebdomadaire, elle effectue tout un travail de coordination médico-sociale assimilable à ce que nous avons retrouvé dans les postes d'infirmières au sein des deux réseaux et de la PASS 1 (voir infra).

2.2.2. Des soignants difficiles à recruter

Alors que les postes sont pourtant peu nombreux, l'un des médecins coordinateurs de PASS du département a insisté sur la grande difficulté à trouver des médecins pour assurer des consultations. À la fois du fait de la spécificité des services PASS qui n'attirent pas pour plusieurs raisons : la patientèle en situation de précarité qui peut être « lourde » mais aussi les conditions des postes (incomplets donc qui supposent d'autres activités), le fait d'exercer dans un service peu valorisé au sein de l'hôpital (cf. *infra*) ou encore la localisation géographique en grande couronne francilienne. « *Je vais les chercher loin les médecins...mais du coup ils habitent loin, ils ne restent pas longtemps* »⁸³ a souligné le médecin. Les établissements de Seine-et-Marne souffrent de l'inégale accessibilité par les transports en commun sur le territoire et de la régionalisation du système hospitalier francilien au sein de l'APHP : les internes en médecine et même les médecins salariés résident pour la plupart à Paris ou dans la petite couronne et mettent du temps à se rendre en Seine-et-Marne.

On ne se retrouve pas médecin en PASS ou en réseau de santé précarité par hasard. Jérémy Geeraert (2017) et plus récemment Chloé Tisserand (2021) ont analysé quelques profils récurrents parmi les médecins praticiens dans les PASS. À l'image des médecins qui ont porté les premières consultations gratuites hospitalières, Jérémy Geeraert a souligné la part importante dans les PASS de médecins ayant eu des expériences associatives professionnelles ou bénévoles, médicales (Samu social, Croix rouge française, Caso de Médecins du Monde...) ou plus généraliste, dans des associations de défense des droits et d'accueil (Cimade, associations caritatives...). Nous avons retrouvé ce profil de médecins engagés dans les deux réseaux de santé associatifs. Comme évoqué dans le chapitre 1, les médecins à l'initiative de la consultation gratuite du RDS Sud étaient en lien avec les médecins hospitaliers qui ont créé la première consultation gratuite hospitalière dans un hôpital parisien. Parmi les médecins impliqués au moment de l'enquête, plusieurs ont évoqué des engagements militants dans d'autres associations d'accueil des exilés en parallèle. Au RDS Nord, les deux médecins impliqués dans les maraudes hebdomadaires sont impliqués dans l'association locale

⁸³ Médecin coordinateur de la PASS 1, juillet 2019

de défense des droits des populations « Roms ». Concernant les PASS, il se trouve que les deux médecins qui assurent en 2020 les consultations hebdomadaires des trois PASS enquêtées sont des médecins eux-mêmes exilés. L'une arrivée du Maroc en 2005, l'autre de la Syrie en 2017. Tous deux ont étudié et commencé à pratiquer la médecine dans leurs pays, et ont alors commencé en France en tant que praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Sur le terrain calaisien, Chloé Tisserant (2021) avait relevé l'importance des médecins exilés, originaires de pays hors de l'Union européenne à la PASS. Elle qualifie ces soignants exilés de « déclassés » dans la mesure où ils ont souvent dû passer par des statuts précaires intermédiaires (stagiaires, vacataires, faisant fonction d'interne) avant d'obtenir leur équivalence pour devenir praticien hospitalier en France. Au moment de l'enquête, c'était en effet le cas de l'un des deux médecins rencontrés, embauché par l'hôpital en tant que faisant fonction d'interne sur différents services en forte tension (le service de psychiatrie, la PASS, le CAES) en attendant de passer le concours lui permettant un statut de chef de clinique en France.

2.2.3. *Des équipes sans encadrement*

Un dernier élément important du contexte managérial des PASS du territoire est l'absence de cadre de santé. S'il y avait un cadre de santé attiré à la PASS 2 jusqu'en mars 2020, celui-ci avait été envoyé sur un autre site hospitalier et n'avait pas été remplacé au moment de l'enquête en novembre 2021. Fonction émergente depuis les années 1990, les cadres de santé sont des professionnels paramédicaux, qui ont pour mission d'organiser les activités paramédicales ou de soins au sein d'un service ou d'une unité de soins en veillant à la qualité et la sécurité des prestations. Bien que très variables selon les services et les établissements, ils ont globalement un rôle d'encadrement d'équipe et de gestionnaire des biens au sein du service : gestion des plannings du service, budgétisation et commande du matériel de soin, coordination avec d'autres services, représentation et remontées d'informations et d'activités auprès de la direction des soins, etc. Ils sont porteurs des logiques gestionnaires associées au déploiement de la nouvelle gestion publique dans le système hospitalier (Bourret, 2006, Divay & Gadéa, 2008). En l'absence de cadre de santé dans les PASS, ces tâches gestionnaires, certes réduites par rapport à des services plus importants, sont alors réparties entre les professionnels des équipes. À la PASS 1 c'est l'assistante sociale coordinatrice du service social de l'hôpital et à la PASS 2 la secrétaire qui endossent une partie de ces responsabilités : ce sont notamment elles qui gèrent les commandes de matériel et rédigent l'essentiel des rapports d'activités transmis à l'ARS, relus et complétés par les chefs de service. Sans doute davantage que dans des services qui auraient des cadres de santé officiels, on retrouve alors dans les PASS un glissement des activités gestionnaires sur les professionnels soignants (Divay & Gadéa, 2008).

Ainsi, la caractérisation du cadre gestionnaire des RDS puis des PASS montre comment ces structures dédiées à l'accès aux soins des précaires évoluent dans une certaine précarité budgétaire et managériale, sur la base de budgets très modestes et de petits voire très petits effectifs. Si l'ancrage associatif permet aux RDS de proposer davantage d'activités et d'avoir des équipes plus étoffées, leurs activités reposent en partie sur du travail gratuit. Les PASS hospitalières fonctionnent quant à elles essentiellement sur la multi-positionnalité des membres des équipes. Nous allons alors explorer dans la suite de cette partie comment cette précarité des moyens se répercute sur le fonctionnement des services et leurs capacités d'accueil.

2.3. Maintenir son activité dans le temps à l'épreuve des moyens

Un enjeu majeur de l'accessibilité fonctionnelle des services est la continuité de l'activité, au sens de la capacité à l'assurer dans la durée, avec le minimum d'interruption. La continuité d'une activité s'envisage à différentes échelles de temps : elle peut désigner à la fois la capacité à proposer ses services toutes les semaines de l'année, par exemple maintenir une consultation hebdomadaire pendant les périodes estivales, et la capacité à renouveler d'une année sur l'autre une activité. Cette continuité est alors particulièrement sensible à la taille des équipes et l'incertitude financière entourant l'activité des dispositifs étudiés.

2.3.1. Les petits effectifs, un enjeu de continuité de service

Dans les trois services PASS enquêtés, quand l'unique médecin clinicien part en vacances, la consultation médicale hebdomadaire n'est tout simplement pas assurée. Dans ces situations, les secrétaires orientent alors les patients sur les urgences avec un bon d'orientation PASS ou vers les partenaires, c'est-à-dire les autres PASS et les RDS. Mais relevons alors que la peine est double pour les usagers et orienteurs des PASS 1 et 2 qui ont le même médecin : si celui-ci est absent, il l'est pour les deux services et un repli de l'un des services vers l'autre n'est donc pas possible. À nouveau cette difficulté est propre aux petits services PASS : en effet les services plus importants qui ont des consultations pluri-hebdomadaires, essentiellement à Paris et en petite couronne, ont généralement plusieurs médecins intervenants, ce qui leur permet alors de proposer un service réduit lorsque des praticiens sont absents⁸⁴.

Dès lors, l'absence de continuité de service détériore la qualité du service proposé et influe sur leur visibilité auprès des partenaires orienteurs et des usagers, susceptibles de se détourner d'eux si l'absence d'un professionnel est prolongée (départ à la retraite par exemple). Comme l'a évoqué la coordinatrice régionale des PASS, la fragilité des PASS de grande couronne en termes de ressources humaines entretient une instabilité qui peut détériorer leur fonctionnement et leur visibilité :

« Ce sont des unités fonctionnelles toutes petites. Donc forcément si y a une personne qui n'est pas là ; y a plus de PASS. Si on a un médecin qui s'en va, on peut continuer à envoyer aux urgences, mais c'est pas du tout la même chose que d'avoir un poste bien identifié. Par exemple à Melun quand Marc [médecin coordinateur] est parti, on s'est dit ohlala, mais finalement ça marche très bien car il y a quelqu'un d'autre. Mais ça tient sur pas grand-chose. La même PASS peut fonctionner très bien et après le départ d'une personne, la dynamique est cassée. Et à l'inverse, une PASS qui vivait, et là y a quelqu'un qui a envie de s'investir et hop. C'est le cas de Meaux, avec maintenant un médecin super compétent et investi. C'est vraiment personne-dépendant⁸⁵.*

La coordinatrice évoque la PASS de Meaux qui a connu une période de quelques mois sans consultation dédiée entre 2018 et 2019 du fait du départ du médecin praticien. À l'instar de ce qu'elle suggère, j'ai en effet constaté auprès de structures d'hébergement comment l'absence de continuité dans l'activité des PASS agit au détriment de leur visibilité et leur réputation auprès de partenaires. La cheffe de service de l'un des HUDA du territoire, ouvert en 2015, dont la PASS la plus proche est

⁸⁴ Par exemple les consultations de la PASS de l'hôpital de l'Hôtel Dieu à Paris sont effectuées du lundi au vendredi par 8 médecins généralistes et un interne. À la PASS de l'hôpital Avicennes (Seine-Saint-Denis), les consultations sont assurées par 3 médecins différentes. À l'hôpital Henri Mondor à Créteil (Val-de-Marne), des consultations sont assurées sur 4 demi-journées par 2 médecins.

⁸⁵ Coordinatrice régionale des PASS, ARS IDF, juin 2021

celle de Meaux a expliqué avoir travaillé les trois premières années avec celle-ci avant qu'elle ne s'interrompe lors du départ à la retraite de l'unique médecin. Mais lorsque nous avons effectué notre entretien en octobre 2020, alors que la consultation médicale de la PASS avait repris depuis plus d'un an, l'équipe du centre d'hébergement n'avait pas repris les orientations vers cette PASS et fonctionnait avec d'autres services considérés comme plus disponibles.

Le faible effectif de médecins est aussi déterminante dans la possibilité de proposer un service sans rendez-vous. La problématique de la continuité de service dans le choix des PASS 2 et 3 a été un des arguments pour passer à un service de consultations sur rendez-vous. Dans la mesure où la consultation ne peut pas être assurée toutes les semaines, le système de rendez-vous garantit de pouvoir organiser les consultations en prenant en compte les périodes d'absence du médecin, sans le risque de laisser des personnes orientées à la porte. Les consultations sur rendez-vous sont ainsi une forme de garantie que la personne sera reçue face à un risque d'une demande supérieure à l'offre, mais elles représentent aussi des enjeux d'accessibilité aux services de santé. En ce qu'elles supposent des contacts préalables avec le service, elles représentent des contraintes supplémentaires à l'accès aux soins, souvent exacerbées pour les exilés non pris en charge par un partenaire de l'action sociale et/ou les personnes non-francophones.

2.3.2. Des temporalités de financement qui maintiennent dans l'incertitude

À plus long terme, ce qui fragilise l'accessibilité fonctionnelle des services dédiés aux soins gratuits est leur incertitude budgétaire. Pour les RDS en particulier, le caractère composite de leur financement crée une forme d'instabilité de l'activité. Comme nous l'avons vu plus haut (2.1.1), le financement des postes repose sur un montage entre les différentes enveloppes, que la direction articule en respectant leurs fléchages pour composer des postes complets. Le maintien d'un poste à temps plein peut alors être mis en danger si des financements ne sont pas reconduits. Cette incertitude est aussi liée aux logiques d'expérimentation qui structurent le financement d'une partie de l'action des réseaux. Les RDS expérimentent des activités, des initiatives sur ses fonds de base et sur les marges de la disponibilité des postes pour ensuite demander un financement dédié à l'ARS. De la même manière, le partenariat avec l'hôpital permettant l'intervention d'une interne au RDS Sud est un arrangement qui représente une certaine incertitude en termes de maintien de postes et d'activité. Tous les six mois, le réseau est exposé au risque que le stage ne soit pas choisi par un étudiant, dans un contexte où l'offre de stages de médecine générale est supérieure au nombre d'étudiants et le territoire de Seine-et-Marne peu attractif pour les internes franciliens. La consultation de prévention qu'assure l'interne dans son intégralité est alors menacée d'être provisoirement interrompue. Enfin, si le recours à des bénévoles est un atout en termes de performance économique, il représente aussi une fragilité pour le maintien de l'activité dans le temps. Il suppose l'entretien, le maintien et le renouvellement du vivier de bénévoles, ce qui est un enjeu particulièrement difficile au regard de la baisse générale de l'offre médicale sur le territoire. Depuis le printemps 2021, la baisse du nombre de bénévoles disponibles a conduit le RDS Sud à réduire sa consultation hebdomadaire historique de 20 consultations effectuées par 2 bénévoles à 10 consultations effectuées par un unique bénévole.

Les temporalités des financements sont ainsi susceptibles de créer une insécurité relative au maintien de postes et d'activités. Cette insécurité financière, les deux réseaux l'ont particulièrement expérimenté en 2021, lorsqu'ils ont appris la disparition officielle de leur dotation principale du FIR

(environ 80% de leur financement) à l'horizon 2022. La réponse proposée par l'ARS départementale pour compenser cette perte était alors de composer entre une augmentation de leur dotation en tant que PASS ambulatoire et la réponse à un appel à candidature pour la création de nouveaux dispositifs dans le cadre du Ségur de la santé 2020 : les équipes mobiles santé précarité. Si nous reviendrons sur ce que ces nouveaux dispositifs représentent en termes d'évolution de l'activité (c.f chapitre 7); ce qui est important ici est le fait que les deux associations ont réellement douté de leur possibilité de se maintenir dans le temps. Entre juin 2021, au moment de l'annonce par l'ARS de cette disparition des financements Réseaux et la réponse de l'appel à candidature pour les équipes mobiles en décembre, les deux équipes ont évolué dans une incertitude quant à la pérennité de leur équipe et leurs activités.

« Ils ont dit qu'ils allaient revaloriser la PASS ambulatoire mais combien ils vont donner ? Et pour les équipes mobiles combien ? Sachant qu'on serait trois dispositifs rien que sur le 77 et que l'enveloppe régionale, elle n'est pas énorme...Voilà pour l'instant c'est qu'une annonce. Le conseil d'administration m'a donné comme mission de faire en sorte qu'on maintienne tout le monde. Voilà c'est l'objectif. Si on ne peut pas maintenir, on fera des choix mais c'est pas moi qui les fera. Ce sera l'ARS, avec le bureau éventuellement »⁸⁶

« Il y a une grosse interrogation sur l'augmentation de la PASS ambulatoire. On a eu une réunion avec l'ARS (départementale) qui nous a fait comprendre qu'ils ne savaient pas comment faire pour augmenter le budget des PASS ambulatoires car normalement ce sont des dispositifs peu financés car adossés à des services préexistants. Les cas dans le 77 ne sont pas courants, ils ne savent pas comment le siège va faire. Pour l'équipe mobile santé précarité on va envoyer le dossier en novembre, on est censé avoir une réponse fin décembre. C'est l'ARS IDF qui décide en dernière instance. L'ARS départementale dit qu'elle nous soutient mais je n'y crois pas parce qu'on n'a pas une assise financière assez solide, pas de quoi financer les coûts fixes. C'est pas comme les grosses assos qui peuvent mutualiser [...] On commence à annoncer à nos partenaires qu'on va peut-être disparaître »⁸⁷

Ces deux extraits d'échanges avec les directeurs des réseaux témoignent d'une vulnérabilité par rapport à l'incertitude de leur financement au point de sentir leur existence menacée. En octobre 2021, je fus marquée par à une présentation du RDS Nord dans le cadre d'une rencontre organisée par un partenaire local à l'issue de laquelle la directrice du réseau insista sur leur potentielle fermeture. Ces acteurs locaux se sentent « petits » au regard des acteurs médico-sociaux inscrits à l'échelle régionale voire nationale, et menacés par les logiques de mise en concurrence inhérentes au fonctionnement par appel à candidature. Ces témoignages mettent à nouveau en exergue la fragilité du rapport aux tutelles, l'ARS départementale, dont le rôle est d'être un intermédiaire entre les « opérateurs » et l'ARS régionale en charge de la répartition des financements. L'inquiétude de ne pas se maintenir est associée au fait d'être soumis aux négociations de leurs représentants départementaux, qui semblent eux-mêmes tâtonner dans la recherche de solutions. Les doutes exprimés par la seconde interlocutrice quant à la capacité de l'ARS à défendre sa cause témoigne d'une confiance fragile dans l'ARS départementale en tant que gestionnaire non décideur.

2.4. Une précarité matérielle et technologique qui structure le quotidien : reflet d'une marginalisation dans le système de santé ?

Au-delà des moyens humains, une dimension majeure du fonctionnement des services est l'accès à un espace adapté et du matériel pour soigner. Etroitement liée au contexte financier, cette dimension

⁸⁶ Directeur RDS Sud, Juillet 2021

⁸⁷ Directrice RDS Nord, octobre 2021

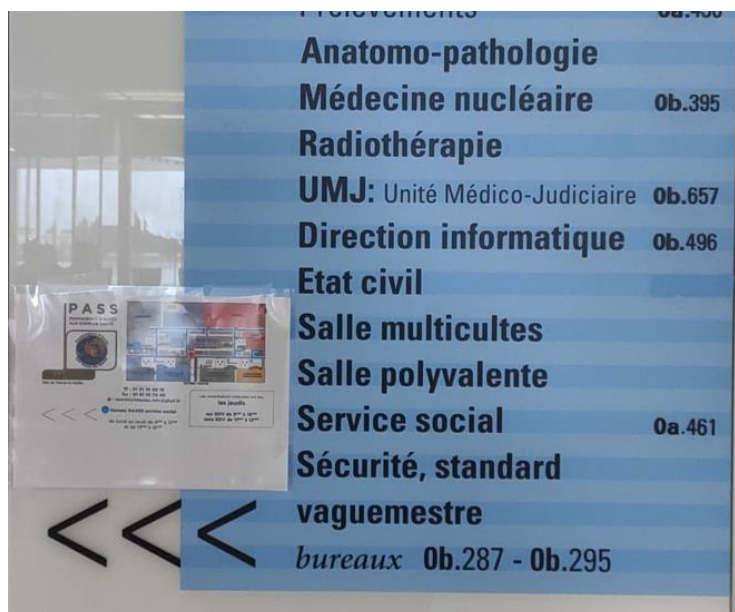
logistique est ressortie comme un enjeu de négociation avec l'institution hospitalière et un facteur limitant l'activité et la visibilité des services.

2.4.1. Un espace de soin à négocier

Ayant lieu sur une journée ou une demi-journée, les consultations des PASS n'ont pas lieu dans des cabinets dédiés et ont alors supposé de négocier avec d'autres services pour obtenir des salles. Dans la PASS 3, la consultation a finalement lieu dans un bureau qui est utilisé le même jour par une équipe de nuit et doit être libéré à 16h. Cette contrainte horaire limite le nombre de consultations de la journée, qui n'a déjà lieu qu'une semaine sur deux. À la PASS 1, lorsque le médecin coordinateur a voulu mettre en place en 2019 une nouvelle consultation dédiée aux Mineurs non accompagnés (cf. Chapitre 5), celui-ci n'a pas obtenu de cabinet au sein du site principal de l'hôpital et s'est finalement rabattu sur les locaux de l'unité de santé publique dont il est aussi le chef de service. En conséquence cette consultation se trouve délocalisée par rapport aux autres activités de la PASS et au plateau technique de l'hôpital. La problématique de l'accès à un espace de soin adapté se pose aussi pour les RDS, qui doivent se contenter de ce que l'hôpital (pour le RDS Sud) ou la mairie (RDS Nord) veulent bien leur prêter. Pour les deux, les locaux mis à disposition sont trop petits au regard de l'évolution de leurs activités et équipes. Par ailleurs le RDS Nord, dont les locaux sont sur deux étages, est confronté à un problème d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite. De son côté l'équipe du RDS Sud a été contraint d'effectuer deux déménagements successifs en 2017 et 2018 suite à la réorganisation de l'hôpital et était censé déménager à nouveau à l'horizon 2023. Ces déménagements représentent un risque important de perte de visibilité auprès des usagers et suppose un travail de communication supplémentaire auprès des partenaires pour que soit assurée la transition d'un lieu à l'autre.

Une autre caractéristique spatiale pesant sur l'accessibilité fonctionnelle est le manque de signalétique des services autour ou à l'intérieur des bâtiments. La signalétique est un enjeu majeur de l'accessibilité à la fois spatiale et fonctionnelle des services de santé, soulevé depuis longtemps comme une priorité de l'amélioration de la visibilité des PASS (Fabre et al., 2003 ; Georges-Tarragano et al., 2017). Elle est non seulement un enjeu de visibilité externe, pour les patients qui s'y rendent, et une composante de la visibilité interne, pour rappeler aux professionnels des autres services de l'hôpital qu'une PASS existe dans leur établissement, et qu'ils soient en mesure d'y orienter des patients. Pourtant, dans les établissements hospitaliers des PASS 1 et 2, ces dernières ne sont pas indiquées par la signalétique à l'intérieur des bâtiments, alors même qu'ils sont très récents et bien postérieures à la création des dispositifs PASS. Pour pallier ce manque, dans la PASS 1 la secrétaire a ajouté des affichettes imprimées indiquant la localisation du service (cf. **Photo 1**).

Photo 1. La signalétique bricolée d'un service PASS



I.Siffert, observation à la PASS 2, novembre 2021

Ce manque de signalétique suggère un manque de reconnaissance des PASS comme services hospitaliers. Au mieux assimilés aux services sociaux des hôpitaux (qui sont généralement à côté et sont, eux, indiqués dans la signalétique), elles ne sont pas reconnues comme des services à part entière.

Le manque de reconnaissance se traduit aussi par des difficultés d'accès au matériel médical, évoqué par plus professionnels en soulignant les conséquences sur leurs activités de soin :

« C'est compliqué de récupérer du matériel. Au début j'avais juste cette table d'examen, un bureau avec un ordinateur. J'apporte mon stéthoscope. J'ai mis du temps à récupérer un tensiomètre, un otoscope, un pèse-personne, un oxymètre. J'ai pas de thermomètre ce qui est problématique, notamment pour les enfants »⁸⁸

« On m'a trouvé un bureau administratif mais sans lavabo donc pour une infirmière c'est compliqué, je peux pas faire ce que je veux. C'est un espace qui n'est pas dédié à du soin. Donc le ménage n'était pas fait comme dans un bureau de soins, ça a été revu mais ça a dû mettre 1 an à être revu. J'ai mis 6 mois à avoir un thermomètre, un tensiomètre... Parce que la PASS n'est pas gérée par une cadre de soins mais par une administratif qui n'a pas les mêmes droits. L'hôpital ne comprend pas que l'administratif ait besoin d'un tensiomètre... Fin bref je galère même pour des petites choses »⁸⁹

Il ressort ici comment les difficultés très concrètes que rencontrent les professionnels dans leur activité quotidienne sont associées à la particularité managériale du dispositif PASS par rapport à un service classique. Le manque d'encadrement qui suppose que d'autres professionnels (secrétaire, coordinatrice sociale) endossent la fonction de cadre de soin se heurte aux barrières administratives de l'institution hospitalière. Comme l'illustre le témoignage de l'infirmière ci-dessus, ces contraintes retombent finalement sur la pratique du soin.

⁸⁸ Médecin, PASS 2, novembre 2021

⁸⁹ Infirmière, PASS 1, juillet 2020

2.4.2. *L'absence d'accès aux informations de l'Assurance maladie, entre sentiment d'illégitimité et « travail empêché »*

Une autre contrainte fonctionnelle majeure, concernant essentiellement les RDS, est leur non accès au logiciel d'informations de la caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Celui-ci est en effet ressorti non seulement comme une contrainte majeure dans le quotidien des professionnels mais aussi comme symbole de leur statut ambigu dans le système de santé.

Le logiciel de consultation des droits (CDR) est un logiciel géré par les CPAM permettant de consulter la situation des personnes au regard de l'Assurance Maladie. Bénéficiant d'un conventionnement spécifique des établissements hospitaliers, les PASS hospitalières du département y ont accès. Ce n'est en revanche pas le cas des deux réseaux associatifs, dont l'équipe ne peut alors pas vérifier l'existence de droits ouverts ou de démarches en cours lorsqu'une nouvelle personne se présente ou qu'un patient explique ne pas avoir de nouvelles de sa demande depuis plusieurs mois. Face à ce manque, les professionnelles doivent donc se fier aux échanges avec les patients, malgré que certains ne sont pas toujours capables de restituer précisément les démarches qu'ils ont entamées. Cette incertitude dans l'accès aux informations représente alors un risque de créer des demandes d'ouvertures de droit en doublon, c'est-à-dire deux pour une même personne, ce qui peut créer des blocages auprès de l'Assurance Maladie et retarder encore les procédures. Pour le RDS Nord, l'absence d'accès aux informations sur les situations des droits est non seulement un problème dans l'accompagnement des personnes mais elle représente aussi un enjeu financier dans le cadre de son activité de PASS ambulatoire. En effet, le conventionnement avec les médecins, pharmaciens et laboratoires participants prévoit un délai de trois mois pour les rémunérer. Si dans ce délai les droits ont été ouverts, le réseau peut faire valoir la rétroactivité pour rémunérer les praticiens via la sécurité sociale. Mais si les droits ne sont pas encore ouverts ou que la rétroactivité n'est pas faisable, c'est alors lui qui rémunère les actes ou médicaments sur ses fonds dédiés. L'accès à l'information sur l'évolution des droits est donc un enjeu important pour éviter des dépenses qui pourraient être prises en charge par l'Assurance maladie⁹⁰.

Le nonaccès au CDR représente une perte de temps, des démarches supplémentaires pour les équipes pour récupérer auprès des patients les informations les plus précises sur les démarches qu'ils ont faites, les papiers qu'ils ont reçus.... Cette perte de temps dans l'accès à l'information est renforcée par l'absence de canal de communication privilégié, par exemple un numéro ou un mail dédié aux professionnels, avec la CPAM afin de les contacter rapidement. Ainsi si elles veulent avoir des informations sur un dossier auprès de l'assurance maladie, les assistantes sociales des deux RDS composent le numéro national de l'Assurance Maladie, le 3646, « *comme n'importe qui, et c'est une vraie galère pour les joindre* »⁹¹. Les professionnels ont l'impression de passer beaucoup de temps à « *raccrocher les wagons* »⁹², à chercher des informations qu'ils pourraient obtenir beaucoup plus facilement s'ils étaient mieux outillés. Comme l'illustre l'extrait d'entretien ci-dessous avec deux

⁹⁰ Cette problématique s'est renforcée fin 2019 pour les demandeurs d'asile avec la réforme ayant conduit à l'établissement du délai de trois mois pour demander la CMU-C. Dans un contexte de mobilité des personnes dans le système d'hébergement, l'obtention du délai d'obtention augmente la probabilité de perdre de vue les personnes accueillies en consultation et donc de ne pas avoir connaissance de l'ouverture de leurs droits.

⁹¹ Assistante sociale, RDS Sud, septembre 2020

⁹² Assistant social, RDS Sud, mars 2021

assistantes sociales, ces difficultés d'accès à l'information limitent les professionnels dans leur propre autonomie et les interroge dans leurs capacités d'action auprès des patients qu'ils essayent d'aider :

« Enquêtrice : - Pour l'ouverture des droits, est-ce que vous avez des contacts privilégiés avec la CPAM si vous avez des questions sur un dossier ?

Coordinatrice sociale 1 : - Alors c'est une vraie question. Pour un service de PASS [ambulatoire] on est vraiment mal lotis, c'est-à-dire qu'on fait le 3646 malheureusement, avec ou sans les gens. On fait comme tout le monde.

Coordinatrice sociale 2 : - On fait même moins que tout le monde, par exemple on s'est rendu compte que le CCAS de [ville voisine] avaient des relations fluides, des moyens de communication. Alors même que c'est le cœur de notre travail pour le coup l'accès aux droits, on n'a pas de contact privilégié, moins que l'hôpital, moins que le CCAS...comme si on n'avait pas cette spécificité d'accès aux soins.

Coordinatrice sociale 1 : - On n'est pas reconnu comme travailleur social du dossier, je trouve qu'il n'y a pas de confiance entre nous et la CPAM. Très souvent ils vont nous redemander les mêmes papiers, ou demander des pièces complètement à côté de la situation. ...Là par exemple j'ai un dossier où 4 fois ils ont demandé une photo. On est quand même des professionnels au bout d'un moment ils devraient faire confiance à notre évaluation sinon ça n'a pas d'intérêt que les personnes fassent le dossier avec nous [...].

Coordinatrice sociale 2 : - En fait on passe notre temps à aller à la pêche aux informations. Juste avant qu'on commence l'entretien avec toi, y a un monsieur qui appelle pour nous demander si on a des nouvelles du dossier qu'on a fait ensemble. Et on lui répond que nous on n'aura pas de nouvelles ; c'est lui qui en aura s'il reçoit bien un courrier. Et y a des cas ça fait 6 mois qu'on a envoyé le dossier. Donc c'est assez catastrophique pour notre lien avec eux, leur lien avec les institutions. Quel sens de la démarche quand on fait une demande d'AME et qu'on reçoit une réponse 6 mois après ? C'est très difficile à expliquer aux gens. [...] Nous-même on n'arrive pas à être autonomes, à faire aboutir les dossiers, donc on ne peut pas demander aux personnes de faire les dossiers tous seuls »⁹³

Dans ce non-accès à l'information et dans l'incertitude qui jalonne les procédures de demande d'ouverture des droits se joue un sentiment ne pas être en capacité de fournir un accompagnement social à la hauteur des besoins. On retrouve alors ici l'expression d'une « qualité empêchée » du travail décrit par Yves Clot (2010) lorsque les contraintes organisationnelles et managériales, le manque de moyens et ressources professionnelles empêchent les travailleurs de satisfaire un sentiment de « travail bien fait ». Cet échange montre également que le non-accès au CDR et l'absence de contacts et arrangements avec la CPAM est vécu par les professionnels comme un manque de reconnaissance et de légitimité professionnelles. Les deux professionnelles expriment une incompréhension relative à la reconnaissance du statut du réseau comme PASS (ambulatoire) et d'elles-mêmes en tant qu'accompagnantes sociales dans l'accès aux soins et aux droits. L'incompréhension est d'autant plus forte que d'autres services sociaux qui ne sont pas spécifiquement dans le soin bénéficient de canaux de communication privilégiés avec la CPAM. Les refus d'accès direct aux informations sont perçus par les travailleurs sociaux comme un manque de confiance de la part de la CPAM qui, au-delà de réduire leurs capacités d'action, est vécu comme une non-reconnaissance de leur légitimité professionnelle. Ce sentiment est alimenté par l'absence de soutien de l'ARS dans la demande de l'accès au CDR depuis des années : « *Le CDR on l'a demandé parce que ça nous paraît légitime mais on ne l'a pas eu. Et on n'est pas soutenu par l'ARS.* »⁹⁴ Du

⁹³ Entretien commun avec les assistantes sociales du RDS Nord, mai 2021

⁹⁴ Assistante sociale, RDS Sud, septembre 2020.

côté de l'ARS, il est en effet apparu que celle-ci ne soit pas décidée à les soutenir : « *Les réseaux je pense ils sont hyper bons en droit d'accès à la santé. Mais sur un territoire local. Y a des choses... Je leur ai dit, ils n'auront jamais l'accès au système d'information de la CPAM alors que le DAC [dispositif d'appui à la coordination] l'a obtenu. Parce que le DAC c'est l'ARS, même si c'est porté par des associations, c'est extrêmement cadré* »⁹⁵. La question de l'accès au CDR est au centre des ambiguïtés voire contradictions sur le statut des RDS dans le système de santé. Alors qu'ils sont très majoritairement financés par l'ARS et notamment en tant que dispositif PASS ambulatoire, celle-ci ne les reconnaît pas comme des acteurs suffisamment contrôlés par l'institution pour prétendre au partenariat avec la CPAM. Elle maintient alors l'ambiguïté autour de leur rôle dans le paysage des acteurs médico-sociaux.

Les situations évoquées dans cette seconde partie ont illustré comment les services dédiés au soin primaire des populations précaires exilées évoluent dans une précarité structurelle des moyens financiers et managériaux, les conduisant à des adaptations, ajustements et négociations permanentes, aussi bien dans la mise en place d'une nouvelle consultation que dans l'accès à un espace, à du matériel de soin, à des informations. Ces logiques « empêchent » les professionnels dans l'accomplissement de leurs missions quotidiennes, et limitent leur accessibilité fonctionnelle pour les patients et partenaire. Au-delà d'un enjeu de maintien de l'activité, ces contraintes renvoient également à la place et la reconnaissance des acteurs dans le système de santé : ces acteurs évoluent dans un sentiment de marginalité au sein du système de santé. Face à cela, dans quelle mesure la coordination, souvent érigé comme clé de la « fluidification des parcours de soins », vient-elle répondre aux difficultés et manques de moyens des acteurs dans l'accompagnement des exilés ? C'est sur cet enjeu que nous allons nous attarder dans la dernière partie de ce chapitre.

3. La coordination à l'épreuve et au secours des logiques gestionnaires

Les capacités de coordination renvoient aux possibilités pour les professionnels de travailler en collaboration avec d'autres autour d'un objectif commun, ici l'accès primaire aux soins des exilés en situation précaire. On distingue généralement la coordination interne, c'est-à-dire entre professionnels d'une même équipe, et la coordination partenariale ou externe, pour désigner les pratiques de coordination et communication entre professionnels de différents services. Comme nous l'avons vu plus haut (partie 2.1.2), la coordination occupe une place prépondérante dans le financement des acteurs. Par ailleurs, la plupart des appels d'offre ou projets de services insistent sur l'idée que les « situations sociales complexes » des patients exilés précaires méritent une coordination médico-sociale particulière. Qu'en est-il en pratique ? La place de la coordination, interne comme externe, dans les logiques de la nouvelle gestion publique est paradoxale : elle apparaît à la fois comme l'un de ses objectifs et une manière d'y résister. En effet, l'amélioration de la coordination au sein et entre les différents acteurs de la santé sociale répond directement aux enjeux de rationalisation de l'offre de service et des modalités de gestion internes aux organisations ; tout en étant envisagée comme une réponse à la précarité des moyens individuels largement entretenue par les logiques de réduction des coûts. Ainsi cette dernière partie interroge les pratiques de coordination dans le recours primaire aux

⁹⁵ Directrice département Prévention et Promotion de la santé, ARS départementale, octobre 2021

soins des exilés à l'épreuve des logiques gestionnaires. Après une analyse des contours, limites et ambivalences des moyens de coordination interne et partenariale mis en place par les acteurs du soin gratuit, nous appréhenderons comment l'instabilité résidentielle des exilés renouvelle les enjeux et les échelles de la coordination.

3.1. Négociateur du temps et des espaces de coordination, un enjeu difficile pour des petites équipes

La collaboration pluriprofessionnelle repose sur la capacité des professionnels à se constituer des espaces-temps de coordination autour des dossiers des patients. Il est alors apparu sur le territoire étudié des pratiques inégales entre les PASS et les RDS dans la manière de concevoir et ritualiser la coordination médico-sociale, du fait notamment des possibilités de réunir toute ou partie de l'équipe au même endroit, au même moment.

3.1.1. La coordination interne, une démarche inégalement institutionnalisée

Là où les RDS parviennent à planifier des instances de discussion autour des situations des patients, les pratiques des PASS sont apparues comme très limitées. Au RDS Nord, toutes les actions de maraude font l'objet d'un débriefing entre les participants (médecins bénévoles, travailleur social et ou infirmière). Au RDS Sud, une réunion de coordination a lieu tous les lendemain de la consultation hebdomadaire, assurée par le médecin coordinateur, l'infirmière et le travailleur social de l'équipe qui ont assuré la consultation de la veille. Tel un staff hospitalier, ce temps, qui est l'unique temps de présence hebdomadaire régulier du médecin coordinateur au réseau, permet de reprendre le dossier de chaque patient et son parcours de soin : le médecin passe en revue les prescriptions, l'infirmière centralise les informations sur les orientations à mettre en place, la secrétaire qui gère l'organisation de la consultation dentaire récupère les noms des patients concernés. En dehors de ces temps dédiés, les professionnels des RDS sont dans une démarche de coordination « souple » quotidienne : infirmiers et assistants sociaux s'échangent beaucoup les dossiers, discutent sur les situations individuelles. Pour les PASS, c'est alors essentiellement ce type de coordination non institutionnalisée qui est ressortie des observations et entretiens. Telle que décrite dans l'**Encadré 1**, la coordination médico-sociale repose essentiellement sur la collaboration étroite entre le médecin et l'infirmière (PASS 1) ou la secrétaire (PASS 2) tout au long de la journée de consultation. Les médecins chefs de service ne participent pas à la coordination médicale autour des situations individuelles. S'il y a des situations médicales compliquées supposant leur avis, ces échanges se font essentiellement dans ces espaces informels de coordination entre les professionnels. À la PASS 2, la médecin sollicite parfois la cheffe de service par mail ou profite de la croiser dans son autre service pour aborder des situations vues en consultation. Dans la PASS 1, l'infirmière entretient une relation de collaboration étroite avec le chef de service avec qui elle travaille dans différents services, mais essentiellement par téléphone. Elle se permet de l'appeler directement sur son téléphone portable pour débloquer des situations.

Encadré 1. Les figures de la coordination médico-sociale dans deux petits services PASS

Dans les deux PASS observées, la journée de consultation hebdomadaire est marquée par une coordination très étroite entre le médecin et la secrétaire (PASS 2) ou l'infirmière (PASS 1) qui se place dans une double fonction d'assistance au médecin et d'accompagnement des patients. L'une comme l'autre reçoit les patients en amont et aval de la consultation avec le médecin dans une mission de coordination médico-sociale. Avant, il s'agit de faire le point sur le

motif de venue, la situation sociale et d'hébergement, le parcours de soin, par exemple pour les personnes qui ont été orientées par les urgences, ou pour ceux qui ont déjà vu le médecin et reviennent suite à des examens. L'infirmière prend « les constantes » : poids, taille, test du diabète pour préparer la consultation médicale. Avant la consultation, il y a alors un temps de transmission avec le médecin où l'infirmière/la secrétaire transmet les informations qui lui paraissent importantes. À la fin de la consultation, il y a un temps de transmission inverse au cours duquel le médecin va récapituler ses prescriptions et attirer l'attention sur des points de vigilance (examen urgent, traitement inhabituel...). L'après consultation consiste alors à revenir avec les patients sur l'ensemble des prescriptions du médecin. Il s'agit d'expliquer la suite, prendre des rendez-vous dans les différents services de l'hôpital, accompagner physiquement les patients au laboratoire ou au service de radiologie, les orienter vers la pharmacie de l'hôpital. Si les patients ont pu récupérer des médicaments, elle les fait revenir pour revoir chaque prescription et faire le point sur les rendez-vous à venir. Il y a alors une activité d'éducation thérapeutique dans la limite de ses compétences, en particulier pour la secrétaire qui n'a pas de formation médicale. Il s'agit surtout de s'assurer que les patients ont bien identifié les différents traitements et compris leur posologie.

Cette communication étroite au fil des consultations relève d'une logique de soutien mutuel et de partage d'expertise entre les professionnels face aux situations des patients. La médecin de la PASS 2, présente depuis 2 ans dans le service au moment de notre rencontre, a reconnu s'appuyer beaucoup sur l'expertise de la secrétaire acquise par son expérience de quinze années. « *Elle connaît très bien les problématiques sociales et pense à plein de détails auxquels je ne pense pas forcément* »⁹⁶. Par exemple la secrétaire vérifie les anciennes ordonnances pour éventuellement demander au médecin un renouvellement afin d'éviter au patient de devoir revenir rapidement pour cela. Elle assiste également le médecin dans certaines tâches qui lui sont difficiles, « sensibles ». Par exemple lorsqu'un patient demande un certificat médical pour l'OFPRA ou l'OFII, la secrétaire propose un modèle pour faciliter le travail de la médecin et vient l'aider à le formuler.

La secrétaire de la PASS 2 et l'infirmière de la PASS 1 incarnent cette figure de l'« adjointe » des médecins décrite par Magali Robelet, Marina Serré et Yann Bourgueil dans leurs analyses des dynamiques professionnelles dans les réseaux de santé (Robelet et al., 2005). Les professionnels sortent des tâches techniques (de soin infirmier, de gestion de rendez-vous) traditionnellement assignées à leur poste (en particulier à l'hôpital), pour s'inscrire dans une mission de coordination médico-sociale élargie et de soutien au médecin face aux enjeux que posent l'accompagnement vers le soin de personnes en situation de précarité.

De façon générale le fonctionnement de ces petites équipes repose sur la capacité de collaboration informelle, la bonne conduite d'une répartition parfois implicite des tâches et la capacité à s'entraider les uns les autres face aux situations inhabituelles et déstabilisantes souvent liées à la situation sociale des patients. Il apparaît que les RDS ont davantage de moyens permettant de planifier des instances de coordination. En effet les PASS hospitalières souffrent particulièrement des logiques gestionnaires et de la multiplication des responsabilités professionnelles des membres qui composent les équipes.

⁹⁶ Médecin, observation à la PASS 2, novembre 2021.

3.1.2. La multi-positionnalité professionnelle, entre opportunités de coordination interservices et difficultés de cohésion interne

La multi-positionnalité des professionnels décrite plus haut (partie 2.2.1) présente ses avantages et ses inconvénients en matière de coordination. D'un côté, les fonctions partagées entre différents services peut faciliter la circulation des patients de l'un à l'autre. Par exemple le fait que le médecin coordonnateur de la PASS 1 et du RDS Sud soit aussi praticien au service de maladies infectieuses facilite largement l'accès des patients vus dans les deux structures à des consultations en infectiologie au sein de l'hôpital. De même, le médecin de la PASS 1 intervenant également au centre d'accueil et d'orientation des situations (CAES) plusieurs fois par semaine, facilite la prise de rendez-vous de patients du CAES à l'hôpital. À la PASS 1, l'infirmière occupe un poste partagé à 50% avec le CeGIDD, après avoir travaillé plusieurs années au sein du RDS. Maîtrisant bien les services, elle facilite les orientations d'une structure à l'autre :

« J'encourage le médecin à orienter au CeGIDD pour les vaccins plutôt que tout faire elle-même. C'est un médecin de l'extérieur qui ne vient que pour les consultations PASS, elle ne pensait pas à les envoyer au CeGIDD [...] je fais aussi le lien avec le réseau... il y a plein de choses que la PASS ne savait pas sur le réseau »⁹⁷

On retrouve là encore cette perspective de faire gagner du temps au médecin et compléter son intervention, cette fois-ci en privilégiant les orientations vers des partenaires qu'elle connaît. L'infirmière suggère aussi comment ce type de poste partagé entre plusieurs services est venue pallier un manque de coordination et de connaissance réciproque entre les professionnels des différents services, bien qu'ils soient liés par le même chef de service et des patients en commun.

Si l'existence de postes partagés entre services accueillant les publics précaires peut faciliter certaines orientations, il est cependant apparu que cette dispersion des professionnels complexifie la construction de l'unité des services. L'unité d'un service repose notamment sur l'existence d'instances de discussion collégiales, non seulement autour de la prise en charge des patients (coordination médico-sociales) mais aussi tout ce qui renvoie à l'évolution du service et de ses activités. Au sein des PASS, il est alors ressorti des difficultés à créer cette collégialité du fait que les professionnels se croisent très peu et des réunions d'équipes sont très difficiles à organiser. Les médecins qui effectuent les consultations ne travaillent pas à l'hôpital en dehors de leur jour de consultation et peuvent difficilement se rendre disponibles en dehors de ces temps-là. De même, la division des chefs de service entre différents dispositifs a pour conséquence leur très faible présence dans les locaux des PASS. La coordinatrice sociale d'une des PASS a ainsi exprimé comment la multiplication des responsabilités professionnelles individuelles de l'ensemble de l'équipe influent sur l'unité et la communication au sein de l'équipe :

« Coordinatrice sociale de PASS : - On a un problème de manque de communication dans notre PASS. On ne se voit pas assez souvent. Par exemple le projet d'ouverture de la consultation du vendredi elle s'est faite par mail. On a eu l'info par mail qu'on ouvrait une nouvelle consultation PASS le lundi pour le vendredi. Pour moi...on se réunit, même si on a qu'un quart d'heure on se réunit on en parle. Là je sais que Linda [médecin de la consultation hebdomadaire] part, qu'elle va poser son préavis mais on n'a pas eu de réunion d'équipe, je ne sais pas du tout comment Marc**

⁹⁷ Infirmière de la PASS 1 et du CeGIDD du même hôpital, auparavant en poste au RDS Sud et au CeGIDD, juillet 2019

[chef de service] envisage son remplacement, s'il va recruter un autre généraliste ou mettre Juliette [médecin du CEGIDD... Sur un coup comme ça je pense que ça aurait été bien.*

Enquêtrice : - Vous n'avez pas de réunion d'équipe régulière ?

Coordinatrice sociale : - Non. Enfin moi j'en fait avec le service social [donc pas spécifiquement la PASS] régulièrement, quand je peux, mais Marc il n'est pas du tout disponible, avec toutes ses casquettes... Ce que je comprends, il fait plein de choses. Moi aussi, Manon [l'assistante sociale] c'est pareil, elle a la PASS + la gastro + la chirurgie... Mais c'est vrai que du coup ça manque de communication orale. Je pense qu'une PASS ça a aussi besoin qu'on se réunisse. Un mail c'est pratique mais ça ne fait pas tout. [...] Après j'en ai parlé avec Marc et il m'a dit qu'il ne pouvait pas m'accorder plus de temps donc bon, on s'adapte »⁹⁸*

Le fait d'être partagé entre deux voire trois services entre lesquels une coordination, même informelle, est nécessaire, fait reposer sur une même personne une activité médicale et une activité de coordination sans que celle-ci soit forcément valorisée. Ainsi l'infirmière partageant son poste entre la PASS 1 et l'Unité de santé publique de l'hôpital n'a pas un poste d'infirmière coordinatrice alors qu'elle effectue un travail de coordination des parcours de soins. La multi-positionnalité évolue alors dans un équilibre social instable, entre un sentiment de montée en compétences, en responsabilité et en autonomie d'un côté et un risque d'épuisement de l'autre.

Les travaux sur l'usure professionnelle dans l'intervention médico-sociale ont analysé comment, au risque d'épuisement dans la relation d'aide, se superpose de façon exacerbée des risques liées aux évolutions organisationnelles et managériales des dispositifs médico-sociaux (Ravon, 2009). Ces facteurs d'épuisement relatifs à l'organisation du travail sont liés à l'augmentation de la quantité de travail en contexte de rationalisation des effectifs et aux conditions créant l'environnement de travail, notamment les conditions matérielles et les relations managériales (Canouï et al., 1998). Un poste partagé entre plusieurs services est de fait un facteur d'épuisement professionnel. Dès le premier jour d'observation à la PASS 1, l'assistante sociale qui partage son poste avec 5 autres services m'exprimait un sentiment d'être « *perpétuellement débordée et sollicitée* » face à la difficulté à mener ses deux fonctions de façon cloisonnée. En effet l'assistante sociale effectue des entretiens sociaux avec des patients de la PASS sur l'ensemble de la semaine, et non seulement le jour de consultation, afin de rester flexible aux contraintes des patients et recevoir ceux qui viennent sans rendez-vous. Mais inversement le jour de la consultation de la PASS est loin d'être dédié à ce service : elle reçoit toute la journée des demandes des autres services, dont le traitement ne peut attendre le lendemain. J'ai pu constater comment cette professionnelle est systématiquement (et parfois plusieurs fois) sollicitée sur son téléphone portable professionnel lorsqu'elle est en entretien avec les patients de la PASS.

Si les services de soin gratuit sont un « laboratoire » intéressant des pratiques de coordination médico-sociale (Grassineau et al., 2015), les situations observées ici montre comment elle repose largement sur les capacités des professionnels à combler le manque de ressources managériales et dépasser les frontières socio-professionnelles. Nous allons voir que la collaboration partenariale est également envisagée pour combler les limites de leurs moyens.

⁹⁸ (Entretien avec une coordinatrice sociale de la PASS, juillet 2019)

3.2. La collaboration partenariale, remède aux limites de chacun ?

La collaboration partenariale est traditionnellement envisagée dans un objectif de complémentarité d'acteurs exerçant des missions différentes ou une même mission dans des contextes ou des temps différents. Ainsi les services de soins gratuits du territoire s'orientent respectivement des patients vers leurs consultations gratuites ayant lieu sur des jours différents, ou encore pour des besoins spécifiques (les femmes enceintes par exemple sont directement envoyées à l'hôpital) ; mais elle permet aussi (surtout) de pallier la précarité des moyens respectifs.

3.2.1. La mutualisation des moyens comme réponse à l'obsession budgétaire

Les professionnels des structures médico-sociales dédiées aux personnes précaires ont beaucoup insisté sur la nécessité de partager leurs ressources. Le médecin coordinateur commun de la PASS, du RDS Sud et du CeGIDD en particulier raisonne beaucoup en termes de mutualisation des ressources. Lors des sollicitations par l'ARS pour des missions exceptionnelles, telles des interventions sur des campements ou en structures d'hébergement, il sollicite des professionnels de ces trois services pour former une équipe élargie. De la même façon, la médiatrice-interprète que le RDS est parvenu à faire recruter en 2020 vient ponctuellement à l'hôpital pour des consultations programmées par le service social de la PASS de l'hôpital. De façon générale, le partenariat entre le RDS Sud et l'hôpital de la PASS 1 repose en large partie sur des « échanges de bons procédés » visant à des économies respectives. Alors que l'hôpital met à disposition du RDS des locaux, du matériel et un médecin coordinateur, en échange, le RDS met à disposition de l'hôpital sa pharmacie humanitaire gratuite. Les patients de la PASS sont envoyés munis d'un « bon PASS » à la pharmacie gratuite du RDS. La direction de l'hôpital a accepté que les patients de la PASS 1 et du RDS Sud soient envoyés à la pharmacie de l'hôpital seulement pour des médicaments qui ne seraient pas disponibles au RDS. Pendant longtemps le RDS Nord et la PASS 3 ont également fonctionné comme cela, cette dernière orientant ses patients vus en consultations au RDS pour récupérer des médicaments via une pharmacie partenaire. Ce fonctionnement, contraignant pour les patients (cf. *infra*) suppose alors une coordination souple et constante entre les différents services : appeler le RDS pour savoir pour si un médicament est disponible, s'il est encore temps d'orienter quelqu'un avant la fermeture.

Les interactions entre les professionnels des différents services enquêtés témoignent de l'importance des pratiques informelles d'orientation et de coordination, des arrangements individuels pour se partager l'information, éviter les actions en doublon tout en maintenant la souplesse jugée nécessaire à l'accompagnement d'un public étranger dans une situation de précarité administrative, économique et sociale. Par exemple, par rapport à la problématique de l'accès aux informations de l'Assurance maladie (cf *supra*), les RDS sollicitent parfois l'accès au CDR des PASS hospitalières. Dans la même logique, l'un des travailleurs sociaux du RDS Sud demande parfois à des travailleurs sociaux de la SPADA de lui envoyer des dossiers préremplis de demande de CMU-C, grâce au logiciel que possède la structure. Dans cette même logique, la directrice du RDS Nord a exprimé sa volonté d'impliquer ses partenaires orienteurs, notamment les structures d'hébergement dans leur problématique d'accès aux informations sur l'ouverture des droits à la Sécurité sociale des patients qu'ils reçoivent : « *On est en train de réfléchir à créer une convention, qu'on va faire signer par les dispositifs qui nous orientent des gens : les CADA, les HUDA, les dispositifs de MNA...peu importe, tous pour qu'ils s'engagent à nous tenir informés de l'ouverture des droits. Parce qu'on a beau le demander à*

l'oral, ça se perd dans les limbes... ». Comme expliqué plus haut (partie 2.3.2), l'enjeu est financier puisque l'ouverture des droits dans un délai de 3 mois après les consultations dans le cadre de sa PASS ambulatoire lui permet de demander une prise en charge rétroactive par l'Assurance maladie. La mise en place d'une convention vise à formaliser l'engagement des structures d'hébergement dans la transmission des informations relatives à la situation des droits des personnes. La responsable a mis en avant un double enjeu de son initiative : mettre en visibilité ses difficultés et impliquer ses équipes partenaires dans leur gestion. « Bon ça n'aura aucune valeur mais en tout cas ça concrétise le partenariat, ça responsabilise davantage je pense, et puis ça met en lumière les difficultés propres à chacun »⁹⁹ L'encouragement à l'entraide entre les services apparaît ici aussi comme une forme de plaidoyer.

Ainsi les professionnels des structures médico-sociales pratiquent et revendiquent une nécessaire solidarité face aux manques de moyens et aux limites de chacun. Cette entraide paraît « normale », « naturelle ». Néanmoins, elle n'est pas satisfaisante sur le long terme dans la mesure où elle tend à maintenir dans une dépendance aux autres (la PASS pour l'accès au CDR, les partenaires de l'hébergement...). Par ailleurs les logiques de mutualisation représentent des contraintes pour les partenaires orienteurs.

3.2.2. « Le parcours du combattant », revers des logiques d'optimisation des moyens

S'ils permettent des économies, les arrangements logistiques que nous venons de décrire entre les services sont très contraignants pour les patients et leurs accompagnants. Comme l'ont souligné des travailleurs sociaux en structure d'hébergement, les circuits de prise en charge entre les PASS et les réseaux de santé multiplient les circulations des patients entre service et représentent des circuits de recours aux soins très chronophages :

« Le problème de la PASS c'est qu'il faut se prévoir plus d'une journée entière. Il faut arriver à 8h30 pour s'inscrire, ensuite on passe dans l'ordre d'arrivée, parfois on sort à midi avec l'ordonnance. Ensuite Il faut qu'on attende 13h30 l'ouverture du réseau santé ville. Donc déjà là y a un temps d'attente. C'est ce qu'il s'est passé la semaine dernière avec mon collègue. Ensuite Réseau santé ville nous dit à 15h de retourner à l'hôpital à la pharmacie, donc ils nous font le papier pour la pharmacie. Mais c'est pas si simple, il faut repasser par le service PASS qui nous refait un autre papier pour passer à la pharmacie de l'hôpital. Donc on fait la PASS le matin, le réseau santé ville, puis re la PASS et là on arrive à 16h10 à la pharmacie et là elle est fermée. C'est une organisation qui vraiment ne facilite pas les démarches [...] En fait le parcours, les dispositifs existent mais c'est le parcours du combattant pour les avoir. Et encore, quand on sait comment ça fonctionne »¹⁰⁰.

Ces contraintes d'accessibilité fonctionnelle, qui, pour certains partenaires et patients se superposent à des contraintes d'accessibilité spatiale, entrent nécessairement en compte dans les arbitrages effectués pour les orientations. Lors de mon enquête, trois équipes sociales de centres d'hébergement interrogées avaient arrêté de fonctionner avec les PASS locales en raison de la complexité des circuits de recours : « On a beaucoup envoyé aussi à la PASS et au réseau au début mais je sais pas à un moment c'est devenu compliqué et...on a lâché l'affaire...Alors que pourtant le réseau était venu nous voir, se présenter ; mais c'était au début. Et puis après je sais pas...Et moi personnellement comme je voyais qu'à la PASS de Paris ça marchait, bah j'ai laissé tomber. Parce qu'ici on se prenait la

⁹⁹ Directrice RDS, mars 2021

¹⁰⁰ Intervenante sociale en CHU, septembre 2020

tête... »¹⁰¹. Ainsi les contraintes trop importantes de l'accessibilité fonctionnelle des services locaux amènent à se replier vers d'autres services plus éloignés. Nous verrons dans le chapitre 8 que ces arbitrages entre accessibilité fonctionnelle et spatiale se poursuivent dans les pratiques d'orientation vers la médecine de ville. Si la complexité en matière de coordination limite les services locaux dans l'accueil des exilés, nous allons voir, comment, dans une autre perspective plus spatiale, ce sont aussi les situations des exilés qui révèlent les limites de la coordination locale.

3.3. Les limites du local : des enjeux de coordination renouvelés à l'épreuve de l'instabilité résidentielle des exilés.

Cette dernière sous-partie analyse comment les situations résidentielles des patients exilés reçus dans les dispositifs de soin gratuits et notamment leur instabilité résidentielle, complexifient la prise en charge et les pratiques de coordination. Après une courte caractérisation des contraintes résidentielles spécifiques des exilés en situation de précarité, nous analyserons leurs effets sur l'accompagnement dans le soin et la manière dont elles renouvellent les enjeux et échelles de la coordination partenariale.

3.3.1. La problématique de l'éloignement et de l'instabilité résidentielle des exilés en situation précaire

Un premier constat relatif à la situation résidentielle de leurs patients soulevés par les acteurs du soin gratuit sur le territoire est la sollicitation croissante de personnes résidant de plus en plus loin, en dehors de la communauté d'agglomération voire en dehors du département ;

Pour le RDS, la PASS et l'EMPP du sud du département, le premier phénomène d'élargissement de l'ancrage territorial de leurs patients concerne surtout des patients demandeurs d'asile et se trouve corrélée aux dynamiques d'évolution du DNA sur le territoire. En effet, avec l'ouverture de la structure de premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA) sur leur commune, tous trois ont particulièrement expérimenté l'accueil de personnes orientées par la SPADA, domiciliées sur le territoire mais n'y vivant pas. Cela s'explique notamment par le système d'accueil en SPADA particulier en Île-de-France. En effet, depuis mai 2018, dans une logique de régulation et répartition territoriale, l'obtention d'un rendez-vous dans l'une des 9 SPADA de la région (2 à Paris et 1 par autre département) se fait via un numéro unique géré par l'OFII régionale qui attribue les rendez-vous en SPADA selon des quotas pour chaque guichet avec la consigne suivante : donner un rendez-vous dans la SPADA la plus proche du lieu d'appel du demandeur, ou s'il n'y a plus de rendez-vous disponible, dans un département voisin¹⁰². En pratique, la forte demande sur les SPADA parisiennes, fait que beaucoup obtiennent des rendez-vous dans une SPADA de petite ou grande couronne alors qu'ils sont hébergés dans la capitale, créant ainsi des situations de dissociation spatiale entre le territoire de vie et le territoire de domiciliation.

Le second constat des acteurs médico-sociaux est l'instabilité résidentielle de patients, entendue ici au sens de mobilités résidentielles parfois répétées mais surtout non maîtrisées. L'instabilité

¹⁰¹ Intervenante sociale en PRAHDA

¹⁰² A sa mise en place, les enjeux de création de cette plateforme étaient alors de « supprimer les files d'attentes sur la voie publique » et « renforcer la régionalisation du traitement des demandes » (schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile, Île-de-France, 2019, p.8). Très vite cette plateforme téléphonique a témoigné de limites très vivement critiquées : numéro payant, ligne saturée et délais d'attente très importants pour avoir un rendez-vous.,

résidentielle est une dimension centrale de ce que Marc Bernadot appelle le « logement contraint » pour désigner l'ensemble des « espaces affectés de manière provisoire à des fonctions d'accueil et de résidence de populations définies comme indésirables », du camp au lieux de rétention administrative, en passant par les baraquements, logements d'usine, cités de transit, foyers de travailleurs et centres d'hébergement social (Bernadot, 2005). À l'instar des trajectoires résidentielles des personnes que nous avons suivies dans leur parcours de soin, cette incertitude résidentielle concerne aussi bien l'hébergement chez des tiers qu'en structure d'hébergement ou sur un lieu d'habitat précaire type camp, ou squat.

L'hébergement chez des tiers s'avère en effet extrêmement variable et plus ou moins incertain selon les relations à l'hébergeur. L'hébergement chez des tiers peu connus (compatriotes, amis d'amis...) est particulièrement exposé à un risque de s'arrêter subitement pour une raison ou pour une autre. C'est le cas de Mme B, qui a dû quitter son premier hébergement car la compagne de son hébergeur s'était installée dans l'appartement et ne souhaitait plus sa présence. Ce fut aussi le cas de Mme A, une jeune femme dont nous n'avons pas effectué le suivi, mais que nous avons rencontré au RDS Sud alors qu'elle venait de se trouver mise à la porte par son hébergeur, un compatriote, qui venait de comprendre qu'elle était atteinte du VIH. L'instabilité résidentielle est également intrinsèque au fonctionnement des dispositifs d'hébergement. Les travaux sur l'hébergement des personnes sans-domicile ont largement analysé la fragmentation temporelle et spatiale institutionnalisée de l'accueil en hébergement social, marquée par des accueils de courte durée et des changements contraints d'une structure d'hébergement à une autre (Levy-Vroelant, 2000, Guyavarch et al., 2014, Gardella, 2014b)¹⁰³. L'hébergement des demandeurs d'asile et réfugiés dans le DNA occasionne une instabilité résidentielle structurelle particulière dans le fait que l'accueil est étroitement corrélé à l'avancée de la procédure de demande d'asile. Le temps pris par l'OFPRA pour convoquer la personne en entretien (variable d'un mois à plus d'une année), le délai de réponse suite à l'entretien (là encore de quelques semaines à plusieurs mois) puis la nature de la décision (une personne dont la demande est refusée a un mois pour quitter le CADA ou l'HUDA dans lequel elle est hébergée, un bénéficiaire de la protection internationale a 3 mois renouvelables) déterminent des durées d'hébergement incertaines et extrêmement variables d'une personne à l'autre. En outre les évolutions du DNA depuis 2015 ont accentué cette instabilité résidentielle : d'une part, la création de structures d'accueil de tri des situations (les CAES) caractérisés par un accueil très provisoire a contribué à fragmenter encore davantage le parcours dans le système d'hébergement. Par ailleurs les réformes du droit d'asile de 2015 puis 2018 ont entériné les possibilités d'orientation dans une autre région que celle où il a effectué sa demande, sous peine de perdre ses droits et a reconfiguré l'instabilité résidentielle des demandeurs d'asile à une échelle nationale. Enfin l'instabilité résidentielle est aussi largement alimentée par les politiques de résorption des camps, squats, bidonville ; qu'elles conduisent à une mise à l'abri plus ou moins provisoire en structure d'hébergement social ou à la réinstallation des personnes sur un autre lieu d'habitat précaire. De nombreux travaux ont montré comment ces situations d'éloignement et d'instabilité résidentielle représentent des obstacles à des dynamiques d'insertion, que cela soit la recherche ou le maintien en emploi (Bolzman et al., 2018), ou encore la

¹⁰³ En 2014, l'étude ENFAMS sur les parcours de familles sans logements en Île-de-France évalue une moyenne de 3 déménagements pour les familles hébergés depuis moins d'un an dans le système d'hébergement social ; le nombre de déménagements allant de 0 à 25. (Guyavarch et al., 2014)

scolarisation des enfants (Le Méner & Oppenchaim, 2015, Armagnague-Roucher, 2018, Mottet, 2022). Concernant le soin, comme l'ont également abordé plusieurs travaux (Guyavarch et al., 2014, Jangal, 2018), elles représentent des freins à la mise en place de démarches de soins, du premier accueil aux démarches de suivi.

3.3.2. *Des freins à la mise en place de démarches d'accès aux soins*

Ces contraintes et incertitudes résidentielles sont des freins dès l'inclusion dans le soin. Notamment, l'incertitude sur la durée de maintien dans les hébergements provisoires mettent en difficulté les équipes sociales dans la programmation de rendez-vous de santé. Ainsi en est-il de l'organisation de la consultation dentaire du RDS Sud : « *Quand je programme des patients du CAES pour la consultation dentaire, je suis quasiment sûre qu'ils vont être annulés la veille quand je vais rappeler le CAES pour confirmer, ou qu'ils ne vont pas venir. Souvent je programme des personnes en plus pour pas que ça soit perdu* »¹⁰⁴. Cette incertitude peut alors avoir un effet dissuasif dans la mise en place d'un parcours de soin. Avec l'expérience de la consultation dentaire, le RDS Sud a d'office exclu les patients du CAES de la consultation prévention mise en place en 2019, prévue sur deux rendez-vous (cf. Chapitre 5). De même, les professionnels de l'EMPP ont fait part d'une forme de résignation à ne pas proposer aux habitants du CAES un suivi mais plutôt un « soutien », se limitant souvent à un unique rendez-vous. On retrouve une telle résignation concernant certaines interventions sur les lieux d'habitat précaire, notamment quand une expulsion est prévue : « *De toute façon là avec eux c'est du one-shot, du ponctuel, car ils vont partir on ne les reverra pas. Ça ne sert à rien de commencer des démarches et un parcours de soin* »¹⁰⁵ m'exprimait une médecin bénévole lors d'une intervention sur un squat alors en pleine procédure de résorption.

Pour l'EMPP, la dissociation entre le territoire de vie et de domiciliation est d'autant plus problématique que, selon le principe de sectorisation, c'est la domiciliation de l'individu qui définit le service supposé le prendre en charge. En pratique, la prise en charge de ces individus est alors discutée par l'équipe au cas par cas. Mais comme a pu l'expliquer une des psychologues de l'équipe, il apparaît souvent plus simple d'accepter la personne que de l'orienter vers un autre service où elle vit, qui serait alors susceptible de la refuser au titre qu'elle n'est pas domiciliée sur le territoire. De la même manière, l'équipe est régulièrement amenée à soigner les individus vivant sur le territoire mais domiciliés ailleurs (dans une autre SPADA ou dans une autre association à Paris par exemple), selon l'argument cette fois que cela ne fait pas sens d'orienter les personnes vers un territoire sur lequel ils ne vivent pas. En outre, l'équipe doit prendre en compte la couverture incomplète du département par une EMPP (cf. **Carte 5**, *supra*, partie 1) et accueillir les patients de l'Est du département (non couvert) qui la solliciteraient. Finalement, l'équipe se départit largement de la territorialisation sanitaire institutionnelle pour répondre de façon plus adaptée à la demande qu'elle reçoit.

Au-delà de l'inclusion, l'éloignement et l'instabilité résidentielle représentent des risques de rupture de suivi et de renoncement aux soins. Les travaux de Candy Jangal (2018) sur le recours aux soins des enfants hébergés à l'hôtel social ont notamment confirmé les effets des déménagements dans le système d'hébergement sur la continuité des soins. Quand ils ne conduisent pas à un changement du

¹⁰⁴ Travailleuse sociale, RDS SUD, mai 2019

¹⁰⁵ Médecin bénévole RDS Nord lors d'une maraude, avril 2021

professionnel de santé sollicité, les changements de lieu de vie représentent bien souvent des contraintes d'accessibilité supplémentaires, entraînant du renoncement et/ou des phénomènes de report dans le temps du recours aux soins. Concernant l'habitat précaire, les équipes rencontrées ont souvent déploré perdre de vue des patients suite à une évacuation, ce qui est particulièrement frustrant lorsqu'un parcours de soins a été entamé. Ces situations amènent alors les acteurs médico-sociaux à développer des stratégies pour retrouver des personnes mises à l'abri à l'hôtel ou installées sur d'autres espaces, sur lesquelles nous reviendrons dans le chapitre 7.

Ces différents freins à l'accès aux soins renvoient à l'articulation complexe entre vulnérabilité résidentielle et vulnérabilité sanitaire des exilés (Siffert, 2023). Pour les professionnels qui accueillent les exilés, cette vulnérabilité résidentielle renouvelle les enjeux de coordination.

3.3.3. *Des professionnels confrontés à la nécessité d'élargir leurs réseaux partenariaux*

Orienter un exilé vivant à l'autre bout du département ou à Paris vers la PASS locale ne fait pas sens. Aussi l'éloignement géographique et l'instabilité résidentielle oblige les professionnels à connaître leurs partenaires au-delà de leur territoire de proximité. Les équipes des deux RDS ont leur petits « répertoires » regroupant des adresses et informations sur partenaires médico-sociaux et sociaux du territoire. Le RDS Sud distribue à tous ses patients un document avec des « adresses utiles » de ses partenaires médico-sociaux (CeGIDD, PASS, EMPP) et de services sociaux alentours (distributions de nourriture, lieux de domiciliation, laverie solidaire, accueil de jour, accompagnement juridique...etc). Néanmoins ces informations, déjà nombreuses, se limitent à des acteurs de la commune ou des communes limitrophes. Quand ils reçoivent des exilés hébergés en dehors du département, les assistants sociaux peuvent s'appuyer sur la liste des services PASS d'Île-de-France élaborée par l'ARS. Néanmoins ce document n'indique pas le fonctionnement des services notamment les jours de consultation, et représente une information jugée « incomplète » pour une orientation adaptée. Les professionnels ont « à cœur » (Clot, 2010) de proposer une orientation de la meilleure « qualité » possible, c'est-à-dire ici la plus adaptée à la situation d'hébergement, mais se confrontent à leur propre manque d'informations. Pour cela ils déploient des pratiques visant à les étendre. Pour les PASS, j'ai pu observer comment les professionnels complètent les informations de l'ARS en se rendant sur les sites des différents établissements hospitaliers. Souvent, ils remettent au patient un papier annoté de l'adresse et des coordonnées de la PASS, quelques informations d'accessibilité en fonction de son lieu de vie, et d'éventuelles informations sur le fonctionnement du service. Evoquant l'exemple des distributions alimentaires, un travailleur social a alors souligné comment la variabilité fonctionnelle des partenaires complexifie l'extension des compétences d'orientation :

« Globalement on connaît bien les associations de Melun et autour mais le problème c'est qu'on a des personnes qui ne sont pas forcément sur Melun. On a tout le Sud de la Seine-et-Marne et parfois en dehors. Et, par exemple pour l'aide alimentaire, y en a qui fonctionnent avec des colis alimentaires, d'autres comme une épicerie sociale où la personne doit payer un peu. Et pour les colis alimentaires, parfois ça passe par une sorte d'attestation comme quoi ils ont été vus par un assistant social et ont besoin de ressources. Mais du coup quand c'est une asso à l'autre bout de la Seine-et-Marne, tu n'as pas forcément l'information sur son fonctionnement. Au Secours populaire par exemple tu as certaines assos qui fonctionnent comme épicerie, et d'autres qui fonctionnent avec

des colis alimentaires totalement gratuits. Donc de temps en temps tu orientes et la personne revient en te disant qu'ils ont voulu la faire payer. Du coup on cherche autre chose. »¹⁰⁶

L'une des principales difficultés à l'élargissement partenarial est la disparité de fonctionnement des services d'un territoire à l'autre, et souvent, le manque d'information sur ce fonctionnement. Des différences existent d'abord en matière de nature et le fonctionnement du service reçu, comme ici évoqué entre l'aide alimentaire par colis réguliers (pour lesquels il faut être inscrits) ou sous forme d'épicerie solidaire. Pour les structures médico-sociales, les différences portent souvent sur le fait de proposer des consultations avec ou sans rendez-vous, les jours de consultation ou encore le fait de recevoir ou non les mineurs. Ces informations ne sont pas toujours précisées sur les sites des structures ou de leurs partenaires. Une seconde caractéristique variable majeure est la sectorisation territoriale du service, qui concerne de nombreux acteurs de l'aide sociale et médico-sociale. Celle-ci est d'autant plus difficile à maîtriser qu'elle est différente d'un type de service et parfois d'un territoire à l'autre. Ainsi l'accès aux CCAS suppose souvent d'être domiciliés sur la commune, les maisons des solidarités exigent d'être domicilié ou de vivre sur l'intercommunalité, les services d'aide alimentaire couvrent souvent une ou plusieurs communes et peuvent exiger un justificatif de domiciliation ou d'hébergement... Concernant l'accès aux soins, les EMPP et les centres médico-psychologiques suivent la sectorisation territoriale de la psychiatrie dont la logique est variable d'un département à l'autre, les permanences maternelles et infantiles suivent aussi une sectorisation plus ou moins stricte en quartiers, communes ou intercommunalités selon les territoires. Enfin, dans leurs pratiques d'orientation les professionnels doivent maîtriser les modalités d'orientation vers les différents partenaires. Certains services exigent des pièces justificatives comme une attestation de domiciliation ou d'hébergement ou encore une lettre d'orientation par un partenaire.

Que cela concerne l'aide alimentaire ou les PASS, ces pratiques témoignent du souci de répondre du mieux possible à la situation résidentielle des individus, en essayant d'étendre ses compétences spatiales en matière d'orientation. La nécessité pour les acteurs de s'adapter à l'éloignement et l'instabilité résidentielle des patients pose la question des échelles pertinentes pour coordonner leur prise en charge médico-sociale. À l'impératif d'une coordination locale, à l'échelle des territoires de vie et cohérente avec la répartition des infrastructures de santé sur le territoire, s'ajoute celui d'une coordination à une échelle qui puisse répondre à la mobilité géographique du public accueilli et « dépasser le stade de l'arrangement local » (Poutout, 2005).

¹⁰⁶ Travailleur social, RDS Sud, mars 2021

Conclusion

Tout en présentant plus précisément le tissu d'acteurs enquêtés, ce chapitre nous a permis de soulever les enjeux et contraintes dans la gouvernance et la construction de l'action médico-sociale auprès des exilés précaires sur le territoire périurbain étudié. Nous y avons analysé comment les acteurs de la mise en œuvre des politiques de santé sociale, l'ARS et les acteurs médico-sociaux, se confrontent aux logiques gestionnaires de la nouvelle gestion publique pour penser et construire l'accès primaire aux soins des exilés. Alors que les politiques de répartition des exilés appellent à une évolution de la territorialisation sanitaire pour anticiper l'évolution de leur accueil sur le territoire, la répartition des services dédiés au premier recours aux soins témoigne de dynamiques de marginalisation à différentes échelles, qui limitent l'extension de leur couverture territoriale et entretiennent les inégalités territoriales d'accès aux soins. Les services dédiés aux exilés précaires sont des « petits » dispositifs à l'échelle du système de santé d'une part, du champ de la santé sociale d'autre part. L'analyse plus précise de leur financement et leur fonctionnement a montré que la construction d'un « parcours de soin coordonné des exilés » repose sur un travail médical gratuit et la multiplication des responsabilités professionnelles voire la substitution de certaines personnes à des postes non pourvus. Par ailleurs ces structures médico-sociales portent les stigmates d'un développement dans les marges du système de santé, dont notamment une certaine carence matérielle et technologique qui contribue d'une certaine manière à les isoler encore plus. L'analyse des dynamiques de coordination internes a montré l'insuffisance des espaces-temps et des outils dédiés à la coordination, en partie palliée par la multi-positionnalité de certains professionnels. Si la collaboration partenariale permet de compenser les insuffisances de moyen internes, les logiques de mutualisation des moyens au service de l'optimisation des coûts payent le prix de leur complexité et des contraintes d'accessibilité spatiale et fonctionnelle des services. Enfin ce chapitre nous a permis d'analyser comment les contraintes résidentielles des patients exilés, en large partie produites par les politiques de dispersion, appellent à un élargissement des compétences de coordination des acteurs de la santé sociale. Ainsi les politiques de répartition territoriale des exilés appellent non seulement à anticiper l'augmentation des besoins sur le territoire mais également à renouveler les échelles de la construction des systèmes d'acteurs et de leur coordination.

Ce chapitre s'est concentré sur les acteurs médico-sociaux, plus précisément ceux dédiés au recours primaire aux soins des exilés, au sein du système d'acteurs de la santé sociale. Bien que nous ayons évoqué comment les partenaires de l'hébergement social se confrontent à leur fonctionnement, la place de ces derniers dans le système d'acteurs reste encore imprécise. Il convient alors, pour finir cette première partie, d'appréhender davantage le rôle, les missions et les ressources des acteurs de l'hébergement social dans l'accompagnement vers le soin des exilés

CHAPITRE 4

Héberger les exilés et leurs problèmes de santé.

L'hébergement social à l'épreuve de la sanitarisation du social

Alors que les deux premiers chapitres se sont intéressés aux acteurs médico-sociaux et aux enjeux de territorialisation de la santé, ce chapitre se concentre sur les acteurs de l'hébergement social. Ce choix repose sur le présupposé que la mission d'accompagnement dans l'accès aux soins portée par les équipes sociales en centre d'hébergement est singulière. D'une part, cette mission est au centre du cahier des charges des structures d'hébergement. D'autre part, dans un contexte d'une offre de places d'hébergement saturée et insuffisante au regard des besoins, l'accès à l'hébergement social repose de plus en plus sur une logique de priorisation des personnes dont la santé est la plus fragile. En effet, si la pénurie structurelle de places d'hébergement social a toujours conduit à des processus de sélection (Soulié, 1997), les logiques de catégorisation et de segmentation des publics dans l'action sociale ont participé à un recentrement autour des populations reconnues comme « vulnérables », au regard notamment de la composition familiale et de l'état de santé. Dans le dispositif « de droit commun », la multiplication de centres dédiés à certaines catégories, notamment aux femmes, aux jeunes, aux personnes âgées, ont fait de l'âge et du genre des critères discriminants dans l'accès à une place d'hébergement (Schlegel, 2017). De même, la création d'hébergements médicalisés (LHSS, ACT, LAM) dédiés aux personnes en situation de rétablissement ou de pathologies chroniques, témoignent d'une reconnaissance croissante des critères et besoins de santé. Dans le DNA, l'affirmation « du paradigme des populations vulnérables » (d'Halluin, 2016) dans les politiques européennes d'asile a également conduit à un recentrement sur des « critères » de santé et la mise en place d'outils d'évaluation de celle-ci. Nous les rappellerons dans ce chapitre.

Cette place de la santé dans l'accès à l'hébergement s'inscrit dans un processus plus large de sanitarisation du social entendu comme « la traduction de problèmes sociaux dans un langage sanitaire » (Fassin, 1998a, p.42), étudié de longue date en sociologie. La notion de sanitarisation est issue de celle de médicalisation introduite par la sociologie américaine dans les années 1970. Alors que la médicalisation (*medicalization*) désigne « le processus par lequel des problèmes non médicaux sont définis et traités comme des problèmes médicaux, généralement sous la forme de maladies ou de troubles » (Conrad, 1992, p.1)¹⁰⁷, la sanitarisation désignerait « une présence des questionnements de santé à tous les niveaux de la vie » (El Kotni & Faya Robles, 2018) et une régulation des comportements et des habitudes à l'aune des enjeux de santé et de bien-être. Ainsi, moins que d'une pathologisation des problèmes sociaux, la sanitarisation du social relève d'un mouvement culturel, social et politique par lequel le registre sanitaire s'est imposé progressivement comme un mode de gestion légitime de l'ordre social, et notamment de la gestion de l'exclusion. Par ailleurs, des travaux ont montré que ce processus ne gagne pas seulement l'action sociale et éducative mais aussi les arènes de l'action juridique, qui portent alors un regard de plus en plus « sanitarisé » sur les délits et les prévenus (Farges, 2006, Mahi, 2015).

¹⁰⁷ Traduction directe de l'article de 1992.

Si plusieurs travaux ont décrit la sanitarisaiton de l'hébergement des sans-abris, aussi bien dans les hébergements classiques que les hébergements médicalisés (Pelchat et al., 2006, Gardella, 2014a, Jouve & Pichon, 2015, Benoist, 2016, Bussi, 2019, Schlegel, 2019), peu de travaux se sont intéressés à ces logiques au sein du DNA. Notamment aucun travail n'a décrit la mise en œuvre locale de ces logiques d'évaluation de la vulnérabilité ainsi que les conséquences sur l'accueil et l'accompagnement médico-social des exilés. C'est alors l'enjeu de ce chapitre. Tout en continuant de présenter le système d'acteurs étudié, l'ambition de ce chapitre est d'analyser la mise en œuvre locale des logiques de priorisation sanitaire dans l'accès à l'hébergement et ses conséquences sur la mission d'accompagnement dans l'accès aux soins des professionnels de l'hébergement social. Derniers maillons d'une chaîne d'acteurs dans le processus d'orientation en hébergement, comment les équipes sociales se confrontent-elles aux politiques et pratiques d'orientation « des personnes vulnérables » ? Il s'agit également d'explorer comment cette mission est organisée et portée au sein des équipes sociales. Alors que la sanitarisaiton de l'accès à l'hébergement conduit les centres non médicalisés à accueillir des personnes présentant des situations sanitaires de plus en plus complexes, comment les professionnels des équipes sociales endossent-ils leur rôle d'accompagnant dans l'accès aux soins ?

La première partie de ce chapitre, centré sur le DNA, revient sur les logiques de priorisation sanitaire qui structurent l'accès à l'hébergement dans le dispositif et surtout leur mise en œuvre locale. Alors que les politiques d'asile sont marquées par des logiques de catégorisation des personnes vulnérables, nous rappellerons les outils et les instruments de détection et d'évaluation des vulnérabilités et besoins en santé avant d'analyser leur application sur le territoire par l'OFII et ses effets sur l'accueil en centre d'hébergement. Partant, notre deuxième partie s'intéresse à la manière dont les équipes sociales en centres d'hébergement s'organisent dans l'accompagnement sanitaire des exilés. Dans cette partie nous incluons également les équipes enquêtées hors du DNA, confrontées à des situations très similaires. Néanmoins, la diversité des dispositifs d'hébergement, tant dans leurs moyens, leurs ressources humaines, leurs projets d'établissements et leurs situation géographique laisse à supposer des configurations variables en matière d'organisation et de division sociale du travail relatif à l'accompagnement vers les soins. Nous nous attarderons alors sur les enjeux de positionnement des accompagnants sociaux par rapport à leur rôle de référent coordinateur des parcours de soins alors que la santé demeure pour eux un champ de connaissance profane.

1. L'hébergement social des exilés face aux applications locales d'une politique d'hébergement des vulnérables

Les politiques d'asile sont marquées depuis les années 2000 par une montée du paradigme de la « vulnérabilité » aussi bien dans la procédure de demande d'asile que dans les politiques d'accueil qui entourent cette demande. Nous nous intéressons ici surtout aux secondes, même si nous évoquerons aussi les dispositions mise en place par l'OFPPA. Cette partie revient alors sur l'affirmation de ce paradigme, sa mise en œuvre par la délégation territoriale de l'OFII locale et la manière dont s'y confrontent les équipes sociales.

1.1. La prise en compte de la vulnérabilité dans les politiques d'hébergement des demandeurs d'asile : entre logiques de protection et de tri

Du latin *vulnus* qui signifie la blessure, le vulnérable est, selon le dictionnaire Larousse, celui « qui peut être blessé, frappé », qui est exposé à des risques et a peu de moyens de se défendre. Selon la convention de Genève un demandeur d'asile est quelqu'un qui demande la protection d'un autre pays parce qu'il est exposé à des persécutions dans son pays. Théoriquement, l'idée de vulnérabilité est alors inhérente au principe de l'asile : tout demandeur d'asile est vulnérable. Pourtant, dans son évolution, le droit international et notamment européen de l'asile s'est justement saisi de la notion de vulnérabilité pour définir plus précisément des situations spécifiques. La notion de vulnérabilité ne renvoie plus à l'idée que tout demandeur d'asile est vulnérable mais plutôt qu'il y a « des situations à distinguer, à différencier, pour apporter une réponse spécifique, adaptée à une personne qualifiée de vulnérable » (Pétin, 2015). Cette première sous-partie revient sur la détermination de critères sanitaires et sociaux de vulnérabilité dans les politiques d'accueil des demandeurs d'asile. Nous allons voir comment l'affirmation de ces catégories et les instruments associés à sa mise en œuvre ont conduit à reconfigurer les pratiques d'attribution de places d'hébergement dans le dispositif national d'accueil.

1.1.1. La reconnaissance des « populations vulnérables » dans l'accès au DNA au service d'un resserrement des publics pris en charge

Les logiques de priorisation dans l'accès au DNA sont anciennes. En 1999, une circulaire de la direction de la population et des migrations (DPM) relative aux procédures d'admissions dans le DNA définissait les « priorités sociales d'accès en CADA » suivantes : « 1. Primo-demandeurs de l'asile n'ayant pas bénéficié de prise en charge antérieure dans un centre du DNA, ou n'ayant pas refusé de proposition d'hébergement ; 2. Familles avec enfants en bas-âge ; 3. Jeunes majeurs isolés. 4. Demandeurs d'asile ayant des problèmes de santé mais ne nécessitant pas un accueil médicalisé, sur avis médical motivé. 5. Femmes seules ; 6. Demandeurs en réexamen au sens du décret du 14 mars 1997 n'ayant pas été hébergés ou n'ayant pas refusé d'hébergement dans un centre du DNA »¹⁰⁸. Ces critères sont ordonnés et cumulables. On retrouve ici principalement des critères de composition familiale, avec notamment les enfants et les femmes comme figures de la fragilité et de priorisation dans les politiques d'assistance (Castel, 1995). Le critère d'une problématique de santé, reste relativement imprécis et doit (déjà) être étayé par un avis médical. Cependant, la primauté du critère de la primo-demande suggère que les hommes sans enfants ne présentant pas de maladie chronique ou de handicap sont théoriquement prioritaires sur des femmes et familles qui seraient dans une seconde demande.

L'évolution du droit européen de l'asile à partir des années 2000 va amorcer un resserrement progressif des logiques de priorisation en abandonnant le critère de primo-demande et définir des catégories de « personnes vulnérables ». En effet une première évolution est l'abandon du critère de la primo-demande, qui va évoluer de critère prioritaire à condition quasi obligatoire pour obtenir un hébergement. En effet, alors que la directive européenne relative à l'accueil des demandeurs d'asile de 2003 prévoit que les États membres peuvent refuser ou retirer le bénéfice des conditions minimales

¹⁰⁸ Circulaire DPM/CI 3 n° 99-399 du 8 juillet 1999 relative aux procédures d'admission dans le dispositif national d'accueil (DNA) des réfugiés et des demandeurs d'asile.

d'accueil dans les situations de réexamen¹⁰⁹, dès 2005 la France donne la possibilité à l'OFII de ne pas attribuer l'allocation de demande d'asile ou un hébergement à des personnes effectuant une seconde demande. En pratique aujourd'hui, les personnes qui sont en situation de seconde demande, y compris quand elles sont passées en procédure normale ou accélérée, se voient automatiquement refuser les conditions matérielles d'accueil lors de leur passage au Guda. Elles peuvent tenter un recours notamment en faisant valoir leur vulnérabilité comme ce fut le cas de Mr. C. que nous avons suivi dans son parcours. Alors qu'il s'était fait refuser l'ADA et le droit à l'hébergement, celui-ci avait sollicité l'aide d'un avocat au sein d'une association, qui avait alors adressé à l'OFII une demande de rétablissement de ses CMA au motif de sa vulnérabilité sanitaire (Hépatite C). Mr C. avait finalement obtenu une place en CADA sur le département.

En parallèle de cette relégation du critère de primo-demande s'est amorcée une caractérisation et délimitation précise des « populations vulnérables » sur la base de caractéristiques sanitaires et sociales. Cette délimitation s'est précisée dans le droit européen au cours des années 2000. La reconnaissance de vulnérabilités va être au centre du programme de Stockholm (2009) définissant les perspectives de l'Union européenne en matière d'immigration et d'asile et qui va donner lieu à la refonte du droit d'asile de 2013 (De Bauche, 2011). À ce jour, ce sont les directives européennes « Procédures » et « Accueil » de 2013 qui définissent la prise en compte des « vulnérabilités » respectivement dans la procédure d'octroi de la demande d'asile et dans les modalités d'accueil, notamment d'hébergement. Ainsi la première prévoit que des « garanties procédurales spéciales peuvent s'avérer nécessaires pour certains demandeurs du fait notamment de leur âge, de leur sexe, de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, d'un handicap, d'une maladie grave, de troubles mentaux, ou de conséquences de tortures, de viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle »¹¹⁰. De la même façon, la directive « Accueil » prévoit des « dispositions spéciales concernant les personnes vulnérables, telles que les mineurs, les mineurs non accompagnés, les handicapés, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes ayant des maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, par exemple les victimes de mutilation génitale féminine »¹¹¹. Les deux directives ont retenu des critères très similaires. Une partie de ces facteurs sont biologiques (âge, genre), familiaux (présence d'enfants, situation d'isolement) et sanitaires (maladies graves, handicap, grossesse) et nous renvoient là encore aux figures classiques de la représentation de la fragilité dans le droit et l'histoire de l'assistance (les enfants, les femmes, les personnes âgées, les malades). Cependant on retrouve aussi des critères liés à l'histoire personnelle (identité sexuelle et de genre) et notamment l'expérience de la violence et la persécution.

¹⁰⁹ Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres, article 16 « Limitation ou retrait du bénéfice des conditions d'accueil ».

¹¹⁰ Directive 2013/32/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 relative à des procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale. Introduction, article 29.

¹¹¹ Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale, chapitre IV, article 21.

Si certains critères sont assez précis, notamment relativement aux compositions familiales, ceux relatifs à l'état de santé et aux expériences vécues le sont beaucoup moins. On retrouve une conception large de la vulnérabilité comme « notion éponge » des politiques publiques (Thomas, 2008), ce qui va permettre une certaine souplesse mais aussi entretenir un flou dans son évaluation par les institutions. Par ailleurs, là où la directive Procédure ne prétend pas à l'exhaustivité des situations (l'usage de l'adverbe « notamment » suggérant en effet que d'autres facteurs de vulnérabilités pourraient être pris en compte dans l'adaptation de la procédure), la directive « Accueil » précise que « seules les personnes vulnérables conformément à l'article 21 peuvent être considérées comme ayant des besoins particuliers et bénéficier de l'aide spécifique prévue »¹¹². Cette délimitation va alors supposer la mise en place d'outils d'évaluation précise de ces besoins particuliers.

1.1.2. L'instauration d'outils d'évaluation de la vulnérabilité : des conceptions et un partage ambigu des vulnérabilités entre l'OFII et l'OFPPRA

En France, des mesures visant à la prise en compte des situations définies comme vulnérables ont été mises en place par l'OFPPRA dans le cadre de la procédure d'asile et par l'OFII dans le cadre de l'accès à l'hébergement. Bien que les directives « Procédures » et « Accueil » aient retenu des critères très similaires, nous allons voir que leur mise en œuvre institutionnelle respectivement par l'OFPPRA et l'OFII reposent sur une répartition et une catégorisation ambiguë de ces critères.

Dès 2013, l'OFPPRA met en place 5 groupes jouant un rôle d'appui à la procédure sur les thématiques suivantes : 1) l'orientation sexuelle et identité de genre, 2) la traite des êtres humains, 3) les violences faites aux femmes (qui englobent les mariages forcés et précoces, les mutilations sexuelles, les violences conjugales et domestiques), 4) les tortures et traumatismes, 5) les mineurs. Ces groupes sont composés d'auditeurs de l'asile de l'OFPPRA qui ont pour mission de réfléchir à la prise en compte des situations dans le recueil des récits, la manière d'interroger des personnes concernées par ces situations. Depuis 2016, ils sont coordonnés au sein d'une « mission Vulnérabilités ». Comme a pu me l'expliquer la coordinatrice de cette mission, le choix de ces groupes de réflexion repose sur l'évolution des motifs de demande d'asile et la distinction dans la directive Procédure entre des vulnérabilités considérées comme « intrinsèques au motif de la demande d'asile » que seraient les violences liées au genre, à l'orientation sexuelle, la torture et la traite des êtres humaines, et des vulnérabilités « extrinsèques à la demande d'asile » que seraient la maladie, le handicap, l'âge. Si conformément à la directive Procédure, l'OFPPRA prévoit des dispositions d'adaptation des conditions d'entretien aux situations de handicap moteur ou sensoriel (possibilité d'un interprète en langue des signes, salle d'entretien avec accès PMR), et pour les femmes enceintes la possibilité de décaler l'entretien, la prise en compte des situations de handicap et de maladie relèverait de la compétence de l'OFII. Seul le groupe sur les mineurs est un peu à part, en ce que la minorité ne renvoie pas directement à une persécution et en constitue rarement un motif. Ce groupe travaille alors sur certaines violences spécifiques aux enfants, de maltraitance, ou liées à leur utilisation comme force de travail (enfants soldats, mine...), et sur les spécificités de la conduite d'entretiens avec des mineurs.

Comme l'a reconnu la coordinatrice de la mission vulnérabilités, cette distinction entre vulnérabilités extrinsèques et intrinsèques demeure ambiguë à plusieurs égards : les violences, qu'elles

¹¹² *Ibid.*, chapitre IV, article 22.

soient liées au genre, à l'orientation sexuelle ou à des raisons politiques sont souvent des motifs de départ d'un pays mais peuvent être aussi des expériences vécues sur le parcours et dans le pays d'accueil du fait de conditions de vie qui exposent à ces violences. Mais selon l'OFPRA, il appartient alors à l'OFII de veiller à cette problématique dans l'organisation de l'accueil des demandeurs, via des places d'hébergement dédiées par exemple. Par ailleurs la maladie et le handicap peuvent être des motifs de persécution et donc de demande de protection, pour autant elles ne font pas l'objet de réflexions spécifiques au sein de l'OFPRA.

Concernant l'accès à l'hébergement, l'OFII a instauré en 2015 deux principaux instruments d'évaluation de la vulnérabilité. Le premier est un questionnaire obligatoire administré lors du passage au guichet unique des demandeurs d'asile (GUDA) en Préfecture, dont l'objectif est d'évaluer les besoins d'hébergement et d'adaptation des conditions d'accueil à la situation du demandeur d'asile et de sa famille (cf. **Figure 8**).

Figure 8. Questionnaire de détection des vulnérabilités des demandeurs d'asile.

I. - BESOINS D'HÉBERGEMENT			
	OUI	NON	Non-réponse
Hébergé par la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.1 Stable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.2 Précaire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergé par tiers.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.1 Stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.2 précaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hébergement d'urgence. Si oui, indiquer pour quelle durée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans hébergement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. - BESOINS D'ADAPTATION			
	OUI	NON	Non-réponse
Femme enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, date prévue du terme :			
Handicap sensoriel			
a.1 Visuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.2 Auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.3 Difficultés à verbaliser, mutisme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handicap moteur - Mobilité réduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.1 Appareillage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.2 Chaise roulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin de l'assistance d'un tiers pour les actes essentiels de la vie quotidienne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne a-t-elle fait état spontanément d'un problème de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépôt de documents à caractère médical effectué par le demandeur sous pli confidentiel :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cas échéant, l'original des documents a-t-il été restitué au demandeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'accepte que ces informations soient transmises à l'OFPRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source : arrêté du 23 octobre 2015 relatif au questionnaire de détection des vulnérabilités des demandeurs d'asile

Centré sur les besoins d'adaptation logistiques, ce questionnaire permet essentiellement de détecter les situations de handicap physiques, sensoriels ou moteurs, et les situations de grossesse. En second lieu, pour appuyer la nécessité d'un hébergement est instaurée la possibilité de joindre au questionnaire un certificat médical, ce que les professionnels de l'OFII et de l'action sociale appellent couramment le « dossier Medzo » (médecin coordinateur de zone). Ce certificat doit être rempli par un médecin quelconque et envoyé directement au médecin coordinateur de l'OFII qui détermine alors un niveau de vulnérabilité du demandeur, de 1 à 3, censé indiquer le caractère prioritaire de la demande d'hébergement

Là où l'OFIPRA considère que l'OFII est en charge des vulnérabilités extrinsèques au motif de la demande d'asile, la délégation territoriale de l'OFII parle davantage de vulnérabilités « objectives » et « visibles » :

« Nous ce qu'on appelle vulnérabilité, l'OFII en tout cas le personnel administratif chargé des orientations directives ; ce qu'on appelle les vulnérables ce sont les plus de 65 ans, les femmes enceintes, les femmes seules notamment avec enfants, les PMR, on a parfois des personnes malvoyantes aussi. Ce sont des handicaps directs, que vous voyez. Et nous on rajoute, pas au départ lors du passage au guichet mais lorsqu'ils deviennent réfugiés, les moins de 25 ans » [...] C'est de la vulnérabilité objective »¹¹³

A l'image du questionnaire passé au GUDA, on retrouve une conception des vulnérabilités limitée aux situations de handicap physique, de grossesse et à la présence de mineurs. Cette conception est loin de couvrir toutes les situations évoquées par la directive « Accueil ». Notons que si elle est ici présentée comme une interprétation locale (« nous »), la règle selon laquelle les réfugiés de moins de 25 ans sont prioritaires dans l'accès aux centres provisoires d'hébergement (CPH) est en réalité une préconisation nationale du fait qu'ils ne sont pas éligibles au RSA et se retrouvent majoritairement sans ressource lorsque s'arrête l'allocation pour demandeurs d'asile¹¹⁴. Le recours au terme de vulnérabilités *objectives* permet d'insister sur l'absence d'interprétation par l'agent afin de le déresponsabiliser. Une représentante de l'OFII a d'ailleurs insisté sur le fait que les agents qui reçoivent les demandeurs au guichet unique « ne sont pas des évaluateurs de la santé » et ne sont censés que « reporter ce dont les personnes font état »¹¹⁵. Cette considération sur le rôle des agents de l'OFII apparaît cependant contradictoire dans la mesure où l'évaluation de la vulnérabilité est justement l'objectif de l'entretien effectué à partir du questionnaire mis en place en 2015. Rempli non pas par la personne elle-même mais par l'agent de l'OFII, le questionnaire est de fait très sensible à la manière dont les agents envisagent et formulent (ou pas) les questions. En l'occurrence le questionnaire est lui-même assez ambigu quant à la posture de l'auditeur relativement à l'investigation sur l'état de santé au travers notamment de la question « La personne a-t-elle fait état spontanément d'un problème de santé ? » avec les modalités de réponse oui/ non/ non-réponse (cf. **Figure 8**). Alors que le « spontanément » suggère que l'agent n'est pas censé demander explicitement l'existence d'un problème de santé, la modalité « non-réponse » suppose que l'agent formule une question appelant l'information. Seule une enquête auprès des auditeurs de l'asile en Préfecture, à l'instar du travail d'Alexis Spire (2007) au début des années 2000 (et donc avant la mise en place du questionnaire) permettrait de renseigner les

¹¹³ Directrice territoriale OFII, août 2021.

¹¹⁴ Ministère de l'Intérieur. Information relative aux missions et au fonctionnement des centres provisoires d'hébergement, 18 avril 2019.

¹¹⁵ *Ibid.*

pratiques de passation dudit questionnaire et plus généralement l'évaluation de la situation sanitaire. Nous n'avons pas eu la possibilité de réaliser un tel travail. Néanmoins, comme nous allons le voir plus loin, interroger la direction de territoriale de l'OFII a permis de rendre compte que celle-ci encourage une posture distanciée et un questionnement relativement minimaliste sur la santé.

En 2021, le Ministère de l'intérieur a apporté de nouvelles mesures avec la publication d'un plan d'actions pour « renforcer la prise en charge des vulnérabilités des demandeurs d'asile et réfugiés »¹¹⁶, appelé couramment « plan Vulnérabilités » par les acteurs de l'OFII et l'OFPRA.

Encadré 2 : Les principales mesures du « plan Vulnérabilités » de 2021

Ce plan, conçu à partir d'une concertation d'acteurs institutionnels et associatifs, a pour objectifs de « renforcer les possibilités de signalement et de coopération entre acteurs institutionnels et associatifs » (axe 1) et « mieux intégrer les problématiques de santé au parcours d'hébergement » (axe 2). Concrètement il propose la mise en place de nouveaux dispositifs (acteurs, actions, places) pour favoriser le repérage et de la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité, dont :

- La mise en place d'une visite médicale systématique lors du passage des demandeurs d'asile au GUDA comprenant un bilan de soins primaires et différents dépistages.
- Le développement de trois types de places d'hébergement spécialisées : places dédiées aux femmes victimes de traite et de violences, places dédiées aux personnes LGBT+, places adaptées aux personnes à mobilité réduite (PMR).
- La mise en place de « référents vulnérabilités » dans chaque direction territoriale pour créer un « réseau » de référents dont le rôle serait en interne de former/sensibiliser les autres agents de l'OFII et des SPADA à la détection des vulnérabilités, faciliter l'orientation de personnes vulnérables dans les places dédiées sur d'autres territoires
- Le développement d'une « présence médicale dans chaque centre d'hébergement », par la mise en place d'interventions sanitaires et le « renforcement des partenariats locaux ». Le plan évoque alors un déploiement d'équipes mobiles d'infirmiers et psychologues à l'image de l'équipe mobile régionale étudiée. Annonçant la réalisation d'un diagnostic des ressources médicales en appui au DNA, il suggère une stratégie de « mutualisation de ces ressources de sorte à mettre à disposition un personnel de santé dans chaque centre ».

La création de places dédiées dans ce plan souligne l'ambivalence des conceptions de la santé et de sa prise en charge par les institutions de l'asile, notamment l'OFII. Alors qu'elles témoignent de logiques de ciblage de certaines catégories très spécifiques, les critères retenus brouillent les distinctions entre vulnérabilités intrinsèques/extrinsèques ou subjectives/objectives partagées par les représentants institutionnels. Si la situation de mobilité réduite répond bien aux vulnérabilités « objectives et visibles », plus souvent extrinsèques au motif de la demande d'asile, les places dédiées aux personnes LGBT+ et aux femmes victimes de violences suggèrent une nécessité de s'attarder sur les parcours individuels et sur l'identité sexuelle et de genre, c'est-à-dire des éléments qui ne sont pas du tout interrogés dans le questionnaire de détection des vulnérabilités. Comme nous allons voir plus bas, ces mesures entrent en contradiction avec la position de l'OFII quant à son rôle d'évaluateur des situations.

¹¹⁶ Ministère de l'Intérieur, « 10 actions pour renforcer la prise en charge des vulnérabilités des demandeurs d'asile et des réfugiés », mai 202.

1.1.3. Des logiques de biolégitimation controversées

Ces procédures de reconnaissance des vulnérabilités sanitaires dans l'accès à un hébergement renvoient à une logique de « biolégitimation », c'est à-dire de légitimation de l'accès à un droit par la reconnaissance sociale du corps et de sa souffrance. Ce concept forgé par Didier Fassin à partir de celui de « biopouvoir » de Michel Foucault renvoie à la légitimité de l'état du corps et du pouvoir de la vie (et non sur les vies), plus précisément « la reconnaissance et du maintien de la vie au-delà de tout autre argument » (Fassin, 2005). Les procédures régularisation et d'accueil des étrangers sont ainsi de plus en plus marquées par une telle logique de biolégitimation, qui trouve son paroxysme dans la procédure de régularisation pour raison médicale dite « étrangers malades » (Fassin, 2001). Les instruments des politiques d'asile recouvrent deux formes de biolégitimation. La possibilité de joindre des certificats médicaux dans la demande auprès de l'OFPRA incarne une fonction du *corps preuve* face à la remise en question du récit des demandeurs (D'Halluin, 2006). Dans la demande d'hébergement, le questionnaire de détection des vulnérabilités comme les dossiers Medzo reposent davantage sur l'idée que la vulnérabilité sanitaire justifie un hébergement prioritaire et adapté dans le contexte d'une offre insuffisante au regard de la demande. La fragilité du corps est utilisée comme argument de justice locale dans la distribution d'une ressource en quantité limitée. Cette logique, que l'on retrouve dans l'ensemble des dispositifs d'hébergement social, renvoient à ce qu'Emilie Jouve et Pascale Pichon (2015) appellent le *corps prétexte*.

Ces instruments de détection des vulnérabilités et les logiques de biolégitimation associées soulèvent des questionnements éthiques, cliniques, politiques et juridiques (Nguyen, 2014; Boublil & Wolmark, 2018; Alexopoulos, 2021). Le questionnaire de détection des vulnérabilités de l'OFII en particulier cristallise de nombreuses critiques : médecins et acteurs impliqués dans l'accueil des exilés interrogent la pertinence clinique des indicateurs retenus pour évaluer les vulnérabilités, au regard notamment de celles évoquées dans les textes européens : en effet le questionnaire permet essentiellement de relever la présence d'un handicap sensoriel ou moteur et, pour les femmes, une situation de grossesse. On a alors longtemps reproché à ce questionnaire l'absence de questions relatives à la reconnaissance et la prise en compte des problématiques de santé psychique, pourtant préconisée par la directive Accueil. En 2009, un projet nommé Protect-able financé par l'Union européenne avait travaillé à la réalisation d'un questionnaire supplémentaire d'identification des troubles psychiques. Mais ce questionnaire, visible en annexe 5, composé d'une dizaine de questions portant sur la qualité du sommeil, la mémoire, la concentration, les douleurs et les émotions n'avait pas fait consensus au sein des institutions européennes, ni parmi les acteurs travaillant auprès des demandeurs d'asile (d'Halluin, 2016). Les professionnels avaient notamment soulevé le risque d'un recueil d'informations biaisé par le fait que la passation du questionnaire soit réalisée par des officiers de police ou de l'administration, susceptible d'affecter largement la confiance des demandeurs. La mise en place d'un tel questionnaire comme celui qui existe déjà soulève aussi des risques de stigmatisation et d'étiquetage au sein de l'OFII et des acteurs de l'hébergement social (Boublil & Wolmark, 2018). Par ailleurs la production de certificats médicaux pour l'OFII comme pour l'OFPRA pose différents dilemmes éthiques et professionnels aux médecins qui les rédigent, de la difficulté technique à faire des liens entre un corps et un récit au sentiment de complicité des logiques de tri qui structurent les politiques migratoires (Fassin & d'Halluin, 2005; d'Halluin, 2006). Ces outils de détection des vulnérabilités incarnent par ailleurs les ruptures d'égalité dans l'attribution d'une

ressource, le toit, considérée comme largement essentielle. Ce risque interroge d'autant plus que l'on sait que les personnes accueillies dans un centre du DNA ont globalement plus de chances de se voir accorder l'asile¹¹⁷. Si cet effet est sans doute alimenté justement par ce biais de sélection des requérants les plus vulnérables (et donc potentiellement ayant subi les persécutions les plus graves) dans les structures d'accueil, il est surtout lié au fait que les demandeurs d'asile sont généralement mieux accompagnés dans leur procédure lorsqu'ils sont accueillis en hébergement, du fait d'un accès à un meilleur accompagnement social, parfois même juridique. Par ailleurs ces logiques de priorisation alimentent et légitiment un discours de valorisation de l'accueil des familles, femmes et enfants au détriment de l'accueil des « hommes isolés ». Ces derniers sont la cible de discours que l'on retrouve notamment dans les mobilisations citoyennes locales contre l'ouverture de structures du DNA, au nom souvent d'arguments sécuritaires (Calabrese et al., 2022)¹¹⁸.

Cette première sous-partie nous a permis de retracer synthétiquement l'évolution des logiques de priorisation sanitaire dans l'hébergement social des demandeurs d'asile. L'affirmation du paradigme de la vulnérabilité dans le droit d'asile a conduit à associer l'attribution de places d'hébergement à un principe de biolégitimation reposant sur une évaluation de critères sanitaires et sociaux. Les outils et procédures mis en place par l'OFII traduisent cependant une conception ambivalente et relativement minimaliste des vulnérabilités. Lacunaire, le questionnaire de détection des vulnérabilités se concentre autour d'une partie seulement des critères retenus dans les textes législatifs (le handicap physique et la situation de grossesse). Alors que ces outils sont dénoncés dans le champ associatif pour les enjeux techniques et éthiques qu'ils posent aux professionnels de santé, nous allons nous attarder sur la mise en œuvre territoriale de ces instruments et logiques et ses conséquences sur l'accueil par les équipes sociales d'hébergement.

1.2. La mise en œuvre paradoxale d'une politique d'hébergement des vulnérables

Les délégations territoriales de l'OFII ont pour mission de mettre en œuvre les politiques d'accueil et d'intégration des étrangers sur les territoires. Concernant l'accueil des demandeurs d'asile, les délégations ont pour mission de piloter les structures de premier accueil (SPADA) et coordonner l'attribution des places dans le DNA en appliquant le cadre national. Nous avons rencontré la direction territoriale de l'OFII du département pour essayer de comprendre comment les acteurs locaux chargés de l'orientation dans l'hébergement comprenaient et mettaient en œuvre les instruments de détection des vulnérabilités.

¹¹⁷ Ce constat n'est pas simple à prouver statistiquement car l'OFPRA ne fait pas de statistiques selon les situations d'hébergement. En revanche les statistiques générales confirment une surreprésentation des bénéficiaires de la protection internationale parmi les sortants de centres du DNA relativement aux taux de protection par l'OFPRA. En 2010, les BPI représentent 40,2% des sortants de CADA, pour un taux global de protection par l'OFPRA la même année de 27,5% (rapports OFII et OFPRA 2010). En 2019, ils représentent 30,3% des sortants des centres du DNA (hors CAES et CPH), pour un taux global de protection par l'OFPRA de 23,7% (rapports OFII et OFPRA 2019)

¹¹⁸ Voir par exemple les arguments mobilisés contre l'ouverture d'un centre d'hébergement à Forges-les-Bains (Essonne) dans un bâtiment à proximité d'une école : https://www.challenges.fr/societe/manifestations-apolitiques-contre-des-centres-pour-migrants_431896

1.2.1. Une gestion des « flux » et « stocks » avant une gestion des vulnérabilités ?

Dans le contexte d'un manque de places d'hébergement adaptées exacerbé par un manque de moyens dans l'accompagnement sanitaire des exilés, nous allons voir qu'en pratique l'OFII entretient un flou sur l'évaluation et la prise en compte des vulnérabilités. Celle-ci semble davantage servir des logiques de gestion de flux que la réelle protection des personnes. Les échanges avec la délégation territoriale de l'OFII ont en effet laissé voir que la gestion des vulnérabilités n'est pas leur priorité par rapport à l'enjeu de gérer les « flux » et les « stocks ». Ces termes sont ceux qu'utilisent l'OFII pour évoquer les entrées et sorties, les personnes en attente d'une place d'hébergement qui ont déposé une demande lors de leur passage au guichet unique ou qui sont en CAES. Révélateur de ce regard gestionnaire, l'ensemble de l'entretien avec la délégation territoriale de l'OFII a été marqué par une insistance sur les indicateurs d'occupation du parc et la comparaison avec d'autres départements :

*« L'objectif pour nous c'est d'atteindre un taux d'occupation supérieur à 97%. »
« On a 11% de réfugiés en présence indue, donc qui ont plus de 6 mois de présence après le statut. Mais bon la moyenne régionale est à 14%. En fait on peut plus orienter, on n'a plus la main. Quand j'avais la main sur les places on était largement inférieur à ça¹¹⁹. Pour les déboutés on est à 4,8%, là où c'est le taux le plus bas pratiquement [de la région]. Pour les réfugiés nous on avait plutôt des très bons taux ici, et maintenant on est noyé dans la masse avec les autres. »¹²⁰*

En effet, la qualité de la mission de la direction territoriale de l'OFII est principalement évaluée sur la base des indicateurs de la fluidité de son parc d'hébergement, notamment sa faible occupation par des personnes déboutées ou réfugiées. La tendance à la comparaison avec les autres départements laisse supposer des pratiques de gestion managériales de mise en compétitivité par les instances supérieures de l'OFII. La direction territoriale a assumé conduire une mission de régulation des flux définie par les conditions données dans la législation, au détriment des enjeux sociaux :

« On n'est pas sur le social nous, c'est difficile mais il faut faire abstraction de ça dans nos missions... Certes y a des enfants, des vulnérables mais bah... la règle, c'est que si je suis débouté, je quitte l'hébergement et je suis censé rentrer dans mon pays d'origine. Nous notre mission s'arrête là, qu'ils sortent pour laisser la place à d'autres. C'est vrai que les centres nous reprochent souvent de pas faire dans... mais bon on ne peut pas, sinon on ne s'en sortirait pas »¹²¹.

On retrouve une posture distanciée avec les difficultés des conditions de vie des personnes, reposant sur une rhétorique légaliste et procédurière. Les contestations de cette logique par les équipes sociales d'hébergement sont globalement évacuées sous l'argument de justice selon lequel il faut « laisser la place aux autres ».

Ce recentrement sur les flux de personnes et la distanciation avec les enjeux sociaux est le résultat de la séparation institutionnelle entre la mission d'orientation vers l'hébergement et celle de l'accompagnement social. Jusqu'en 2016, la direction territoriale de l'OFII portait une mission d'accompagnement social effectuée par des travailleurs sociaux, qui fut alors déléguée à la structure de premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA)¹²². Comme l'a souligné elle-même la directrice de la

¹¹⁹ L'interlocutrice évoque ici la régionalisation en juin 2020 de la gestion d'une partie des places d'hébergement et notamment des places en CPH, c'est-à-dire le transfert de la compétence d'allocation des places de la délégation départementale au siège régional de l'OFII.

¹²⁰ Membres de la direction territoriale de l'OFII, août 2021.

¹²¹ Membre de la direction territoriale de l'OFII, août 2021.

¹²² La loi Immigration de 2015 a modifié le circuit de la demande d'asile et généralisé l'ouverture de structures de premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA) associées à toutes les délégations territoriales de l'OFII. Les demandeurs effectuent

direction territoriale, depuis 2016 « l'OFII ne connaît plus les profils de demandeurs » et seuls les agents présents au guichet unique en Préfecture les rencontrent directement. Aussi, sauf lorsqu'une place d'orientation est disponible à ce moment-là, la plupart du temps les orientations vers les différentes structures d'hébergement sont faites par des agents qui n'ont pas rencontré les demandeurs et se fient essentiellement aux informations sur le logiciel partagé @DNA ou éventuellement celles transmises par la SPADA. Comme l'ont analysé les travaux d'Alexis Spire en France (Spire, 2007), Jonathan Darling au Royaume-Unis (Darling, 2016), ou plus récemment Camilla Alberti en Suisse (Alberti, 2019), la sous-traitance des compétences sociales à la sphère associative est une des dynamiques majeures de la bureaucratisation néolibérale des politiques d'accueil des demandeurs d'asile en Europe. Elle contribue à produire une mise à distance physique et symbolique entre les demandeurs et les instances décisionnelles et une dépolitisation de la demande d'asile. Cette nécessité de « faire abstraction dans nos missions » (cf. *supra.*) des situations de vulnérabilité suggère comment ce gouvernement à distance est producteur d'indifférence.

Depuis 2016, l'OFII est aussi en lien avec la SPADA pour la détection des besoins d'hébergement. Plusieurs fois par semaine, celle-ci fait remonter à l'OFII un tableau des personnes qui ont formulé une demande d'hébergement lors de leur préenregistrement avant leur passage au GUDA ou lors d'un entretien social postérieur, dans des cas où la situation d'hébergement a évolué depuis leur passage en Préfecture (fin d'hébergement par un tiers ou par le 115 par exemple). Sur ce tableau, la SPADA renseigne la composition du foyer et la situation d'hébergement, et peut renseigner des informations relatives à des adaptations de l'hébergement (liées à un handicap physique essentiellement) mais ne doit pas renseigner d'informations relatives à la santé. Celles-ci ne peuvent être remontées que par le dossier Medzo. Cependant, la SPADA s'est entendue avec l'OFII sur un système « d'alerte » pour des situations qualifiées de « grande vulnérabilité ». Elles correspondent essentiellement à deux situations : les femmes enceintes et les familles avec enfants qui sont à la rue, sans solution d'hébergement par des tiers ou d'hébergement d'urgence temporaire. Dans ce cas la SPADA fait remonter indépendamment de son tableau de routine une demande de « mise à l'abri urgente », invitant l'OFII à trouver une solution le plus rapidement possible : « Dans ce genre de cas, l'OFII va faire le tour de ses dispositifs pour voir si un CADA ou un HUDA a une place. Ça va pas être forcément le soir même comme le ferait le 115 mais ça sera plus rapide quand même »¹²³. Cette procédure a été convenue avec l'OFII suite à des situations où des agents de la SPADA se sont trouvés confrontés à des familles en détresse « à leur porte », ne trouvant pas de réponse au 115. Ces demandes de mise à l'abri incarnent les marges de manœuvre discrétionnaires dans une procédure routinisée de gestion de flux, en réponse à un impératif humanitaire. Toutefois celles-ci demeurent limitées aux figures considérées comme les plus vulnérables parmi les vulnérables : les enfants, incluant ici également les majeurs qui portent et/ou s'occupent d'enfants.

Concernant les mesures du « plan Vulnérabilités » de 2021 évoqué plus haut (cf. **Encadré 2**), lorsque nous l'avons interrogée, la délégation territoriale de l'OFII était encore assez peu concernée par ces mesures. La visite médicale était encore en voie d'expérimentation dans trois délégations

leur pré-enregistrement en SPADA avant la dépose de la demande d'asile en Préfecture. Les SPADA sont gérées par des associations dans le cadre d'un contrat public-privé.

¹²³ Entretien avec le chef de service de la SPADA, novembre 2020.

territoriales dont la Seine-et-Marne ne faisait pas partie. Par ailleurs le département disposait uniquement d'une trentaine de places dédiées aux femmes victimes de violences, pour les réfugiés uniquement (en CPH). Il n'y avait alors ni places PMR, ni de places dédiées aux personnes LGBT+ et aucun projet de créations de telles places. Si la délégation territoriale a regretté l'absence de places PMR au regard des besoins importants, l'enjeu ne serait pas de son ressort : « *Il faudrait exiger des centres un logement PMR par centre. Ils pourraient adapter certains centres. Mais ça c'est la DDETS [Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités] qui doit gérer puisque c'est eux qui financent* »¹²⁴. On voit ici comment la segmentation bureaucratique des financements et donc des responsabilités - ici le fait que les places du DNA sont financées par la direction générale des étrangers (DGEF) via l'OFII mais que l'entretien des bâtiments est financé par la DDETS - amène à une mise à distance de la mesure.

1.2.2. *L'orientation des vulnérables face à un système inadapté : la santé paradoxalement sous-silence*

Les pratiques d'orientation dans l'hébergement des personnes repérées comme vulnérables a fait apparaître un paradoxe : alors que l'état de santé est censé être de mieux en mieux évalué, en perspective d'une orientation dans l'hébergement la plus « adaptée » possible, les problèmes de santé sont partiellement invisibilisés dans l'évaluation puis dans l'orientation vers les structures d'hébergement. Lors d'une orientation vers une structure d'hébergement, l'OFII notifie généralement par mail les équipes sociales d'hébergement puis organise son déplacement vers la structure. Les personnes sont informées d'un lieu de rendez-vous, soit directement sur le centre d'hébergement, soit d'un lieu de rendez-vous où l'on viendra les chercher. Pour les personnes orientées depuis un CAES, le transfert peut être réalisé par l'équipe sociale de celui-ci, selon les capacités de mobilité de la personne et l'accessibilité du centre. Dans ce processus d'orientation, les équipes sociales ont alors insisté sur l'absence de communication par l'OFII relativement aux situations de santé, notamment celles nécessitant des adaptations ou des soins réguliers :

*« Que ça soit un problème de santé supposant des soins journaliers ou une pathologie psy, on n'est pas informés. La seule chose où on est tenu informé c'est si y a un handicap moteur, parce qu'ils sont quand même obligés d'appeler pour demander l'accessibilité des chambres. Mais autrement il y a jamais eu un appel pour nous dire « voilà, on a un monsieur qui nous paraît en grosse difficulté, où on a décelé quelque chose qui pourrait être compliqué en collectif », jamais on n'est prévenu. Et même quand y a eu un dossier Medzo fait auparavant, on n'est pas au courant. Ce sont les TS [travailleurs sociaux] qui s'en rendent compte quand elles ont le monsieur en face. »*¹²⁵

Les professionnels ont ainsi dénoncé l'absence d'informations, y compris quand les personnes avaient déjà été hébergées dans un CAES. La centralisation et l'organisation des orientations par l'OFII font que les équipes des centres d'hébergement n'ont finalement pas besoin de communiquer entre elles pour gérer les orientations, voire même en sont dissuadées par l'OFII (cf. *infra*). Lors du transfert du CAES vers un HUDA, CADA ou PRAHDA notamment, c'est donc l'OFII qui se fait l'intermédiaire des communications et pourra par exemple contacter le centre d'hébergement pour demander si l'accueil d'une personne à mobilité réduite est envisageable. Mais en pratique, pour la grande majorité des orientations, les équipes sociales ne reçoivent pas d'autres informations sur la personne orientée

¹²⁴ Directrice de la délégation territoriale de l'OFII, août 2021.

¹²⁵ Cheffe de service des CH 4 et 5 (CADA-HUDA diffus), juillet 2021.

que celles qui sont indiquées sur le logiciel du @DNA, c'est-à-dire les réponses par oui ou non au questionnaire posé lors du passage au GUDA. Les équipes découvrent alors les situations médicales des personnes au moment de l'accueil. En entretien des cheffes de service de centres d'hébergement sont revenues sur des situations qui les ont particulièrement marquées et qui révèlent une invisibilisation des problématiques de santé dans les orientations faites par l'OFII :

« Nous on n'a pas de chambre pour les personnes PMR, y a des escaliers, le bureau de l'équipe sociale est à l'étage...Au sortir du confinement on nous a orienté une personne...Sur le [logiciel] DNA c'était écrit que le monsieur avait une prothèse de la jambe mais qu'il pouvait se déplacer tout à fait normalement, qu'il était parfaitement autonome. Donc l'OFII m'appelle pour me demander si on a une place pour un monsieur qui a une prothèse de la jambe, qui se déplace...Donc moi je dis 'bah oui, mais j'aurai pas de siège dans une douche par exemple, on n'a pas de douche adaptée...'. L'OFII me dit 'oui oui mais l'équipe du CAES a dit que c'est très bien etc.'. L'OFII m'avait dit qu'il pouvait monter les escaliers, sachant que nous, la seule place qu'on avait de disponible à ce moment-là était à l'étage. Et en fait le monsieur est arrivé et on s'est rendu compte qu'il n'était pas du tout autonome. [...] En fait l'OFII, ils voulaient, excusez-moi du terme, mais ils voulaient caser le monsieur. Il est arrivé chez nous, heureusement on a réussi après à le transférer en interne [=dans un autre HUDA géré par la même association], parce que c'était beaucoup plus adapté pour lui »¹²⁶

« Sur le CADA, on a accueilli un jour un monsieur, il était complètement défiguré. En fait, il s'était brûlé, je sais pas pourquoi j'ai pas demandé, mais déjà je leur ai dit 'vous auriez quand même pu m'avertir que le monsieur était brûlé intégralement'. Car j'ai eu un mouvement de surprise quand même. Et après, j'ai vu qu'il avait une trachéo, donc quand même quelque chose d'assez grave, et le lendemain il devait se rendre à l'hôpital pour se faire poser une trachée artificielle. Donc je dis à l'OFII, 'comment on organise la chose?'. Le monsieur, on ne le connaît pas. Il parle pas notre langue. On n'a pas de traducteur. Il arrive dans un truc où on est censé l'accueillir mais il se fait opérer le lendemain dans un hôpital où on ne connaît personne...Voilà, des accueils comme ça, alors heureusement c'est pas tout le temps...mais parfois y a un vrai manque de communication. »¹²⁷

Il ressort en effet de ces témoignages combien l'absence de communication directe entre les structures d'hébergement entretient une méconnaissance des situations de santé des personnes, au détriment d'un accueil adapté. L'OFII, de son côté, justifie l'absence de communication sur les situations de santé individuelles par l'argument du secret médical :

Membre de la direction territoriale de l'OFII : « - Tout ce qui touche à une maladie comme un cancer...on n'a pas le droit de l'écrire. On va noter, problème de santé, orientation nécessaire, le niveau de vulnérabilité va être à 3 et ça va s'arrêter là. Et du coup s'ils nous remettent des choses, on doit les garder sous pli confidentiel et les remettre au MEDZO si nécessaire. Nous on demandera un hébergement dans tous les cas [...]

Enquêtrice : - D'accord, et du coup quand vous orientez quelqu'un en hébergement, quelqu'un qui est vulnérable, par exemple une maladie chronique avec des traitements réguliers, quel niveau d'information vous transmettez aux hébergeurs ?

Membre DT : - A ceux qui vont héberger, c'est pareil, c'est pas des médecins, donc on indique 'problème de santé, nécessite un suivi ou une adaptation'. C'est tout. »¹²⁸

Ainsi l'OFII, comme l'équipe sociale du CAES, ne sont pas censées communiquer des informations relatives à l'état de santé des personnes au-delà du questionnaire de détection des vulnérabilités, quand bien même elles en auraient. Par ailleurs, les équipes de l'OFII ne savent pas toujours quand un dossier Medzo a été déposé, car ces derniers ne sont pas toujours reportés sur le logiciel. Cet argument

¹²⁶ Cheffe de service auparavant référente sociale, CH2 (HUDA), décembre 2021.

¹²⁷ Directrice adjointe au sein d'une antenne territoriale d'association gérant plusieurs CADA et HUDA sur le territoire, ancienne cheffe de service, novembre 2020.

¹²⁸ Membres de la direction territoriale de l'OFII, août 2021.

du secret médical est très ambivalent pour les équipes sociales, en partie perçu comme une manière de justifier une opacité des informations relatives à l'état de santé : « Pour quelque chose qui peut être très dangereux pour quelqu'un, on met en avant la confidentialité. Pour moi c'est incompréhensible »¹²⁹. Les équipes interrogées ont par ailleurs été relativement unanimes sur l'inefficacité, et au-delà le manque de visibilité des demandes de réorientation appuyées par un dossier Medzo.

« Les dossiers MEDZO sont toujours faits. Ils sont validés par l'OFII mais il n'y a jamais d'orientation. C'est bien beau, sauf qu'en fait ça ne sert à rien. Nous, c'est allé jusqu'à la mort d'un résident ... On avait un gars qui avait été hospitalisé à Saint-Anne plusieurs fois pour des tentatives de suicide. [...] Il s'est tué le jour de sa sortie. J'avais déjà sollicité l'OFII en disant que ce monsieur-là était en danger, qu'il fallait qu'il soit dans un centre à proximité de son psychiatre à Saint-Anne. Ça n'a jamais été fait et cette personne est morte. »¹³⁰

« Vous avez évoqué les dossiers Medzo. Moi je ne vois toujours pas aujourd'hui à quoi sert ce dossier. Théoriquement il est fait pour orienter ou réorienter les personnes sur un lieu plus adapté en fonction de sa pathologie. De mémoire, j'ai au moins 3 personnes où on aurait vraiment souhaité une réorientation et on ne l'a jamais eu. Par exemple, on a une personne qui a la drépanocytose, qui est très régulièrement hospitalisée, avec un suivi à Créteil sachant qu'il est à Nemours. Ça fait un an et demi que je demande le transfert et j'attends encore. »¹³¹

Les exemples donnés par les responsables d'équipe montrent comment cette absence de réponse sur les procédures Medzo alimentent un sentiment d'impuissance face à l'accompagnement des personnes dont les contraintes sanitaires sont importantes, et d'indifférence des tutelles institutionnelles face à ces difficultés. Du côté de l'OFII, comme ces derniers ne transitent pas par la délégation territoriale avant d'être envoyés au médecin coordinateur de zone, elle ne connaît pas le nombre de dossiers envoyés ni les personnes concernées avant qu'un retour ne soit fait par le médecin sur le logiciel du DNA. La délégation territoriale ne comptabilise et répertorie pas ces retours et n'a donc pas de visibilité statistique sur les dossiers Medzo¹³².

Le système d'attribution d'une place d'hébergement dans le DNA est fondé sur une séparation des acteurs qui « évaluent » la vulnérabilité des personnes (agents de l'OFII au guichet unique, médecin coordinateurs de zone), ceux qui plébiscitent des orientations (travailleurs sociaux en SPADA, au CAES, parfois dans les autres structures d'hébergement pour un transfert), ceux qui décident (autres agents de l'OFII) et ceux qui les accueillent (travailleurs sociaux dans les différentes structures d'hébergement). Cette séparation des acteurs évaluateurs, décisionnels et chargés de l'accueil, la vision très minimaliste de l'évaluation des besoins par l'OFII, ainsi que le manque de communication entre eux, vraisemblablement entretenu par l'OFII territorial, crée et entretient un transfert en chaîne de la responsabilité morale dans la décision d'orientation ou de non-orientation. Celle-ci va finalement reposer sur les acteurs en bout de chaîne, et en contact direct avec les personnes, c'est-à-dire essentiellement les travailleurs sociaux de structures d'hébergement. Ainsi, l'absence d'informations claires et transparentes sur les situations de vulnérabilité des personnes transfère sur les équipes

¹²⁹ Cheffé de service des CH4 et 5 (CADA-HUDA diffus), juillet 2021.

¹³⁰ Cheffé de service, CH3 (CADA diffus), avril 2020.

¹³¹ Cheffé de service, CH 4-5 (HUDA- CADA diffus), juillet 2021.

¹³² La prise de contact avec le médecin coordinateur de zone de l'OFII n'a pas abouti. Seules des données à l'échelle nationale sont disponibles publiquement sur les dossiers Medzo. En 2021, l'OFII répertoriait 4709 déclarations de vulnérabilités de santé parmi 104 190 demandes d'asile déposées en Préfecture, soit environ 4,5% (rapport OFII 2021).

sociales d'hébergement le poids moral et affectif des difficultés d'accompagnement et des décisions de non-orientation ou encore de remise à la rue.

Pour finir, précisons que nous avons également retrouvé un positionnement paradoxal de l'OFII vis-à-vis de la création de places d'hébergements dédiées aux personnes LGBT+. L'entretien avec la direction territoriale a montré le positionnement distancié avec l'évaluation des discriminations que pourraient subir les personnes et justifieraient un hébergement spécifique :

Représentant de la délégation territoriale (DT) : « - Pour les personnes LGBT, y a une association vers laquelle on oriente. À Nantes...euh non pardon pas Nantes c'est Angers. Y a des places pour réfugiés dédiées à l'accueil des personnes LGBT. On reçoit souvent aussi des messages de l'association de Paris là, qui suit les LGBT. Après on ne peut pas marquer cette mention-là dans le DNA ; c'est interdit, il faut faire attention avec ces informations.

Enquêtrice : - ah Oui. Mais du coup ce sont des choses qu'on vous demande maintenant d'identifier...

DT : - Non non. On n'évalue rien. C'est la personne qui fait état ou alors on reçoit de l'association qui les suit, puisqu'ils connaissent les réseaux quand ils sont en France. On reçoit une demande, donc on en déduit qu'il est homosexuel.

Enquêtrice : - Et donc vous l'écrivez sur leur dossier sur le logiciel @DNA ?

DT : - Non non jamais de la vie. C'est faire de la discrimination. Non non, ça ne doit pas apparaître. »

On retrouve ici à nouveau un refus de se positionner comme évaluateur, avec l'argument non pas du secret médical mais celui de l'identité sexuelle et des risques de discriminations associés. Pourtant, comme pour les personnes malades, il s'agit bien de les identifier pour les protéger. Cette posture paradoxale sur le rôle d'évaluateur contribue à invisibiliser l'identité de genre et transférer la charge de l'évaluation des vulnérabilités et des besoins en santé sur les équipes sociales, ou comme cela est suggéré ici, sur les associations qui accompagnent les exilés.

1.2.3. Les limites de la biolégitimité

La problématique de la communication des informations à caractère médical est particulièrement complexe pour les CAES, qui font fonction de sas avant une orientation plus pérenne ou une remise à la rue. Ils sont soumis à la pression du turnover : les personnes qui sont orientées par l'OFII doivent partir rapidement vers leur hébergement, celles qui ne remplissent pas les conditions d'accès au DNA doivent de même quitter rapidement les lieux. Rattrapée par ces enjeux de gestion de flux, et alors que les autres équipes d'hébergement plaident pour une information plus systématique sur les situations de santé des exilés, la responsable du CAES tient un discours en faveur d'une stratégie de dissimulation des problématiques de santé, notamment psychiques, dans le processus d'orientation :

« La problématique qui revient tout le temps pour accueillir les personnes, que ce soit chez nous ou d'autres associations, c'est la prise en charge psychologique et psychiatrique. Ça c'est un énorme problème. Et quand on arrive à faire remonter des problèmes rencontrés...Par exemple quand on a décelé un comportement qui inquiète comme une addiction ou autre - avec nos connaissances car on n'est pas spécialisé là-dedans. Et pour qu'on les décèle il faut quand même qu'elles soient très importantes et apparentes. Quand on arrive à les déceler et qu'on en fait part, que ce soit à l'OFII ou vers les centres d'hébergement où ils vont être accueillis, et bien ça pose soucis et ça porte préjudice aux gens. Par exemple on a eu une personne qui avait quelques comportements agressifs mais qu'on a réussi à rencontrer, qui nous a expliqué qu'elle craignait de partir hors Île-de-France parce qu'elle était cocaïnomanie et héroïnomanie et que sans sa dose elle ne pourrait pas survivre. Du coup, on a décidé de contacter le centre où elle partait pour évoquer son addiction. Mais la directrice a pris peur d'accueillir cette personne là sans équipe sociale sur le centre et a fait

remonter à l'OFII le refus d'accepter cette personne. Donc elle est quand même partie mais, déjà ça a mis à mal son accueil, et l'OFII nous l'a reproché. Ça a été pareil pour une personne qui avait fait une tentative de suicide, qui était dépressive et qui devait être accueillie dans un centre. Quand on a prévenu le centre, les choses se sont mal passées, la personne a été refusée et son transfert annulé. Sa prise en charge a perduré ici le temps de retrouver un centre qui l'acceptait et ça a mis plus d'un mois et demi. Donc à chaque fois qu'on a fait remonter des situations comme ça, où ça aurait permis aux gens d'être mieux pris en charge, finalement ça a causé des soucis. Pour d'autres situations, l'OFII a évité qu'on soit en contact direct avec les autres centres¹³³.

A nouveau, la cheffe de service regrette la stratégie du silence encouragée par l'OFII cherchant à éviter la communication directe entre les CAES et les structures d'hébergement pour prévenir toute situation de résistance à un transfert. Face aux priorités de gestion de flux, le CAES s'est vu reprocher par l'OFII les échecs d'orientation. Ces expériences ont conduit la cheffe de service à partager la position de l'OFII sur la transmission des informations relatives aux situations sanitaires et sociales : *« Il vaut mieux que les autres structures s'aperçoivent elles-mêmes de la problématique plutôt qu'en amont. Parce que sinon elles vont refuser la personne. Donc c'est fou...Mais ça a été le cas »*. Ces situations de refus de soin révèlent le paradoxe d'une évaluation puis dissimulation de la vulnérabilité dans le système d'orientation au sein du DNA, mais également les limites de la biolégitimité dans l'appréhension des problèmes sociaux. Plus précisément elles montrent les limites de l'argument du corps souffrant à transcender d'autres stigmatisations liées à des comportements déviants (Fassin, 2005). Dans le premier exemple évoqué par la cheffe de service, la personne toxicomane dont les comportements sont jugés agressifs, est davantage perçue comme une menace. Le risque sécuritaire a pris le dessus sur une représentation comme personne vulnérable, aux besoins d'accompagnement renforcés. L'argument est aussi le manque de moyens pour proposer un accueil adapté, en l'occurrence l'absence d'équipe sociale sur place. Le second exemple d'une personne ayant fait une tentative de suicide renvoie moins à la perception des risques sécuritaires qu'aux difficultés que représente l'accueil de personnes souffrant de troubles dépressifs dans des structures d'hébergement collectives, là encore dans un contexte où l'accès aux soins est extrêmement limité. Nous reviendrons dans le chapitre 6 sur l'impuissance particulière des équipes dans l'accompagnement de personnes présentant des problèmes de santé psychique.

Si l'impuissance des équipes dans la gestion des problèmes de santé psychique prend le pas sur la « raison humanitaire » (Fassin, 2001a), l'état de santé demeure néanmoins l'un des arguments centraux dans les négociations des situations individuelles avec l'OFII, notamment concernant la gestion des « remises à la rue ». Au CAES par exemple, la santé peut permettre de faire valoir une prolongation d'hébergement de quelques jours jusqu'à un examen ou une consultation médicale hospitalière qui aurait été programmé. C'est ce dont témoigne par exemple la trajectoire de recours aux soins de Mr. C. Mr. C a effectué sa première consultation médicale à l'infirmerie du CAES, en septembre 2020, soit plus d'un an après son arrivée sur le territoire. Le médecin apprend qu'il est atteint d'une hépatite virale, et lui programme une consultation auprès d'un infectiologue de l'hôpital de secteur. Alors qu'il devait partir au bout de deux jours (en situation de deuxième demande donc non éligible à un hébergement), la programmation du rendez-vous médical a permis à l'équipe sociale de négocier auprès de l'OFII qu'il reste au centre jusqu'à sa consultation. Mr. C. est finalement resté 20 jours au CAES. Dans les structures d'hébergement plus pérennes également, l'argument sanitaire peut

¹³³ Entretien avec la cheffe de service du CAES, mars 2020.

être privilégié pour justifier de ne pas mettre fin à l'hébergement d'une personne censée être en « fin de prise en charge » par l'OFII, à l'image de cette situation discutée par deux membres d'une équipe sociale :

Cheffe de service : « La grosse difficulté c'est pour ceux qui sont déboutés, qui se retrouvent à la rue. Ceux-là, ils n'ont plus rien ; que ça soit un grave problème psychologique ou somatique. Là on a un homme qui clairement risque ses jours, il va mourir si on le remet à la rue ; et on n'a aucune solution.

Enquêtrice : - Et du coup vous le gardez ici ?

Cheffe de service : - C'est ça, on le garde pour l'instant, en espérant que la Préfecture n'envoie pas la police car il est débouté et n'a plus rien à faire chez nous.

Intervenante sociale : - C'est une personne que j'accompagne, il est débouté du droit d'asile. Actuellement j'ai quelques idées en tête, dans son cas comme il a beaucoup de documents médicaux qui attestent de problèmes de santé, donc ça pourrait éventuellement étoffer son dossier pour faire un recours devant le conseil d'État. Parce qu'il y a cette possibilité là en derniers recours, mais il faut que le dossier soit conséquent. Y aurait aussi la possibilité de voir un médecin légiste pour attester de ses coups et blessures et faire le lien avec son état de santé actuel. [...] Donc ça ce sont des solutions qu'on peut essayer de mettre en place par rapport à la demande d'asile mais je sais pas ce que ça va donner. Mais vu sa situation je préfère tout tenter, me dire que j'ai tout tenté. Et y a peut-être une déclaration de handicap à faire, se mettre en lien avec les médecins pour voir s'ils ont des solutions à proposer. Mais en attendant on prend sur nous, sur le fait qu'heureusement on n'a pas des visites en permanence de la police pour nous sortir les gens. Donc ça c'est difficile à gérer, déjà pour les personnes évidemment mais pour nous aussi parce qu'on se retrouve vraiment démunis. »¹³⁴

L'ensemble des équipes gestionnaires du centre du DNA interrogées ont expliqué refuser d'effectuer des « remises à la rue » pour les déboutés mais aussi les réfugiés lorsqu'une solution d'hébergement même provisoire n'est pas trouvée. Cela signifie donc résister contre les injonctions de « fin de prise en charge » de l'OFII en ne déclarant pas la place libre sur le logiciel du @DNA. Mais à l'image du témoignage ci-dessus, il s'agit d'une posture de résistance passive : espérer que l'OFII ne déclenche pas avec la Préfecture une procédure de contrôle et d'expulsion. L'absence de procédure automatique et systématique d'expulsion permet aux équipes une marge de manœuvre dans l'accompagnement des personnes qui ne sont plus censées être en structure d'hébergement avec l'enjeu de « temporiser » « d'endormir l'OFII »¹³⁵ le temps de rechercher une solution. L'explication de l'intervenante sociale témoigne alors parallèlement d'une posture exploratoire pour tenter des recours aux décisions de l'OFII. Exploratoire car ce sont des démarches administratives que les intervenants sociaux connaissent peu et surtout sont très incertaines. Cette perspective de « tout tenter » pour ne pas regretter révèle aussi comment le sentiment d'impuissance face aux politiques migratoires est susceptible de générer de la culpabilité.

Les différentes situations remontées par les équipes sociales d'hébergement dans cette partie montrent comment les problématiques de santé font ressortir les rapports de force entre l'OFII et les dispositifs d'hébergement dans la mise en œuvre de la mission d'hébergement par l'OFII. Les moyens pour faire remonter « par le bas » les situations d'accueil inadaptées ne fonctionnent pas. Au contraire il apparaît que l'OFII tente d'imposer aux équipes des accueils dans des conditions d'hébergement inadaptées. Bien que la santé demeure un argument pour reporter les fins d'hébergement, la résistance à l'accueil de certaines situations témoigne des limites de légitimité du corps souffrant dans l'accès à

¹³⁴ Entretien avec l'équipe sociale commune des CH4-5, août 2021.

¹³⁵ Termes utilisés par des membres d'équipes sociales en entretien.

l'hébergement. Concernant en particulier les personnes souffrant de troubles d'ordre psychiatrique et psychologique, les conditions très peu adaptées à l'accueil et le manque de moyens dans l'accompagnement font prévaloir les représentations sécuritaires sur les enjeux de protection individuelle des personnes vulnérables. In fine, la communication autour de la situation sanitaire des personnes conduit davantage à porter préjudice aux individus concernés. Dans la suite de ce chapitre nous allons poursuivre cette analyse de l'accueil et la prise en charge des besoins de santé en explorant la manière dont les équipes d'hébergement social, et à l'échelle individuelle les professionnels qui les composent, s'approprient et mettent en œuvre la mission d'accompagnement vers le soin qui leur incombe.

2. L'accompagnement dans l'accès aux soins comme mission de l'hébergement social

La sanitarisation de l'accès à l'hébergement social interroge les capacités des équipes à répondre aux besoins de soins que supposent les situations de vulnérabilité sanitaire des personnes accueillies. L'accompagnement vers les soins fait partie des missions centrales qui incombent aux structures d'hébergement social, celles du DNA comme celles de droit commun. Cette mission englobe l'accompagnement dans les démarches d'ouverture des droits à une couverture sociale (PUMA ou AME), l'information sur le fonctionnement du système de santé, la diffusion des règles de prévention en matière sanitaire et l'accompagnement dans l'accès aux services de santé par la mise en relation avec les services adaptés. Les cahiers des charges des centres du DNA ont néanmoins certaines spécificités. Concernant l'accompagnement dans le recours primaire aux soins, les CADA et HUDA sont censés organiser, dès l'admission des hébergés, une visite médicale systématique dans le cadre du « parcours santé migrant ». C'est cette visite médicale que le Plan Vulnérabilité envisage de transférer à l'OFII. En outre, davantage que pour les centres d'hébergement de droit commun (CHRS, CHU), les cahiers des charges des CADA et HUDA insistent particulièrement sur l'accompagnement et l'orientation en matière de santé psychique et la prise en charge des traumatismes¹³⁶. Cette seconde partie explore les conditions de la mise en œuvre de cette mission d'accompagnement vers les soins. En nous appuyant sur l'enquête menée auprès des équipes sociales en structures d'hébergement, nous montrerons comment l'accompagnement médico-social est un enjeu complexe de division du travail social, reposant sur l'organisation interne des équipes et les dynamiques partenariales avec des acteurs plus spécialisés venant en appui dans cette mission. Alors que la santé constitue un savoir profane pour les professionnels du travail social, cette mission bouscule leurs champs de compétence et leur ethos professionnels.

2.1. Une question de division sociale et spatiale du travail

L'accompagnement vers les soins en structure d'hébergement social regroupe plusieurs tâches : les démarches administratives de recours à une protection sociale, la recherche de médecins et la coordination du parcours de soins (prendre des rendez-vous vers un professionnel, trouver un infirmier pour des soins réguliers...) mais aussi, selon les besoins, les situations l'accompagnement physique des personnes à un rendez-vous médical, l'interprétariat en santé, la récupération de médicaments ou

¹³⁶ Voir l'arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des lieux d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile et l'arrêté du 19 juin 2019 relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile

encore l'accompagnement des personnes dans leur prise de traitement. Au regard de cette diversité de tâches, la mise en œuvre de la mission d'accompagnement sanitaire dans l'hébergement social est apparue comme un enjeu de division sociale et spatiale du travail au sein des équipes, selon les ressources humaines des équipes et leur organisation.

2.1.1. La santé en structure d'hébergement, une question d'organisation de l'espace

L'adaptabilité aux problèmes de santé des exilés et la possibilité de proposer un cadre favorable au bien-être et à la santé est d'abord une question d'organisation de l'espace. Par organisation de l'espace nous entendons notamment son accessibilité, non pas seulement territoriale, mais au sens de son adaptabilité aux personnes en situation de handicap. Alors que l'un des seuls critères de « vulnérabilité » réellement évalué par l'OFII sont les situations de handicap physique, comme évoqué plus haut il n'y a pas de structures PMR dans le DNA sur le département. Parmi les structures enquêtées, seul le CHU a un accès PMR, seulement depuis 2019. La délégation territoriale de l'OFII comme des professionnels des équipes ont pointé ce manque sur le département et les difficultés d'accueil que cela engendre. En pratique, ce sont les structures qui ont des chambres en rez-de-chaussée qui sont sollicitées pour accueillir des personnes en situation de mobilité réduite. À l'instar d'exemples évoqués plus haut (1.2.2), plusieurs centres du territoire ont été amenés à accueillir des personnes à mobilité réduite sans chambre adaptée, souvent sur le seul critère de posséder une chambre au rez-de chaussée. Ces accueils ont alors posé d'importantes difficultés pour l'organisation du quotidien, notamment l'accès aux sanitaires et à la cuisine, des personnes accompagnées.

Un autre enjeu lié à l'organisation de l'espace est celui de l'intimité résidentielle. « Ce qui fait intimité est ce que je peux mettre à l'abri de l'autre et ne partager qu'avec un cercle très restreint, parfois qu'avec moi-même » écrit Céline Louvet (2018). Nous entendons alors par intimité résidentielle la possibilité, dans son espace de vie, de préserver des éléments de sa vie personnelle, que cela soit l'exposition directe de son corps (quand on se repose, se change, se lave...) ou l'exposition indirecte d'éléments personnels, par exemple son état de santé ou ses relations sociales. L'enquête auprès des dispositifs d'hébergement a révélé des différences importantes dans l'organisation de l'hébergement et la possibilité de proposer cette intimité résidentielle. En effet la plupart des CADA et le CHRS proposent une chambre ou un studio par famille tandis que tous les HUDA, le CHU, le PRAHDA proposent des chambres partagées, entre 2 et 6 personnes. C'est d'ailleurs sans doute au niveau des conditions matérielles d'hébergement que les différences entre les dispositifs, entre CADA et HUDA/PRAHDA d'une part, entre les CHRS et CHU d'autre part, sont encore les plus marquées.

La cohabitation dans les chambres partagées constitue d'abord un frein à l'appropriation de l'espace de vie et la constitution d'un chez soi. Parmi les exilés que nous avons rencontrés, plusieurs ont reporté des difficultés d'appropriation de l'espace liée à des difficultés de cohabitation dans des hébergements collectifs. Lorsqu'il fut hébergé (9 mois) dans une chambre partagée avec une autre personne en PRAHDA, Mr B. était mal à l'aise avec son colocataire syrien, ne parlant pas français donc avec qui il ne pouvait communiquer. Dès lors il m'expliqua ne rester dans sa chambre en journée que s'il avait la possibilité de rester seul, et dans le cas contraire passer l'essentiel de son temps dehors. Mais le manque d'intimité est aussi un enjeu de santé, notamment car il peut influencer sur la prise d'un traitement, par exemple quand il s'agit de s'appliquer une crème sur une partie intime du corps, ou lorsque des personnes séropositives se cachent de leurs colocataires ou de leurs hébergeurs.

L'organisation de l'hébergement, et notamment la promiscuité résidentielle, renforce aussi l'exposition aux risques épidémiques. Ce sont dans les centres où la cohabitation est la plus importante, le CAES en particulier mais aussi certains HUDA en chambres partagées, que la problématique des punaises de lits a davantage été évoquée. L'épidémie de COVID-19 a également souligné les enjeux d'organisation de l'espace dans la gestion des risques épidémiques. Comme l'a montré une étude épidémiologique menée dans différents lieux d'hébergement et d'accueil gérés par l'association Médecins Sans Frontières, ce sont bien dans les structures où l'organisation de l'espace impliquait une plus grande promiscuité des habitants, notamment le partage de chambres, cuisines et/ou de sanitaires, que la circulation du virus a été la plus importante (Roederer et al., 2021). La crise sanitaire a posé de nouvelles difficultés en matière de gestion de la cohabitation. L'enjeu de distanciation spatiale a été à la fois plus important mais nécessairement plus complexe à mettre en place pour les centres avec des espaces de cohabitation (chambres, appartements partagés) de plusieurs ménages ou personnes isolées. Les structures n'ont pas toujours pu isoler les cas. Dans les centres avec des chambres partagées, il a fallu transformer des bureaux ou des salles en chambre d'isolement. Au CAES, l'un des trois dortoirs a pendant un temps servi de chambre d'isolement pour des hébergés présentant des symptômes du Covid-19. Cela a supposé de répartir les quelques trente personnes qui l'accueillaient habituellement dans les deux autres dortoirs, renforçant donc la promiscuité. Dans ces structures, les équipes sociales ont aussi rencontré davantage de difficultés à faire respecter les règles de confinement, notamment les limitations des sorties.

L'accessibilité à l'hébergement des personnes en situation de mobilité réduite, l'accès à l'intimité et l'exposition aux risques épidémiques sont ainsi les trois principaux enjeux qui font de l'organisation de l'espace un facteur majeur de l'accès aux soins.

2.1.2. L'accompagnement dans l'accès aux soins, une mission plus ou moins partagée entre différentes professions

La mission d'accompagnement dans les démarches de soin est portée différemment dans les centres selon leur organisation. Enquêter auprès de 11 structures d'hébergement a permis de se rendre compte de la diversité des configurations dans l'organisation de la gestion des centres, y compris pour des dispositifs similaires. L'organisation des différentes équipes est détaillée dans le **tableau 8** ci-dessous. Nous avons inclus dans l'équipe sociale toutes les personnes dédiées à l'accompagnement social et éducatif. Nous avons précisé les centres dotés d'agents hôteliers pour l'organisation du quotidien dans les centres, en revanche nous n'avons pas inclus le personnel en charge de l'entretien technique et du nettoyage des espaces, réalisés pour certains centres par des prestataires extérieurs.

Le point commun à toutes les structures d'hébergement est la coordination par un ou une chef de service, gérant parfois plusieurs dispositifs, et la présence de travailleurs sociaux chargés de l'accompagnement dans les démarches sociales et administratives des hébergées. Nous les désignons ici par le terme de « référents sociaux », pour les distinguer notamment d'autres professionnels du travail social qui complètent certaines équipes avec d'autres missions. En effet, nous avons retrouvé dans trois structures (CH 6, 7 et 11) des postes « d'éducateurs », « animateurs » ou « animateurs-interprètes », définis comme des postes de travailleurs sociaux dédiés à une mission d'animation sociale et/ou d'interprétariat davantage que d'accompagnement social et administratif. La plupart des équipes bénéficient aussi d'agents dits « techniciens » ou « polyvalents » chargés de l'entretien

technique des lieux (réparations...). Certaines équipes sont aussi composées de personnel administratif. La composition des équipes est ensuite dépendante des « prestations » qui sont proposées par l'hébergement et du type d'hébergement, en collectif ou en diffus. Ainsi le CHU, le CAES, l'un des CADA (CH1) qui proposent au hébergés l'accès à des repas mais aussi l'un des HUDA (CH6) sont étayées de personnel dit « hôtelier » ou « d'accueil » qui accompagne les hébergés dans les tâches du quotidien (repas, nettoyage, lessive...) et mobilité. Au CHU et à l'HUDA qui sont installés dans des communes rurales très éloignées des transports en commun, les agents d'accueil assurent un système de navettes quotidiennes et très régulières vers la gare la plus proche. Trois des huit centres en accueil collectif ont par ailleurs du personnel de sécurité en journée et/ou de nuit.

Tableau 8. Composition des équipes sociales des centres d'hébergement enquêtés

ID	Dispositif et mode d'hébergement	Type de places	Places en 2020	Organisation hébergement	Composition de l'équipe sociale (postes en équivalent temps plein)	Ratio places / référents
CH1	CADA, collectif	Familles en majorité + H & F isolés	32	1 ou 2 chambres/famille ou isolé.	0,5 cheffe de service (partagée avec d'autres dispositifs) 1 référente sociale 1 juriste partagée avec d'autres dispositifs	32,0
CH2	CADA, collectif et diffus	Familles en majorité + H & F isolés	70	1 appartement ou chambre /famille ou isolé	1 cheffe de service 4 référents sociaux dont 2 dédiés à la demande d'asile, 1 coordinatrice santé et 1 (mi-temps) aux réfugiés	20,0
CH3	HUDA, diffus	Familles, F & H isolés	119	1 chambre/famille. Isolés en chambres partagées (à 2-3)	1 cheffe de service 4 référents sociaux	29,8
CH4	HUDA, diffus	Hommes isolés	110	Chambres partagées (à 2-4) en appartements	Equipe mutualisée : 1 cheffe de service 8 référents sociaux dont 2,5 dédiés à l'accompagnement des réfugiés	23,3
CH5	HUDA, diffus	Hommes isolés	76			
CH6	HUDA, collectif	Hommes isolés	150	Chambres partagées (à 4 -6)	1 Cheffe de service 5 référents sociaux 2 animateurs-interprètes (+ 10 agents d'accueil)	30
CH7	HUDA, collectif et diffus	Hommes isolés	90 + 44	Chambres partagées (à 2-3)	1 cheffe de service 5 référents sociaux 1 médiateur interprète (+ 5 agents hôtelier)	26,8
CH8	PRAHDA collectif	Hommes isolés	133	Chambres partagées (à 2)	0,5 cheffe de service 3,5 référents sociaux	38,0
CH9	CAES, collectif	Hommes isolés	150	3 dortoirs de 50 places	0,5 cheffe de service ; 4 accompagnants sociaux (pas de suivis individuels) 1 coordinatrice d'agents hôteliers (+ 9 agents hôteliers)	37,5
CH10	CHU, collectif	F & H isolés	125	Chambres partagées (à 2-3)	1 cheffe de service ; 3,5 référents sociaux, 1 coordinatrice des agents hôteliers (+ 10 agents d'accueil et 4 veilleurs de nuit)	35,7
CH11	CHRS, collectif	Familles, F & H isolés	102	1 studio ou chambre / famille ou isolé	0,5 Chef de service ; 3 référents sociaux ; 1 éducatrice jeunes enfants ; 1 animatrice socio-éducative	34,0

I.Siffert, 2023, données de l'enquête de terrain.

Dans toutes les équipes, ce sont bien les référents sociaux qui sont en première ligne de l'accompagnement dans les démarches d'accès aux soins : ils accompagnent les personnes dans les démarches d'accès à une protection sociale et les orientent vers les services de santé selon leurs besoins. Comme nous le reverrons plus loin, les référents sociaux portent un rôle de « coordinateur des soins », par lequel ils centralisent les informations relatives au parcours des soins des personnes et sont généralement les interlocuteurs privilégiés des professionnels de santé ou paramédicaux impliqués dans le soin des hébergés. Dans la plupart des structures d'hébergement social, chaque hébergé a un unique référent qui l'accompagne dans toutes ses démarches sociales et administratives. Parmi les structures enquêtées, un seul centre, le CH 2 (CADA), fait exception à ce partage des tâches avec une travailleuse sociale dédiée essentiellement à l'accompagnement en santé de l'ensemble des hébergés (70) tandis que les trois autres se partagent l'accompagnement administratif dans la procédure d'asile, la scolarisation des enfants et l'accompagnement dans la sortie du dispositif. Ce partage des tâches ne repose pas sur une question de compétences mais relève d'une volonté associative de concentrer les efforts relatifs à l'accompagnement vers les soins et notamment la recherche de partenaires médico-sociaux sur une unique personne. Parmi les 11 centres enquêtés, le nombre de places d'hébergement par référents sociaux (en équivalent temps, ETP) varie entre 20 (CH 2) et 38 (CH 8, PRAHDA). Ce sont les CH 2, 3, 4 (CADA) et les CH 5 et 7 (HUDA) qui ont les taux d'accompagnement les moins importants, avec moins de 30 dossiers par référent (chiffre donné par plusieurs cheffes de service qu'ils essaient de ne pas dépasser), et le CH1 (CADA), le CH6 (HUDA), les CH 8,9,10 (PRAHDA CHU, CHRS), qui ont les taux les plus élevés. Mais en pratique ce taux est une variable complexe à analyser et peu comparable d'une structure à l'autre. Remarquons déjà qu'accompagner 30 personnes dites « isolées » (dans les HUDA et le PRAHDA) ne revient pas à accompagner 30 personnes en couple ou en famille (les CADA, le CHRS et le CHU). Le nombre d'interlocuteurs pour l'accompagnement des familles est réduit et donc l'organisation et le suivi social en partie simplifiés. Cependant, les enfants représentent des démarches administratives particulières (scolarisation, rattachement aux dossiers des parents) mais aussi des besoins sanitaires spécifiques et des partenaires médico-sociaux dédiés (la PMI, la pédiatrie). Surtout, l'interprétation de ce taux d'accompagnement dépend de la possibilité de s'appuyer sur d'autres professionnels dans l'accompagnement social, et notamment l'accès aux soins. Dans le CH1, l'unique référente sociale des 32 hébergés est suppléée par une juriste, qui l'accompagne dans les démarches juridiques liées à la procédure d'asile et notamment les demandes de certificats médicaux. Au CHRS (CH11), les trois référentes sociales qui se partagent l'accompagnement social et administratif des 102 hébergés (réparties en 39 ménages dont 33 familles et 6 isolés) sont aidées par une éducatrice de jeunes enfants et une animatrice socio-éducative qui sont investies dans l'accompagnement social et sanitaire des enfants et notamment les liens avec la PMI. Dans les CH6 et CH7, ce sont les animateurs-interprètes qui sont des ressources particulièrement précieuses dans l'accompagnement médico-social. Ils peuvent être sollicités pour faire de l'interprétariat en consultation par téléphone et surtout pour expliquer des actes de santé ou encore des prises de traitement aux hébergés. Avant sa conversion de CHUM à HUDA en 2019, le CH6 avait un animateur-interprète supplémentaire qui était dédié à l'accompagnement en santé. Celui-ci effectuait non seulement de l'interprétariat mais s'occupait de prendre des rendez-vous pour les hébergés, avait commencé à répertorier des partenaires en santé et pouvait effectuer des accompagnements physiques vers les services de santé. La perte de budget associé au passage en HUDA a conduit à renoncer à ce poste, ce qui a conduit à retransférer l'essentiel de la mission d'accompagnement vers le soin aux

référents sociaux et à limiter les accompagnements physiques vers les services de santé. Dans ces deux HUDA ainsi que dans le CHU, les équipes ont aussi relevé le rôle des agents d'accueil dans l'accompagnement vers les soins. Ces derniers peuvent notamment être sollicités pour effectuer des accompagnements physiques vers des services, en particulier pour l'HUDA et le CHU installés en zone rurale (CH7 et CH10), dont l'accessibilité par les transports en commun est extrêmement compliquée. Par ailleurs, comme l'a souligné une cheffe de service, les agents d'accueil ont aussi « *un rôle éducatif très important* »¹³⁷, concernant notamment l'hygiène : ils distribuent le matériel d'hygiène personnelle et de nettoyage des espaces, montrent aux personnes comment nettoyer, à quoi servent les produits, organisent les plannings de nettoyage des espaces communs par les résidents. Au CHU, la cheffe de service a insisté sur l'engagement de l'ensemble du personnel, les travailleurs sociaux mais aussi les auxiliaires de vie dans la délivrance des traitements des hébergés.

2.1.3. *L'évaluation des besoins en santé, une mission peu institutionnalisée*

D'après leurs cahiers des charges, les CADA et HUDA doivent organiser, dès l'admission des hébergés une visite médicale systématique, dans le cadre du « parcours de santé des migrants »¹³⁸. En pratique, les équipes ont souligné les difficultés à faire effectuer une telle visite au regard de leurs moyens et des ressources sur le territoire et ont aussi remis en question la pertinence de ce type d'intervention.

*« Normalement il nous est demandé de faire faire une visite médicale aux personnes accueillies. Sauf qu'en fait je trouve que la loi n'est pas très claire. Parce que le truc est que chez nous ils arrivent très rarement de la rue. Ils arrivent souvent d'un CAES et donc normalement c'est au premier centre de faire faire la visite médicale. Donc y a des fois où on se disait qu'on savait pas si elle avait été faite parce qu'on a très peu de lien avec les CAES, on va la refaire. Sauf qu'en fait ça fait doublon. D'autres fois on s'est dit 'bon bah il a dû la faire là-bas, en tout cas c'est à eux de le faire' et en fait il ne l'a pas faite. Donc c'est un peu compliqué à ce niveau, et puis on n'a pas toujours, pour le coup, les partenaires disponibles pour faire une visite médicale à 150 personnes quoi. Donc c'est vrai que c'est censé être fait, mais nous on fait un bilan oral avec la personne*¹³⁹.

A l'image des témoignages précédents sur les orientations du CAES (cf. partie 1.2.2), on retrouve l'expression d'un manque de coordination et d'informations concernant les démarches de santé réalisées. J'ai pu me rendre compte que les équipes sociales ne savaient pas toutes que les CAES d'Île-de-France, d'où proviennent la majorité des hébergés, bénéficient de permanences très régulières d'une équipe mobile d'infirmières et de consultations d'un médecin de PASS. Comme évoqué ici, dans la plupart des centres, l'accès à la santé ne fait pas l'objet d'une procédure d'accueil particulière mais plutôt d'un « bilan oral » lors du premier entretien social. Du côté du CAES, l'équipe a une procédure d'accueil collective au cours de laquelle elle présente le fonctionnement du lieu (règlement, horaires, personnel...) et notamment les interventions pluri-hebdomadaires de l'équipe mobile et du médecin. Le CH2 (CADA) fait là encore un peu exception en proposant très rapidement aux nouveaux arrivants un rendez-vous dédié avec la « référente santé ». Ce rendez-vous permet de faire le point sur les démarches, exposer comment fonctionne le système de santé et propose un bilan de santé. Le CADA a mis en place un partenariat étroit avec l'un des RDS du territoire pour proposer à ses nouveaux arrivants non couverts par la sécurité sociale un bilan de santé global. Pour les nouveaux

¹³⁷ Cheffe de service du CH7, décembre 2021

¹³⁸ Arrêté du 19 juin 2019 relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile.

¹³⁹ Cheffe de service du CH6, avril 2020

hébergés déjà couverts par la sécurité sociale, la référente santé propose la possibilité de faire un bilan de santé dans un centre à proximité. Une autre exception est le CHU qui porte un projet d'établissement spécifiquement médico-social. Différent d'un centre d'hébergement médicalisé, le CHU enquêté se définit comme spécialisé dans l'accueil de personnes en situation d'addiction et/ou de troubles psychiatriques non stabilisés. Comme l'a expliqué la cheffe de service, cette spécialisation ne repose pas sur un dispositif dédié et encore moins sur une équipe professionnelle médicalisée, mais sur un projet d'établissement et un éthos professionnel institutionnel.

Enquêtrice : - *Comment ça se fait cette spécificité ?*

Cheffe de service : - *Parce qu'on sait faire (rire). Pas parce qu'on a du personnel qui serait en capacité, non non j'ai pas d'infirmière, pas de médecin, j'ai rien de tout ça. Mais juste que mon directeur et moi on vient de l'addicto, donc de toutes les manières on était sur un modèle de prise en charge ouverte au public addicto, et les troubles psy. On essaye d'inventer des choses un peu sorties de nulle part. On a une prise en charge un peu atypique où on tolère les consommations, on est sur la réduction des risques, on fournit du matériel d'injection ; on garde les bouteilles pour les plus en difficulté et ils viennent les récupérer au fur et à mesure de la journée. Voilà pour les aider à gérer leur conso. Sur les troubles psy, même si ça met du temps on essaye d'accompagner aux injections, on a créé une pharmacie pour leur délivrer leur traitement, sur leur bon vouloir, dans la libre adhésion, pour éviter soit qu'ils prennent tout d'un coup ou qu'ils arrêtent leur traitement brutalement. Donc voilà.*

Enquêtrice : - *D'accord, et c'est une spécialisation qui a existé dès le début ?*

Cheffe de service : - *Oui oui c'était dans le projet d'établissement, ça a toujours été notre volonté. En tout cas pour les toxicos, après les troubles psy c'est venu au fur et à mesure. C'est le SIAO qui a dit, bah tiens c'est bizarre, chez vous ceux qui se font exclure de partout, ça tient. Donc ça s'est fait naturellement. Alors que l'addicto on l'a crié haut et fort, c'était voulu »¹⁴⁰.*

On retrouve bien ici la définition d'un éthos professionnel entendu comme « un système de valeurs, croyances et normes qui constituent un cadre de référence de la pratique professionnelle » (Jorro, 2013). Dans le cas de ce centre, cet éthos est guidé par la tolérance vis-à-vis de la consommation de drogues et d'alcool, qui est en effet une valeur et norme à contre-courant de la plupart des structures d'hébergement social. L'équipe du centre a aussi revendiqué la valeur d'inconditionnalité, en opposition aux pratiques de tri observées dans l'hébergement, y compris d'urgence :

« On récupère les incasables [rires]. Parce que la réalité du terrain fait qu'on devrait être dans un accueil inconditionnel mais qu'en pratique ce n'est pas vrai. Les structures font du tri et tout ce qui va être addiction ou trouble psy non stabilisé ; les structures n'en veulent pas. Parce qu'effectivement ça peut faire du dégât sur un gros collectif... »¹⁴¹

En pratique, le centre récupère beaucoup d'orientations par le SIAO (service intégré d'accueil et d'orientation) de personnes qui ont été refusées ou dont l'accueil a été interrompu ailleurs du fait de leurs troubles addictifs et psychiques. Sur la période hivernale, il a également été amené à accueillir des personnes en situation d'addiction évacuées de campements parisiens : *« des crackers de Stalingrad dont personne ne voulait [...] Du jour au lendemain on a transformé des salles d'activité en dortoirs. Ah bah nous, on est rock'n'roll.. Mais on aime bien faire des trucs comme ça, on est du vrai inconditionnel »¹⁴²*. Les professionnels ont beaucoup revendiqué leur goût et capacité à s'écarter des pratiques normatives de l'accompagnement social, « sortir des trucs de nulle part », pour s'adapter et répondre aux situations complexes des hébergés. Une référente sociale a par exemple expliqué avoir

¹⁴⁰ Entretien avec la cheffe de service du CH10, septembre 2020.

¹⁴¹ Référente sociale et coordinatrice de l'équipe des agents d'accueil au CH10, septembre 2020.

¹⁴² Cheffe de service du CH10, septembre 2020.

déjà proposé à des hébergés ayant des difficultés à gérer/contrôler leur sexualité de les accompagner à un sex shop. « *Voilà c'est des choses qui se font peut-être pas ailleurs mais moi je vais aller avec lui et l'accompagner là-dessus...on essaye d'innover* »¹⁴³.

Comme l'a souligné l'une des membres de l'équipe sociale, cet ethos particulier adapté aux personnes en situation d'addiction a surtout été porté/impulsé par la cheffe de service (dédiée au centre) et le directeur (qui gère plusieurs dispositifs de l'association) : « *C'est vraiment la direction, qui a pris l'ouverture de la structure et qui a créé son équipe, qui a essayé de cultiver cet esprit-là. Je pense que tout vient de la direction* »¹⁴⁴. On retrouve des figures d'entrepreneurs de causes et passeurs locaux de normes à l'origine de dynamiques institutionnelles locales, ici dans le champ du travail social. Ainsi, la cheffe de service a insisté sur l'implication de toute l'équipe dans l'accompagnement des hébergés dans la gestion de leurs addictions. Notamment tous les agents hôteliers et référents sociaux sont formés et impliqués à la délivrance des traitements des hébergés :

*« Avant qu'on ait la préparatrice en pharmacie, c'était les AVS [auxiliaires de vie sociale] qui préparaient les traitements avec les résidents et la totalité de l'équipe délivre les traitements, que ce soit le midi ou le soir, les AVS, les éduc. À partir du moment où ils sont dans le pilulier. Ici tout le monde est mis à contribution pour la gestion des traitements. »*¹⁴⁵

Si l'équipe n'est pas médicalisée, cette dynamique institutionnelle repose sur la taille importante de l'équipe gestionnaire et son fonctionnement en présence continue. L'équipe gestionnaire salariée est composée d'1 cheffe de service, 4 référents sociaux (3,5 ETP), 10 auxiliaires de vie sociale (AVS) dont 2 en « renforcement Covid », 1 coordinatrice de l'équipe sociale et des AVS, 4 veilleurs de nuit, 1 agent technique, 1 agent d'entretien. Le centre fonctionne tel un internat : les référents sociaux, les AVS et les veilleurs de nuit assurent un roulement pour être présents 7 jours sur 7 (les deux premiers entre 8h et 22h et les veilleurs entre 22h et 8h). Ce centre qui accueille 125 places a un taux d'accompagnement social assez élevé (35,7 suivis/référent social en moyenne) mais le nombre total de professionnels dans l'équipe est très haut (21,5 ETP pour 125 personnes) par rapport aux autres équipes enquêtées.

Ainsi l'analyse des organisations des équipes sociales montre que l'accompagnement dans l'accès aux soins ne fait pas l'objet de la même division sociale du travail selon les centres. Rarement (ici le cas du CH2), elle peut être concentrée sur un professionnel. Sinon, selon les ressources, les différentes tâches de la mission sont réparties entre les professionnels. Néanmoins ce sont les référents sociaux qui demeurent les principaux porteurs de cette mission en assumant la coordination médico-sociale dans le parcours des exilés dans le service de santé. Nous allons voir que cette mission aux contours variables, et qui suppose un certain nombre de connaissances techniques, pose alors à ces derniers des difficultés de positionnement.

¹⁴³ Référente sociale du CH10, septembre 2020.

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ Cheffe de service du CH10, septembre 2020.

2.2. « On n'est pas médecin ». L'accompagnement dans l'accès aux soins comme enjeu de positionnement des professionnels de l'hébergement

La mission d'accompagnement à la santé des exilés portée par les équipes sociales d'hébergement a des traits communs avec celle des acteurs médico-sociaux, notamment concernant les pratiques d'orientation vers la médecine de ville que nous explorerons dans le chapitre suivant. Ce sont cependant des professionnels du champ de la santé sociale aux socialisations et positions bien différentes. Alors qu'ils sont confrontés en première ligne aux besoins sanitaires des exilés et souvent placés en figure de coordinateur des démarches de recours au soin, leur compétence professionnelle non spécialisée en santé les expose particulièrement à des difficultés de positionnement dans cette mission d'accompagnement.

2.2.1. La santé, un savoir profane pour les accompagnants sociaux

Quand ils avaient un diplôme du travail social, les professionnels rencontrés occupant les postes de référents sociaux étaient diplômés essentiellement des formations d'assistant social, de conseiller en économie sociale et familiale (CESF) ou d'éducateur spécialisé¹⁴⁶. Par ces diplômes, ils sont formés à l'accompagnement social dans le système de santé (accès aux droits à la santé, connaissance des institutions et dispositifs) mais ne sont pas formés à la prise en charge des problèmes de santé. La santé, notamment sa dimension clinique, demeure essentiellement pour eux un savoir profane, entendu ici en opposition aux savoirs « experts » ou « savants » apportés généralement par la formation académique et l'expérience professionnelle.

Ce savoir profane varie selon les individus, dans la mesure où il s'est plus ou moins construit et étayé via d'autres socialisations, dans des contextes personnels comme professionnels, au contact de problématiques et professionnels de santé. Plusieurs travailleurs sociaux ont notamment valorisé leurs expériences antérieures dans des établissements médico-sociaux (EHPAD, maisons d'accueil et foyers médicalisés pour personnes en situation de handicap, CSAPA...) où ils ont été confrontés et donc acculturés à l'accompagnement de pathologies chroniques et handicaps physiques et psychologiques importants. Dans ces expériences, ils ont souvent été dans des équipes médicalisées. À l'inverse d'autres ont pu exprimer une certaine distance par rapport aux problématiques et acteurs de la santé. Par exemple, paradoxalement celle qui occupe le poste de référente santé du CH2, a exprimé une certaine défiance de la sphère biomédicale dans sa vie personnelle, soulignant alors une nécessaire différenciation entre sa vie « perso » et « pro » :

« Moi en fait je suis un peu anti-vaccin, je suis pas trop médecin, j'ai pas de médecin traitant moi-même, je suis plus à travailler par les plantes etc...(rire) mais ça c'est côté perso. Et en fait côté pro, le fait de me mettre sur ce poste je vois très bien à quel point la non prise en charge des problématiques de santé peut être un frein à l'insertion, et à une vie..., on ne va pas dire paisible car ça reste des demandeurs d'asile et qu'il y a tout un tas de bagages derrière, ...mais je vois bien à quel point la santé peut être quelque chose qui fait sortir la tête de l'eau. Et au final, je m'y plais, même si ça vient taper un peu sur certaines convictions personnelles. »¹⁴⁷

¹⁴⁶ Nous n'avons pas l'information pour tous les référents sociaux des équipes donc nous ne pouvons pas présenter de statistiques.

¹⁴⁷ Référente sociale « santé » au CH2, février 2021.

La référente sociale suggère ici les contradictions que peuvent engendrer les représentations personnelles et la mission professionnelle, dans un contexte où les injonctions sur l'accompagnement sanitaire ont été particulièrement fortes. En effet, nous l'avons interrogée en février 2021 alors que commençaient à peine les campagnes de vaccination contre le Covid-19. Au regard des risques épidémiques accrus dans les structures d'hébergement collectives évoqués plus haut, les équipes sociales de centres d'hébergement ont été missionnées par l'ARS d'orienter et encourager les hébergés à se rendre en centres de vaccination ou à participer aux actions de vaccinations effectuées par des équipes mobiles. En s'auto-définissant comme « anti-vaccin », la professionnelle se repositionne spontanément dans le débat public qui traversait la société au moment de la mise en œuvre du pass vaccinal et suggère alors les injonctions contradictoires que l'accompagnement sanitaire des exilés sur cette période a entraînés.

2.2.2. Aider à « prendre soin » autrement

Si la santé demeure un savoir profane pour les référents sociaux, beaucoup ont néanmoins valorisé la possibilité de « prendre soin autrement » notamment par des activités culturelles, sportives, de bien-être. Ces activités visent à « remettre les personnes sur pied »¹⁴⁸, « travailler l'estime de soi »¹⁴⁹. On retrouve ce positionnement traditionnel des travailleurs sociaux comme représentants du travail du *care*, en opposition au travail du *cure* porté par le corps médical. Généralement à l'initiative des équipes sociales elles peuvent reposer sur l'intervention de bénévoles ou de partenaires extérieurs. Le CH10 a ainsi évoqué des ateliers cosmétiques ainsi qu'un atelier yoga animé par une bénévole régulièrement. Le CH1 avait fait venir une entreprise spécialisée dans la vente de cosmétiques pour faire des soins individuels aux résidents. Le CH2 est particulièrement porteur d'activités culturelles : atelier chorale hebdomadaire, atelier potager, ateliers plus ponctuels d'écriture et de slam, tous coanimés par des bénévoles. Dans le CH7, les travailleurs sociaux organisent des ateliers collectifs ponctuels sur des thèmes de la vie quotidienne (cuisine, réalisation de produits ménagers) sur le site principal ou même lors de visites à domicile pour les personnes qui sont passées en hébergement diffus. Ces activités sont vues comme des temps éducatifs mais aussi de convivialité qui permettent d'enrichir la relation d'aide, « faire des choses en dehors de l'administratif »¹⁵⁰. Ils répondent aussi à une ambition de lutter contre l'ennui et l'attente dans les structures d'hébergement, problématiques bien décrites par la sociologie (Kobelinsky, 2010) et rappelées par les personnes exilées interrogées comme par les équipes :

« On essaye vraiment d'ouvrir un maximum sur l'extérieur parce que pendant la demande d'asile les personnes ne peuvent pas travailler et c'est très pesant. C'est très pesant d'attendre, d'attendre quand on est convoqué, d'attendre la décision, puis faire un recours. Et en fait à part parler de la santé et la scolarisation des enfants, y a rien. Donc il faut faire des activités sinon les gens dépriment, puis tout ce qu'il y a dans la tête lié au parcours... »¹⁵¹.

Certains travailleurs sociaux ont aussi valorisé des espaces-temps non institutionnalisés pour aborder des enjeux de prévention et les questions de santé :

¹⁴⁸ Cheffe de service du CH10, septembre 2020

¹⁴⁹ Cheffe de service du CH7, novembre 2020

¹⁵⁰ *Ibid.*

¹⁵¹ Référente sociale « santé » au CH2, février 2021

« On n'a pas d'atelier de prévention ou ce genre de choses mais on va beaucoup discuter avec les résidents de choses et d'autres. Par exemple à un moment donné y avait énormément de jeunes sur la structure, et je me suis souvent vue dans mon bureau avec 5-6 jeunes de 20h à 22h à parler de sexe, de drogues... On amène les sujets comme on pourrait le faire avec nos enfants. Ce sont des choses qui se font assez naturellement, je pense aussi selon la personnalité de chacun. Les résidents identifient aussi avec qui ils peuvent parler de certaines choses, avec qui ils peuvent parler d'autres choses...voilà »¹⁵².

On retrouve ici la mise en avant d'une posture éducative, tout en maintenant un espace informel et spontané, familial. Plus que les compétences techniques et savantes et les cadres institutionnels, la référente sociale valorise ici les compétences relationnelles, qui participent directement de la liaison entre soigner et prendre soin. Néanmoins, comme la référente sociale le souligne elle-même, la possibilité de tels échanges dépend beaucoup des possibilités des professionnels à construire des tels espaces plus informels et s'écarter de leur posture de référent dans les démarches sociales et administratives. En l'occurrence le cas du CHU est assez spécifique puisqu'il repose sur un projet d'établissement à vocation médico-sociale.

2.2.3. Une position de coordinateur des soins mal vécue par les référents sociaux

Comme l'indique le terme de « référent », les professionnels des équipes sociales qui accompagnent les hébergés dans leurs démarches sociales et administratives endossent un rôle d'intermédiaire entre les exilés et l'ensemble des partenaires (guichets administratifs, écoles...), dont notamment les professionnels de santé. Bien souvent, ces derniers contactent les travailleurs sociaux pour organiser le parcours de soins, planifier les rendez-vous médicaux des patients hébergés, ou encore négocier les conditions d'orientation et de prise en charge des hébergés (cf. Chapitre 8). Cette intermédiation pose la question de l'autonomisation des personnes dans leurs démarches de soins et participe à rajouter du travail de coordination aux accompagnants sociaux. Mais, surtout, ce rôle de coordinateur du parcours de soin est une place moins négociée qu'assignée par les professionnels de santé, et dans laquelle tous les travailleurs sociaux ne sont pas nécessairement à l'aise. Des professionnels ont exprimé des questionnements pratiques et déontologiques face à certaines situations médicales ainsi qu'aux demandes de soignants qu'ils s'impliquent davantage dans l'accompagnement médical des hébergés. Cette position d'intermédiaire façonne et complexifie les relations à la fois avec les exilés, et avec les partenaires.

Concernant la relation avec les exilés, les difficultés portent sur la communication de l'information médicale. Ainsi une cheffe de service a insisté sur les difficultés pour expliquer à des hébergés des actes et examens médicaux qu'ils doivent réaliser, en particulier quand cela concerne des parties intimes du corps. *« Et le problème, ça c'est un gros gros point c'est ce problème de communication qu'on va avoir au niveau des travailleurs sociaux pour expliquer un acte médical. On se retrouve dans des situations parfois très cocasses où à la fin on peut en rire mais bon... Par exemple si on doit expliquer à un monsieur qu'il a un examen des selles à faire. Moi à chaque fois qu'il a fallu expliquer des examens là, si la personne parle arabe j'appelle tout de suite mon collègue mais lui il est quand même gêné d'expliquer, parce qu'on n'a pas la même culture médicale non plus...c'est compliqué et*

¹⁵² Référente sociale et coordinatrice de l'équipe des agents d'accueil au CHU, depuis l'ouverture du centre (2014), septembre 2020

puis ils comprennent pas pourquoi il faut faire ça....Les examens des selles c'est assez régulier »¹⁵³. Dans cet exemple se superposent la dimension technique de l'explication d'un examen médical et de ses enjeux, l'inconfort lié à l'impression de s'immiscer dans l'intimité des individus, et des obstacles linguistiques et culturels à la communication en santé. Elle nous renvoie aux limites de leur savoir profane, notamment concernant le vocabulaire et des techniques extrêmement spécifiques et techniques.

Avec les professionnels de santé se joue également un enjeu de communication, pour traduire correctement les demandes et les besoins des patients. Ainsi une professionnelle a fait part de difficultés dans l'écriture de courriers d'orientations à destination des médecins dans lesquels les travailleurs sociaux sont censés rendre compte du motif de consultation des patients non-francophones :

« Ce qui a été convenu avec la maison de santé à côté, c'est que quand le gars ne parle pas français, on fait une lettre pour leur dire où il a mal. Mais c'est pareil c'est compliqué parce que nous on n'est pas docteur donc si tu nous dis pas les infos que tu as besoin de savoir, on va pas pouvoir te les écrire. On leur a demandé s'ils voulaient qu'on travaille sur une fiche type disant concrètement ce qu'ils ont besoin de savoir en primo-consultation. Forcément on n'est pas docteur. Ils n'ont pas souhaité, ils n'ont rien fait sur ça donc nous bah on fait une lettre, on demande au gars « t'as mal où, depuis quand ? ». Mais c'est tout moi ça se limite à ça, je veux pas écrire des bêtises. C'est compliqué de travailler là-dessus tout seul parce qu'on n'est pas médecins. »¹⁵⁴

Cet extrait illustre une négociation entre professionnels de santé et travailleurs sociaux qui n'a pas complètement abouti, en tout cas du point de vue du travailleur social. Le refus des médecins de proposer une fiche type place la référente dans une difficulté professionnelle au regard de la demande qui lui a été tacitement confiée. Le manque de connaissances techniques en santé peut alimenter un sentiment d'illégitimité à travers la peur de mal faire, de ne pas transmettre correctement les informations au risque d'influencer à tort le diagnostic du médecin. Cet inconfort peut se poursuivre dans la suite du parcours de soin et la mise en œuvre des prescriptions, par exemple dans l'accompagnement à la prise du traitement ou la prise de rendez-vous pour des examens : *« Parfois je dois prendre des rendez-vous pour des examens ou des prélèvements au laboratoire, j'ai aucune idée de ce que c'est, j'appelle le laboratoire je lis ce qu'il y a écrit mais j'ai peur de dire des bêtises »¹⁵⁵* Ici la référente sociale craint les répercussions sur le parcours de soins du patient.

Comme le montre l'extrait d'entretien collectif ci-dessous, selon les tâches et les demandes des médecins, la délégation de tâche est susceptible d'alimenter des frustrations professionnelles et un sentiment de dépassement de fonction, de déplacement contraint des frontières professionnelles.

Cheffe de service CADA-HUDA : « - Notre collègue qui n'est pas là aujourd'hui ; elle a deux suivis où ce sont des orientations qui ont été faites par des médecins d'ici, des spécialistes qui exigent des accompagnements. Et on ne peut plus bouger à ce moment-là et ça nous place sous une forme d'obligation qui n'est pas facile à gérer dans le quotidien des travailleurs sociaux. C'est du temps monstre passé. Et puis expliquer, reprendre les choses ça met à une place qui n'est pas la nôtre je trouve. D'abord sur le plan de l'intimité et la confidentialité, et puis sur les explications : on n'est pas infirmières ni médecins. Je trouve que ça donne une responsabilité à des professionnels où ça ne devrait pas.

¹⁵³ Cheffe de service du CH7, auparavant coordinatrice sociale, présente depuis l'ouverture du centre (2015), décembre 2021.

¹⁵⁴ Référente sociale au CH6, avril 2020.

¹⁵⁵ Référente sociale dans l'équipe commune du CH4-5, juillet 2021.

Enquêtrice : - *Parce que du coup vous avez l'impression que les médecins vous prennent pour des médiateurs ?*

Référente sociale 1 : - *Oui. Et même au-delà d'être médiateurs, ils s'appuient sur nous pour qu'il y ait une bonne organisation du suivi médical. Comme si nous on était garants de ce suivi. Alors qu'on est que social, on n'est pas médical quoi. Je sais que parfois pour des prises de rendez-vous, pour des radios ou des examens notamment, moi je sais pas ce que c'est. Donc je demande à mon interlocutrice. Moi qui suis pas médical sur le plan privé, ça vient poser des complications sur le plan professionnel.*

Référente sociale 2 : - *Moi ça m'est arrivé qu'un médecin me dise, 'oh vous n'avez pas rempli une fiche avec toutes les questions'. J'avais envie de lui dire que c'était son taff; que j'allais pas faire son travail à sa place »¹⁵⁶*

L'intermédiation forcée dans la coordination des parcours de soins génère des inconforts au regard du manque de compétences et de légitimité exprimé par les travailleurs sociaux. On retrouve ici également l'expression d'un sentiment de subordination des travailleurs sociaux aux demandes des médecins, qu'ils ne parviennent à refuser ou contester. Nécessairement ce rôle d'intermédiaire n'est pas vécu de la même façon selon les rapports des professionnels avec le milieu médical. Ci-dessus la référente sociale met en relation cet inconfort qu'elle ressent avec son propre manque d'intérêt et ses connaissances profanes sur les questions de santé (« *moi qui suis pas médical sur le plan privé* »).

2.2.4. *Coordonner le parcours de soins sans lever le secret médical : une injonction paradoxale*

Un autre frein majeur soulevé par les professionnels dans la coordination du parcours de soins des patients est celui du secret médical, vécu de façon paradoxale dans ce processus d'intermédiation des travailleurs sociaux dans l'accompagnement vers le soin. Alors même qu'ils sont sollicités pour s'impliquer davantage dans les parcours de soin des patients, le secret médical ralentit voire empêche leur accès à l'information et donc complique la coordination médico-sociale :

« C'est compliqué car on essaye de leur [= les professionnels de santé] faciliter la tâche et le lien mais par exemple, quand on a besoin d'informations et que le résident n'est pas en capacité d'expliquer ses problèmes- pas pour tout savoir mais pour savoir vers qui orienter, comment l'accompagner -, et bien des fois les professionnels de santé nous disent 'non on ne peut pas vous parler de ça, désolée vous n'êtes pas professionnel de santé'. D'accord, j'ai pas de problème avec ça et c'est normal qu'il y ait le secret médical mais en fait moi je me retrouve dans des situations délicates, je suis bloquée[...] c'est pas évident ce positionnement-là. »¹⁵⁷

Le secret médical contribue à ramener les référents sociaux à leur statut de profane en matière de santé. Comme a pu l'analyser Vianney Schlegel dans plusieurs institutions médico-sociales où collaborent des travailleurs sociaux et des professionnels de santé, le secret médical est une manière de réaffirmer des frontières professionnelles et statutaires que des cadres d'échanges pluriprofessionnels pourraient être amenés à brouiller (Schlegel, 2022). Mais cet argument est alors contradictoire avec la demande de s'impliquer dans les parcours de soins. Comme ici suggéré par l'intervenante sociale, la problématique de l'accès à l'information médicale est d'autant plus problématique que les patients exilés précaires ont souvent des difficultés à expliquer eux-mêmes, en situation de consentement éclairé, leurs problèmes de santé. Ces difficultés dépendent des capacités cognitives des personnes, de leur capital culturel en matière de santé, ou encore de leurs capacités linguistiques à s'exprimer. Ainsi du point de vue des accompagnants, cette problématique du secret médical exacerbe les difficultés d'accompagnement médico-social induites par d'autres déterminants sociaux de la santé, au détriment

¹⁵⁶ Entretien avec l'équipe sociale commune des CH4 et 5 (HUDA-CADA diffus), juillet 2021.

¹⁵⁷ Référente sociale « santé » au CH2, février 2021.

souvent du patient. C'est ainsi que les équipes sociales en structure d'hébergement se trouvent partagées entre, d'un côté les demandes des médecins mais également de l'ARS à s'impliquer dans l'accompagnement sanitaire des exilés, « *s'autoriser à penser et questionner la santé des personnes* »¹⁵⁸, « *se faire confiance en tant que ceux qui connaissent le mieux les personnes* »¹⁵⁹ et celle du secret médical, qui, à l'inverse, les rappelle à une certaine illégitimité à cette mission.

Si les référents sociaux endossent un rôle particulier de coordinateur, ils ne sont pour autant pas seuls dans la mission d'accompagnant. Comme l'on suggérés plusieurs témoignages, les équipes bénéficient d'interventions de partenaires médico-sociaux sur site, qui évitent le déplacement des hébergés. Nous allons voir dans cette dernière sous-partie dans quelle mesure les centres en bénéficient et comment elles s'articulent à la mission d'accompagnant dans le soin.

2.3. Les interventions de partenaires sur place : une ressource ambivalente dans l'accompagnement médico-social des hébergés

Nous allons ici nous attarder sur les interventions d'acteurs médicaux ou médico-sociaux directement sur les centres d'hébergement. Ces interventions sont des démarches répondant à la démarche « d'aller-vers ». Nous allons les envisager ici non pas du point de vue des intervenants, ce que nous ferons bien plus longuement dans la partie 3 de cette thèse, mais du point de vue des équipes sociales d'hébergement. L'enjeu est alors de voir comment les référents sociaux se saisissent de ces interventions dans leur mission d'accompagnement.

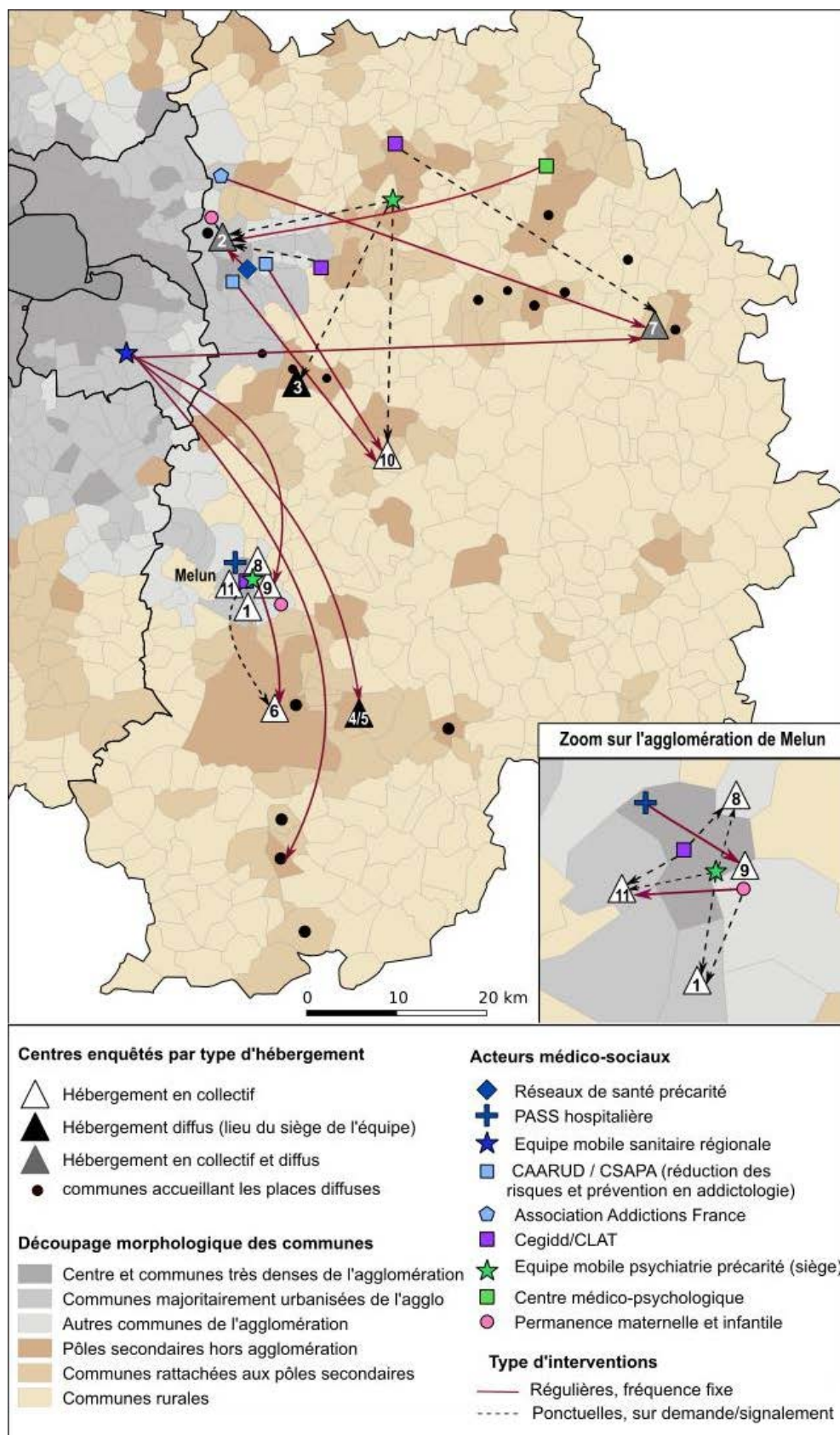
2.3.1. Un accès inégal, une réponse insatisfaisante aux logiques de dispersion

La **Carte 10**, qui représente les interventions de partenaires médico-sociaux dans les centres d'hébergement enquêtés, montre que tous reçoivent des appuis de partenaires extérieurs mais de façon assez inégale. Nous avons distingué deux grands types d'interventions selon leur fréquence. Symbolisées sur la carte par des traits noirs en pointillés, on retrouve des interventions ponctuelles, c'est-à-dire à une fréquence indéterminée, effectuées en partie sur signalement. Ce sont aussi bien des interventions individuelles (par exemple l'EMPP pour des consultations de soutien, les PMI pour des soins périnataux...) que des interventions collectives (le CLAT lors d'une suspicion de tuberculose). Ces interventions diffèrent alors des interventions régulières, effectuées en routine, à des fréquences néanmoins variables. Représentées par un trait plein rouge sur la carte, on retrouve par exemple les interventions pour des ateliers ou des groupes de paroles, les permanences régulières de l'équipe sanitaire régionale ou de l'EMPP dans certains centres, les interventions du CSAPA et du CAARUD au CHU dans le cadre de la lutte contre les addictions. On retrouve aussi certaines interventions collectives avec des partenaires avec qui une routine voire un programme d'intervention peut avoir été mis en place : celles du RDS Nord au sein du CH 2, celles de l'association en addictologie et alcoologie du CH7. Par rapport aux interventions ponctuelles, elles permettent et amènent plus souvent à un suivi des patients dans le temps, bien que les premières puissent aussi y conduire (avec l'EMPP notamment). Dans le cadre de ces actions régulières, les centres ont parfois mis en place une convention avec ledit partenaire.

¹⁵⁸ Directrice du département prévention et promotion de la santé, ARS, septembre 2021.

¹⁵⁹ Infirmier de l'EMPP lors d'une réunion d'échanges de pratiques avec des équipes sociales d'hébergement, février 2020.

Carte 10. Cartographie des interventions de partenaires médico-sociaux dans les centres d'hébergement enquêtés



I. Siffert, 2023, à partir de l'enquête de terrain

Les centres proposant essentiellement de l'hébergement diffus (CH 3 et CH 4/5 gérés par la même équipe) sont ceux qui reçoivent le moins d'interventions sur site. Notamment ce sont les seuls à ne pas solliciter régulièrement le CeGIDD/Clat de proximité pour organiser des séances de prévention et dépistage. Cette différence s'explique par la complexité à organiser des interventions pour des hébergés répartis sur différentes communes du territoire, supposant soit de faire venir les hébergés dans un lieu commun d'intervention, soit de demander aux intervenants de se déplacer sur les différents lieux d'accueil. Dans les deux cas, il faut aussi avoir un espace pour accueillir les interventions, qui peuvent difficilement se tenir dans les salons des appartements partagés. Ainsi mettre en place ce type d'interventions en hébergement diffus rencontre des contraintes logistiques qui supposent une organisation particulière et des négociations avec les partenaires. Dans le cas des interventions de l'équipe mobile sanitaire régionale, l'équipe de du CH 4/5 a alors négocié avec l'équipe mobile régionale qu'une intervention sur trois se fasse sur la commune de Nemours (sud) où les deux centres ont beaucoup de places d'hébergement. Celle-ci est effectuée dans un local que la mairie de Nemours a, là aussi, accepté de leur mettre à disposition.

Pour les centres qui font de l'hébergement collectif et diffus (CH 2 et CH7), les centres sollicitent des acteurs pour faire des permanences, séances de prévention etc... sur leur lieu d'hébergement collectif en essayant de faire venir sur place ceux qui sont répartis en diffus, mais cela s'avère compliqué au regard des distances à parcourir. En effet, les communes accueillant les places diffuses sont loin (cf. **Carte 10**) et mal reliées par les transports à la commune du collectif si bien que la démarche « d'aller-vers » fonctionne surtout pour les hébergés dans le collectif. Parmi les centres collectifs, deux se distinguent par leur étayage particulier d'interventions de partenaires médico-sociaux : le CH 2 (CADA) et le CH10 (CHU). Lié à son projet d'établissement spécifique, l'équipe du CHU a mis en place des interventions régulières d'un CAARUD et d'un CSAPA pour faire de la prévention auprès des hébergés, faire du suivi des personnes engagées dans des traitements et sevrages. L'équipe a négocié avec l'ARS des financements pour obtenir le détachement du CSAPA d'un psychologue pour effectuer des consultations individuelles un jour toutes les deux semaines et d'une préparatrice en pharmacie qui vient préparer les piluliers de chaque hébergé. Le CH 2 se distingue quant à lui par son partenariat étroit avec le RDS Nord. Le RDS organise dans le centre des actions collectives de prévention, sensibilisation en faisant intervenir différents partenaires, et effectue par ailleurs des consultations d'accueil, bilans de santé auprès de tous les nouveaux arrivants du CADA. Ces différentes interventions font l'objet d'une convention de partenariat depuis 2009 et amènent à une coordination étroite très régulière. Par ailleurs le CH2 est aussi le seul centre enquêté à bénéficier d'interventions de psychologues pour des ateliers ou groupes de parole hebdomadaires. Ces interventions désormais financées par l'ARS dans le cadre du budget PRAPS dédié aux acteurs de l'hébergement sont le fruit d'un partenariat ancien (2007) avec une psychologue travaillant dans un centre médico-psychologique du territoire. Dans tous les autres centres, le seul partenaire relatif aux besoins en santé psychique sont les EMPP, qui interviennent essentiellement sur signalement. Seul l'un des HUDA (CH6) bénéficie de permanences régulières. Les centres qui reçoivent l'équipe mobile sanitaire régionale bénéficient aussi de leurs psychologues, mais sur maximum deux tiers des interventions.

La caractérisation et comparaison entre centres des interventions d'acteurs médico-sociaux directement sur site révèlent que celles-ci sont finalement assez limitées car difficiles à mettre en

place. Le mode d'hébergement diffus en particulier représente des contraintes territoriales qui ne se prêtent pas à des interventions sur les lieux d'hébergement, suggérant leurs limites à répondre aux modalités de dispersion diffuse en faveur des territoires périurbains et ruraux.

2.3.2. *Entre partenariat et délégation de l'accompagnement sanitaire*

Comme nous le verrons dans le chapitre 8, les interventions d'équipes médico-sociales au hors-murs supposent une organisation et une coordination entre l'équipe intervenante et l'équipe sociale sur place. L'enquête auprès des équipes sociales d'hébergement a mis en lumière que le travail de préparation et coordination autour des interventions médicales sur site est variable selon les intervenants et les actions, mais globalement rare. Les référents sociaux ont rapporté de telles pratiques surtout au CH2, où une référente sociale est dédiée à la santé. Cette dernière effectue des réunions préparatoires avec le RDS Nord pour déterminer le programme et organiser les interventions collectives et est en contact très étroit avec l'équipe du réseau sur les bilans d'accueil qu'il effectue pour ses hébergés. De même, elle, ou sinon une de ses collègues référentes sociales est présente aux deux groupes de parole hebdomadaires animés par des psychologues. Nous avons également retrouvé des réunions préparatoires pour la cheffe de service du CH7 qui effectue des réunions régulières avec la référente de l'ANPAA qui intervient pour faire des séances de prévention. Pour les autres interventions, qu'elles soient régulières ou ponctuelles, les équipes n'ont pas reporté de travail préparatoire et une coordination médico-sociale variable, inégale.

Surtout, pour l'une des intervenantes sociales de l'équipe de l'HUDA-CADA diffus, la mise en place d'interventions sur place de l'équipe mobile régionale a été perçue comme la possibilité de se décharger en partie de l'accompagnement sanitaire et de réajuster son rôle :

« Y a l'équipe mobile qui intervient depuis six mois environ. Et ça on a vu que ça fluidifiait un peu quand même. Parce qu'effectivement ils orientent directement ; ils viennent aussi avec des traducteurs qui peuvent aussi faciliter. Et une fois qu'il y a l'orientation mise en place, je trouve que les gars s'autonomisent plus rapidement quand ils passent par l'équipe mobile et sont orientés par quelqu'un d'autre que la sociale. Si c'est nous qui engageons le premier rendez-vous, ils vont revenir avec les orientations pour qu'on prenne les rendez-vous etc..Donc je trouve que ça a bien remis à sa place les uns et les autres, ça permet d'autonomiser un peu plus les résidents et ça me dégage du temps pour d'autres choses, notamment les sorties des réfugiés. »¹⁶⁰

On retrouve ici un enjeu de repositionnement sur l'accompagnement social en réponse à la posture de coordinateur médico-social qu'il leur est habituellement attribuée. L'argument de l'autonomie des hébergés, objectif de l'accompagnement social, permet de justifier la prise de distance avec les enjeux d'accompagnement en santé. L'intervention extérieure apparaît comme une opportunité d'externaliser la coordination médico-sociale dans un contexte de montée en charge d'autres tâches. En effet cette recherche d'autonomisation des personnes sur l'accès aux soins a été présentée par cette même équipe comme une réponse à une recomposition de l'activité d'accompagnement social face à l'accueil croissant de personnes réfugiées¹⁶¹.

¹⁶⁰ Référente sociale de l'équipe commune du CH4-5, diffus, lors d'un entretien d'équipe en juillet 2021.

¹⁶¹ Face au manque de places en centres provisoires d'hébergement dédiés aux réfugiés (CPH) comme dans le parc de logement social accompagné, les équipes sociales ne parviennent à trouver des orientations pour les réfugiés, qui restent alors dans les centres pour demandeurs d'asile bien au-delà des six mois après l'obtention de la protection internationale, tels que prévus par la législation. Cette évolution vers un accueil croissant de réfugiés dans les centres s'est révélé être un facteur de recomposition du travail social. En effet l'accompagnement social des réfugiés sur le long terme amène à élargir et redéfinir

Nous avons retrouvé dans le discours de l'ARS un point de vue critique sur les interventions d'équipes extérieures dans les structures d'hébergement. La représentante de l'ARS a notamment analysé une logique de « sous-traitance » des équipes sociales à des professionnels extérieurs qu'elle associe au manque de légitimité identifié chez les professionnels de l'hébergement social mais aussi à une forme de désengagement des travailleurs sociaux :

« Je crois que c'est important qu'on sorte de cette logique de sous-traitance. Moi ce que j'essaye de leur dire c'est que ce sont eux aussi les diagnostiqueurs. Le diagnostic, le besoin ; alors même si vous pouvez vous faire appuyer sur un professionnel, par exemple un CSAPA, il ne faut pas se dessaisir de la question car c'est vous qui connaissez les gens, qui avez l'expertise et l'évaluation des besoins. Si y a certains champs où vous ne vous aventurez pas car vous ne vous sentez pas légitimes, alors y a le levier de la formation, du travail partenarial et de l'acculturation réciproque. Par contre, derrière il faut pas se désengager en se disant « hop, je file le bébé » en disant « Vous inquiétez pas y a une infirmière de tartampion qui vient... - Et qu'est ce qu'il se passe dans l'accueil ? - Oh je sais pas, de temps en temps on discute un peu avec elle. » Non [...] Celui qui passe une commande, c'est vous. Donc il faut que vous restiez pilote. Ça peut être un copilotage, une co-construction mais c'est du co-[...]Car moi ce que je veux aussi c'est que l'équipe monte en compétence. À un moment donné, bosser ensemble ça permet quand même de progresser [...] Après ils manquent de temps, de moyens, y a ça aussi...Parce qu'on leur dit « pensez santé », mais la travailleuse sociale quand déjà elle fait que de l'accès aux droits et qu'elle arrive pas à faire tous ses dossiers qui s'empilent ; elle va me dire « oui t'es gentille, j'aimerais bien mais quand, comment...j'ai pas le temps ».¹⁶²

Reconnaissant un manque de moyens chronique dans l'hébergement sociale, la représentante de l'ARS soulève les limites des enjeux d'acculturation et de légitimation des travailleurs sociaux à l'accompagnement sanitaire.

Conclusion

Ce chapitre nous a permis d'explorer les spécificités de la mission d'accompagnement médico-social depuis l'hébergement social. D'abord, l'analyse de la mise en œuvre territoriale des logiques de priorisation sanitaire a révélé les limites voire les contradictions d'une politique de bio-légitimité dans l'accès à l'hébergement social des exilés. Le manque de places adaptées (PMR, chambres seules) conduit à évaluer la santé et les besoins sans pouvoir y répondre. Plus encore, les logiques gestionnaires priorisant la fluidité des entrées et sorties plutôt que l'adaptation de l'accueil aux besoins conduisent l'OFII et les équipes de centres provisoires à taire les problématiques de santé. Finalement, ces logiques de priorisation sanitaire paradoxalement mises sous silence conduisent à transférer le poids de l'évaluation des besoins et de la prise en charge des vulnérabilités sanitaires sur les professionnels de l'hébergement. Dans la seconde partie, l'analyse des ressources et capacités des équipes sociales a montré que l'accompagnement dans la santé est généralement une mission partagée entre différents professionnels des équipes, selon un partage des tâches administratives ou logistiques. Néanmoins, les référents sociaux demeurent les principaux porteurs, dans une mission de

en partie la missions des référents sociaux en faveur de démarches d'insertion plus pérennes (recherche d'emploi et de logement mais aussi de nouvelles démarches de recours aux droits et prestations sociales comme la CAF). Dans ce contexte, trois équipes par les neuf interrogées (hors CAES) avaient décidé en 2020 de se réorganiser en dédiant un ou plusieurs travailleurs sociaux à l'accompagnement social des réfugiés statutaires.

¹⁶² Responsable du pôle Prévention et promotion de la santé, ARS départementale, février 2021

« coordinateur du parcours » de soin davantage assignée que désirée. Dans ce rôle, ils se confrontent alors aux limites de leur savoir profane en santé, exacerbées par les frontières symboliques du secret médical. À ce titre, ce chapitre a montré comment les équipes sociales expérimentent l'argument de la confidentialité médicale de façon paradoxale, aussi bien dans l'accueil que dans l'accompagnement dans le soin. Dans les processus d'accueil, il est vécu comme une façon d'invisibiliser les problèmes de santé pourtant censés être explicités. Dans la mission d'accompagnement, il participe à limiter l'accès aux informations alors même que les professionnels sont sollicités pour s'investir davantage.

Au regard des difficultés que rencontrent certaines équipes sociales dans l'évaluation des besoins primaires en soin des hébergés, il apparaît que l'initiative du plan Vulnérabilité visant à effectuer une visite systématique au moment du passage au guichet de l'OFII pourrait favoriser le recours aux soins des exilés concernés, les demandeurs d'asile. Un tel dispositif suppose un renforcement des équipes médicales de l'OFII. Or, les dynamiques des dernières années marquées par la réduction du périmètre des personnes concernées par une visite médicale ont au contraire amené à une diminution des équipes médicales¹⁶³. En 2019 la direction territoriale de l'OFII a diminué son équipe de trois à un médecin, passant de 18 à 12 jours de visite médicale par mois. Lorsque nous l'avons rencontrée, la préoccupation de la direction territoriale de l'OFII par rapport à cette mesure était d'ailleurs le recrutement de praticiens. Par ailleurs la mise en place d'une visite médicale des demandeurs d'asile par l'OFII pose d'importants enjeux de partenariats et de coordination avec des acteurs médico-sociaux dont les délégations territoriales semblent, d'après les analyses portées dans ce chapitre, assez éloignées.

¹⁶³ La loi du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France a exclu de la visite médicale obligatoire de l'OFII les étudiants (dont le suivi sanitaire préventif est désormais confié aux établissements d'enseignement supérieur), les étrangers auxquels un titre de séjour est accordé alors qu'ils sont en France depuis plus de six mois, et certains travailleurs très qualifiés (passeports talents, chercheurs, salarié en mission, artiste). Aujourd'hui, seule une minorité d'étrangers primo-arrivants passent une visite médicale à l'OFII (principalement des étrangers admis au titre du regroupement familial et travailleurs réguliers). Le nombre de visites annuelles est passé de 212 000 en 2016 à environ 50 000 depuis 2017 (53 000 en 2021), soit une baisse de plus de 75 % (cf. rapports de OFII).

Conclusion de la première partie

Cette première partie nous a donné une vision historique et géographique du système d'acteurs impliqués dans l'accès aux soins des exilés précaires. Elle nous a permis de caractériser les missions des acteurs médico-sociaux et de l'hébergement social dans l'accès aux soins des exilés précaires et les moyens de leur mise en œuvre. Nous y avons montré comment les professionnels qui composent ces équipes s'approprient les référentiels des politiques sanitaires et sociales, pris entre des logiques économiques et gestionnaires (optimisation des dépenses de santé, logiques de gestion de flux) et des injonctions éthiques et politiques (priorisation des vulnérables, secret médical). Cette première partie a par ailleurs déjà révélé plusieurs enjeux en matière de coordination que représentent l'accompagnement dans l'accès aux soins comme compétence partagée, que cela concerne les relations « verticales » entre les acteurs intermédiaires de la mise en œuvre des politiques publiques (l'ARS, l'OFII) et les acteurs opérant ces missions, ou les relations plus « horizontales » entre les différents acteurs de la santé sociale : entre acteurs du soin gratuits, entre professionnels de santé et équipes sociales d'hébergement, entre l'ARS et l'OFII.

A l'issue de cette première partie, nous souhaitons approfondir dans la suite de cette thèse deux recompositions de l'action médico-sociale sous l'effet des politiques de répartition territoriale des exilés. La première, à l'aune de la tension entre universalisme et ciblage, est la construction locale d'une expertise spécialisée sur la santé des exilés et son articulation à l'objectif de faire accéder les exilés à l'ensemble du système de santé et les affilier dans le droit commun. Elle fait l'objet de la deuxième partie de cette thèse. La seconde, à replacer dans l'affirmation de la démarche « d'aller-vers » dans les politiques sanitaires et sociales, est le développement de l'intervention médico-sociale en dehors des lieux traditionnels de soins pour répondre à la reterritorialisation de l'accueil des exilés. Elle fera l'objet de notre troisième partie.

PARTIE 2

L'accompagnement médico-social des exilés en tension entre prise en charge spécifique et décloisonnement du système de santé

« Il ne s'agit en aucun cas, de créer au sein de l'hôpital des filières spécifiques pour les plus démunis » évoquait déjà la circulaire de création des PASS en 1998¹⁶⁴. S'ils portent la mission d'accès primaire aux soins des populations précaires, les dispositifs de soins gratuits ont toujours été pensés comme des dispositifs « transitoires » censés non seulement garantir un accès primaire aux soins mais aussi accompagner les exilés dans l'accès au reste du système de santé. Une mission qui paraît d'autant plus importante que les exilés précaires sont exposés à des difficultés particulières dans leur accès au système de santé de « droit commun ». Aussi, l'enjeu de cette seconde partie est d'analyser comment évolue l'accompagnement dans l'accès aux soins des exilés à l'aune de ce double objectif de proposer une prise en charge adaptée aux situations sociales des patients exilés précaires et permettre l'accès à l'ensemble du système de santé. Sur un territoire périurbain caractérisé par une territorialisation médico-sociale insuffisante et des difficultés exacerbées d'accès à la médecine de ville, comment ces acteurs médico-sociaux se font-ils alors à la fois porteurs de pratiques spécialisées, et « passerelles » vers le reste du système de santé ?

Cette seconde partie est structurée en deux chapitres. D'abord, notre chapitre 5 analyse la construction locale d'une prise en charge spécialisée des exilés précaires, à la fois dans l'évolution des dispositifs de soin et la manière dont certains acteurs de la santé sociale se font « passeurs » auprès des autres de leur expertise sur l'accompagnement médico-social des exilés. Nous verrons néanmoins que ces pratiques et approches spécialisées sont traversées par des contradictions et peuvent être remises en question par les professionnels, comme par l'ARS, au regard notamment de l'enjeu d'intégration dans le « droit commun ». Dès lors, le chapitre 6 analyse comment les acteurs impliqués dans l'accompagnement médico-social des exilés, à la fois équipes des dispositifs de soins gratuits et équipes d'hébergement social portent et mettent en œuvre la mission d'orientation des exilés en dehors des dispositifs dédiés aux populations précaires.

¹⁶⁴ Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 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.

CHAPITRE 5

La construction d'une expertise locale de l'accès aux soins des exilés. Des acteurs médico-sociaux en prise avec les logiques de ciblage dans la santé sociale

Retracée dans le chapitre 2, la construction de la santé des exilés comme problème scientifique et interventionnel est caractérisée par l'affirmation de logiques de ciblage fondées sur la reconnaissance de pathologies et besoins spécifiques. En prise avec l'évolution des politiques publiques et celle des besoins sur le territoire, comment les acteurs médico-sociaux du territoire étudié s'inscrivent-ils alors dans ces dynamiques de spécialisation ? Ce chapitre analyse la construction d'une offre de soin spécialisée et d'une expertise locale relative à la santé et la prise en charge médicale des exilés.

Notre première partie analyse le développement de consultations spécialisées dédiées aux « migrants », leur contexte de mise à œuvre, les approches du corps et de la santé des exilés qu'elles véhiculent et leurs ambivalences. Alors que les acteurs dédiés aux populations précaires portent une mission de promoteur de l'accompagnement sanitaire des exilés, nous nous intéresserons ensuite à la diffusion de leur expertise sur le territoire. Ainsi, notre seconde partie décrit les dynamiques de circulation des savoirs, normes et pratiques relatives à l'accompagnement médico-social des exilés sur le territoire, à travers le rôle de « passeurs » (Jobard et al., 2020) qu'endossent les acteurs du soin gratuit et, en leur sein, certains professionnels. Enfin, notre dernière partie analyse les remises en question de ces logiques de spécialisation aussi bien par les acteurs eux-mêmes que par les tutelles financeuses. Au regard du rôle de « passerelle vers le droit commun » qu'ils sont censés endosser, nous reviendrons notamment sur la manière dont les structures médico-sociales gratuites gèrent les sollicitations par des patients qui ont obtenu une couverture sociale mais rencontrent des difficultés à s'intégrer dans le reste du système de santé.

1. La création de consultations « migrants », entre ciblage de vulnérabilités spécifiques et opportunités de développement

Nous avons observé sur le territoire étudié le développement de consultations labellisées « migrants », explicitement dédiées aux patients exilés en situation précaires. Ces consultations sont notamment portées, mais pas essentiellement, par les acteurs du soin gratuit. En 2011 est né un premier projet de « consultation migrants »¹⁶⁵ porté par l'EMPP du territoire sud en partenariat avec le pôle de psychiatrie de l'hôpital dont elle dépend. En 2017, une association locale proposant des consultations de psychologie dont l'activité initiale est orientée sur les publics jeunes se lance elle aussi dans des « consultations pour les migrants »¹⁶⁶. En 2018, le médecin coordinateur du RDS Sud a mis en place une consultation localement appelée « consultation prévention migrants » proposant une prévention renforcée en matière de santé sexuelle, lutte contre les comportements addictifs et risques psycho-sociaux. L'année suivante, il décide d'ouvrir à la PASS une consultation construite sur le même modèle mais dédiée aux mineurs non accompagnés, dite alors « consultation MNA ». Ces consultations s'inscrivent dans deux champs de la santé qui ont toujours été au centre de la

¹⁶⁵ Nom utilisé par l'équipe de l'EMPP au quotidien

¹⁶⁶ Nom utilisé par l'association sur son site pour présenter cette activité

construction scientifique et politique de la santé des populations exilées : la prévention et la santé mentale (cf. Chapitre 2, partie 1). Par ailleurs deux d'entre elles répondent à la définition d'une nouvelle catégorie d'exilés précaires, les MNA, dont nous avons vu qu'elle participe à la redéfinition de la santé des exilés comme problématique publique (cf. Chapitre 2, partie 3). En s'intéressant à la mise en œuvre locale de tels dispositifs, l'enjeu de cette première partie est alors de mieux analyser les arguments qui les ont justifiées et les approches qu'elles revendiquent.

1.1. Répondre à l'évolution de la demande sur le territoire et l'inadaptabilité de l'existant

Ces consultations spécialisées ont été mises en place en réponse à l'identification par les professionnels de nouveaux besoins dans un contexte où les services existants ne semblaient ni disponibles ni adaptés. Si elles sont le fruit d'initiatives locales de professionnels investis par une volonté d'innover dans l'action médico-sociale et pallier les insuffisances de l'existant, elles témoignent aussi des capacités des acteurs médico-sociaux à se saisir de l'évolution de la question de l'accès aux soins des exilés précaires dans les politiques publiques.

1.1.1 La mise en place de consultations dédiées aux migrants en santé mentale : le développement d'une « clinique de l'exil » sur le territoire

Evoquées dans le chapitre 2, les initiatives de consultations psychosociales centrées sur l'expérience de l'exil ont d'abord été portées par des associations spécialisées dans l'accueil de personnes migrantes, marginalement dans le milieu hospitalier avec le développement de consultations transculturelles. Ces initiatives ont incarné le développement d'une nouvelle « clinique de l'exil » (Benslama, 2004) en psychiatrie, plus spécifiquement en psychanalyse, autour de la catégorie du psycho-traumatisme. À partir des années 2000, en tant que nouveaux acteurs dédiés aux populations précaires, les EMPP sont alors devenues des potentiels vecteurs de ces initiatives spécialisées, non plus seulement dans les grandes villes où sont implantées les premières associations spécialisées mais sur l'ensemble du territoire français afin de répondre à l'émergence locale de besoins. Sur le territoire de Seine-et-Marne, c'est en 2010 qu'un projet d'une consultation spécialisée est présenté par l'EMPP comme une réponse au constat d'une augmentation de la demande de patients présentant des troubles psycho-traumatiques suite à une expérience migratoire. Le document de présentation du projet propose :

« Il a été constaté sur le territoire de l'hôpital un nombre important de migrants en souffrance psychique, surtout des « primo-arrivants » présentant des tableaux plus ou moins complet d'état de stress post-traumatique pour lesquels une réponse thérapeutique doit être proposée. [...] Le premier constat concernant le public migrant est celui de la prévalence élevée de troubles de stress post-traumatiques et de la dépression. Ces pathologies nécessitent un accès aux soins psychiques et psychiatriques adaptées dans la dimension de transculturalité dans les délais les plus favorables possibles »¹⁶⁷.

Les « primo-arrivants » évoqués ici correspondent notamment aux personnes accueillies dans les hôtels du 115 suite à la régionalisation de l'hébergement hôtelier en Île-de-France en 2009 (cf. Chapitre 2, partie 3.1) ainsi qu'à des personnes accueillies dans deux CADA ouverts en 2009 et 2010 sur la ville de Melun. Ils représentent alors un renouveau de la demande locale en matière de besoins en santé psychique. L'extrait de document de projet témoigne de l'appropriation locale de la catégorie

¹⁶⁷ Extrait d'un document de projet pour la consultation de l'EMPP, 2010

émergente d'état de stress post-traumatique afin de justifier de la mise en place d'un nouveau dispositif. Le principe est d'orienter vers cette consultation spécialisée les patients vus par l'équipe mobile et pour lesquels les professionnels pensent avoir repéré ce fameux ESPT. Alors que cette catégorie définie de façon très large dans les manuels de psychologie invite à la définition de critères plus précis, le document de projet insiste sur certains symptômes particulièrement rencontrés auprès du public exilé ayant subi des violences : des difficultés d'endormissement et une tendance à l'hypervigilance, des cauchemars ou reviviscences involontaires d'événements vécus, de l'anxiété et de l'angoisse, des troubles de l'appétit.

La mise en place de cette consultation fut aussi une réponse à la saturation de la psychiatrie « classique ». Comme l'a rappelé Maria, la psychologue coordinatrice, cette consultation « *a surtout permis des prises en charge sans attendre six mois, ce qui est le délai d'attente en centre médico-psychologique (CMP)* »¹⁶⁸. L'équipe était non seulement confrontée à la file d'attente des CMP mais également à des refus de prise en charge au regard essentiellement de la problématique de la « barrière de la langue ». Dans un contexte où très peu de structures acceptent de financer de l'interprétariat, la consultation spécialisée promeut alors le recours à l'interprétariat professionnel, présent en physique ou par téléphone. Dès 2012, sur 55 consultations effectuées, 19 (soit environ un tiers) feront l'objet d'un recours à un interprète¹⁶⁹.

1.1.2. Des consultations dédiées aux MNA : réponse à l'émergence locale d'une sous-problématique de l'accueil des exilés précaires

Deux des consultations spécialisées ouvertes sur le territoire sont dédiées aux Mineurs non accompagnés : l'une est une consultation de Prévention assurée par une des PASS, l'autre une consultation de soutien psychologique par l'association Psychologie Consultations. Comme l'a expliqué le médecin à l'initiative de la première, ces consultations sont venues répondre à l'émergence locale d'une nouvelle demande plus spécifique faisant suite à l'ouverture de structures d'hébergement de mineurs isolés sur le territoire :

« Il y a eu de plus en plus de MNA qui sont arrivés en France, comme tu le sais. Cela est devenu une problématique visible, lisible et un enjeu de santé publique parmi d'autres. Ces MNA, comme ils étaient dans les structures seine-et-marnaises et n'avaient pas de droits, les structures nous les envoyaient à la PASS le mardi matin. Au réseau, on ne les a jamais beaucoup vu, car comme ils sont accompagnés de salariés qui ne veulent pas finir tard, ils viennent très peu le jeudi soir. Alors que le mardi matin, c'est 9h, ça correspond aux horaires de travail, donc c'est facile de les amener. Donc on se retrouvait avec Linda [médecin PASS] qui avait sa consultation sans rendez-vous remplie de mineurs qui n'étaient pas vraiment malades et voulaient des bilans de santé [...]. On est arrivé à la conclusion qu'il n'était pas bon que les MNA embolissent la consult sans rendez-vous. Mais, en revanche que c'était quand même un peu le job de la PASS de les voir parce qu'ils n'ont pas accès aux droits, beaucoup le job de l'unité de santé publique [= CeGIDD] de les voir car c'est beaucoup de la prévention, des vaccins, des bilans de santé... En théorie même s'ils pouvaient avoir des droits, dans la réalité c'était quand même notre problème, du coup il fallait peut être créer quelque chose de dédié pour eux qui soit à la frontière entre la PASS et l'USP. Du coup, en concertation avec Véronique [coordinatrice PASS] et Julie [infirmière coordinatrice du CeGIDD], plus le fait que j'ai réussi à négocier un 10 % de temps médical de plus à la PASS, nous avons créé une consultation

¹⁶⁸ Psychologue coordinatrice de la consultation « migrants » de l'EMPP, mai 2019

¹⁶⁹ Données issues de rapports d'activités de l'EMPP

dédiée aux MNA, étiquetée PASS mais qui en fait a lieu à l'USP car il n'y a pas de place à l'hôpital »¹⁷⁰

L'ouverture de la consultation MNA à la PASS illustre comment ces consultations spécialisées ont aussi une fonction de régulation de la demande et de la répartition de l'offre, ici des consultations de soin gratuites, entre différentes catégories de patients. En effet créer un dispositif dédié aux MNA a permis de décharger la consultation généraliste d'une demande jugée spécifique par rapport à l'activité habituelle de la PASS et risquant de la dénaturer. La reconnaissance de la réponse à cette demande émergente comme relevant bien des missions de la PASS et du CeGIDD montre comment ces acteurs se voient bien comme des lieux de redéfinition de la prise en charge des populations précaires. Elle témoigne de la capacité des acteurs médico-sociaux à s'adapter et répondre à l'évolution de la demande sur le territoire, tout cela malgré les contraintes financières et logistiques auxquels ils se confrontent. En effet, comme nous l'avons vu dans le chapitre 3, la mise en place de cette consultation est aussi le résultat d'un arrangement financier, managérial et logistique entre le CeGIDD et la PASS.

Le projet de consultation dédiée au mineurs non accompagnés porté par l'association Psychologie Consultations est aussi apparu consécutivement à l'ouverture de structures d'hébergement sur le territoire. Cependant, comme l'a expliqué la psychologue présidente de l'association, contrairement à la consultation de la PASS, celle-ci est moins le fruit d'une initiative personnelle que celui d'une opportunité de développement. C'est en effet suite à un appel à projet de la CPAM en partenariat avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE) que l'association initialement spécialisée dans l'accompagnement psychologique de jeunes et de familles s'est lancée en 2018 dans des consultations auprès de jeunes mineurs et majeurs migrants :

« En décembre 2017, il y a eu un appel à projet de la CPAM pour les personnes migrantes et je me suis dit que c'était peut-être le moment, en fait c'est un peu ça qui a suscité l'envie de se lancer dans le domaine. Finalement on a été agréé par la CPAM. C'était ce qu'ils appellent un projet expérimental. On a commencé en juillet 2018, l'idée c'était de proposer des consultations psy pour des jeunes déjà pris en charge par l'ASE. C'était ça la demande de la CPAM [...] Donc ces subventions sont renouvelées jusque-là, y a pas de soucis, et depuis 2019 l'ARS cofinance au titre de publics vulnérables. Mais l'ARS ne veut pas que ça soit que des jeunes donc finalement on peut recevoir des migrants de tout âge »¹⁷¹.

La mise en place de cette consultation illustre non seulement la capacité des acteurs à répondre à l'évolution de la demande locale mais aussi celle de se saisir d'opportunités liées à l'émergence d'une problématique dans les politiques publiques. Elle montre aussi l'élargissement de consultations dédiées à des publics migrants à des dispositifs initialement non dédiés à des populations précaires, une dynamique permise par les logiques de financement de l'action publique par appels à projet. La condition posée par l'ARS d'élargissement à un public « migrant » plus large pour le financement de la consultation à partir de 2019 suggère cependant la nécessaire adaptabilité des opérateurs aux logiques des politiques publiques en matière de définition des populations et des problématiques qu'elles ciblent.

¹⁷⁰ Médecin coordinateur du RDS Sud et de la PASS 1, mars 2020

¹⁷¹ Psychologue directrice de l'association Psychologie Consultations, mars 2021

1.1.3. La consultation prévention du RDS Sud : des critères d'inclusion entre régulation et ciblage implicite

La mise en place d'une consultation de prévention par le RDS illustre également comment les consultations spécialisées sont aussi associées à l'évolution de la santé des exilés comme question de santé publique. Lorsque le médecin coordinateur du RDS se lance dans un premier projet de consultation « Prévention migrants » à l'automne 2018, celui-ci s'inscrit directement en réponse à la circulaire interministérielle relative à la mise en place d'un parcours de santé des migrants de juin 2018¹⁷². Plus particulièrement elle répond à la préconisation d'un « rendez-vous santé » pour les migrants primo-arrivant ayant pour objectifs : l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun. Ce rendez-vous santé est lui-même une recommandation de 2015 du Haut conseil de la santé publique relativement à l'élargissement de la visite médicale pour les étrangers primo-arrivants¹⁷³. Ces consultations répondent aussi aux recommandations de la Haute autorité de santé en matière de rattrapage vaccinal¹⁷⁴. Si le médecin coordinateur maîtrise et se soucie autant de répondre à ces recommandations, c'est car il a lui-même fait partie des comités de médecin consultés pour leur élaboration. En effet, ce dernier est membre de différents collectifs et notamment des groupes de travail « vaccination » et « migrants et prévention » de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF). En 2018, via la SPILF, il est même désigné chef de projet auprès de la Haute autorité de santé pour l'élaboration de recommandations chez les personnes dont le statut vaccinal est inconnu. Les consultations de prévention sont directement le fruit de ces implications et d'une volonté de mettre en œuvre ses propres recommandations. Nous reviendrons dans la deuxième partie de ce chapitre sur le rôle de « passeur » des normes du soin de la précarité (Geeraert, 2020) qu'a eu ce médecin sur le territoire.

Loin de pouvoir être proposée à tous les patients primo-arrivants sollicitant le réseau, la consultation de prévention migrants du RDS Sud a été originellement définie comme une consultation supplémentaire proposée à certains patients de la consultation gratuite hebdomadaire, ceux repérés comme « vulnérables » d'un point de vue de la santé sexuelle. Elle repose alors, comme les autres consultations dédiées, sur l'identification de certains critères. Les critères définis initialement par le médecin coordinateur sont les suivants : effectuer son premier séjour en France avec l'intention d'y résider (« primo-arrivant »), être âgé de plus de 18 ans, avoir eu un premier contact récent avec le système de santé, être célibataire ou avoir son conjoint à l'étranger, ou être en couple en France depuis peu. Les femmes enceintes sont exclues. Ces critères ne sont pas seulement des critères de vulnérabilité, mais aussi des critères visant à réguler l'accès avec les autres dispositifs existants : les MNA et les femmes enceintes sont exclus car les premiers doivent être orientés vers la consultation dédiée de la PASS, les secondes sont directement orientées vers l'hôpital et la PMI. Le critère sur

¹⁷² INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

¹⁷³ Alors que l'OFII prévoit une visite médicale obligatoire pour les étrangers primo-accédant à un titre de séjour, les personnes en procédure de demande de titre de séjour, comme par exemple les demandeurs d'asile, ne sont pas concernés. La recommandation du HCSP encourage alors à la réalisation d'un rendez-vous santé, non pas nécessairement par l'OFII mais par toute structure médicale compétente, pour l'ensemble des primo-arrivants sur le territoire dans un délai idéal de 4 mois après l'arrivée sur le territoire. Voir l'avis relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers, Haut conseil de la santé publique, 6 mai 2015.

¹⁷⁴ Décision du 11 décembre 2019 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de la recommandation vaccinale « rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu - en population générale et chez les migrants primo-arrivants » et de ses documents de synthèse

l'intention de résider en France vise quant à lui à exclure ceux qui pourraient être identifiés comme des « touristes ». Ces derniers sont régulièrement exclus des consultations des dispositifs dédiés aux personnes sans couverture sociale (Pian, 2016, Geeraert, 2016). Par ailleurs, le réseau a décidé après quelques mois d'exclure les personnes hébergées aux CAES, au regard de la probable très faible durée de présence sur le territoire et le risque de ne pas pouvoir revenir pour un suivi. Ce critère nous renvoie aux difficultés que posent l'instabilité résidentielle des exilés précaires dans l'accompagnement médico-social (cf. Chapitre 3, partie 3). Ce sont finalement les critères sur la situation matrimoniale (célibat ou couple récent, excluant les personnes en couple stable) et le parcours qui visent à cibler des personnes les plus « vulnérables », exposées à des rapports sexuels à risques pendant leur parcours et/ou depuis leur arrivée sur le territoire.

Malgré l'exclusion de certaines catégories d'exilés précises, la consultation du RDS cible un large public d'exilés isolés ou en couple primo-arrivant. Mais en pratique, j'ai pu constater que des logiques de ciblage se sont dessinées en interne. En effet, la file active de cette consultation montre que cette consultation est rapidement devenue une manière de proposer une prise en charge renforcée des femmes au sein du réseau. En 2019, alors que les femmes représentent 43% (276 sur 619 patients) des patients de la consultation hebdomadaire du réseau, elles représentent 59% des patients reçus à la consultation de prévention (41 sur 69 patients). Sachant que les professionnels ont reporté un très faible taux de refus à la proposition de consultation prévention, la surreprésentation des femmes suppose qu'elle leur est proposée de façon privilégiée. Cette évolution vers des profils féminins témoigne d'un ciblage en partie conscientisé puisque l'une des infirmières coordinatrices de la consultation a reconnu orienter plus facilement les femmes, car « *certaines, elles ne vont pas forcément en parler à la consultation du jeudi [la consultation hebdomadaire classique], mais dès qu'on questionne leur parcours, on comprend qu'elles ont vécu des choses difficiles. Certaines demandent parfois explicitement de vérifier les MST (maladies sexuellement transmissibles). Ça veut dire qu'il y a eu des rapports pas protégés à un moment...peut-être pas voulus. On sait pas. Mais du coup la Prev' ça donne un espace pour essayer d'en parler* »¹⁷⁵. Comme nous le reverrons un peu plus loin (1.2.2), la consultation de Prévention est en effet envisagée comme un espace pour revenir particulièrement sur les conditions du parcours migratoire et interroge explicitement des expériences de violences sexuelles. En 2020, les deux infirmières s'occupant de la coordination de la consultation ont demandé de suivre une formation sur l'accompagnement des victimes de violences conjugales. La manière dont cette consultation est envisagée par les professionnels et l'existence de telles formations nous renvoient à l'intérêt croissant, dans les arènes scientifiques et politiques, pour la santé sexuelle des femmes exilées et notamment la problématique des violences sexuelles (cf. Chapitre 2, partie 3).

1.2. Des espaces d'expérimentation d'approches de la santé des exilés

Au-delà d'être une réponse à de nouveaux besoins, ces consultations se veulent proposer des cadres plus « adaptés » au soin des exilés. Une revendication commune, en soi loin d'être innovante mais devenue rare, est notamment celle de « prendre le temps ». Ces consultations se positionnent alors comme des cadres privilégiés par rapport aux services de santé de droits commun pour les possibilités qu'elles représentent de proposer des créneaux plus longs, souvent une heure, nécessaires

¹⁷⁵ Infirmière, RDS Sud, novembre 2020

à saisir la complexité des situations sociales et prendre en compte, quand c'est le cas, les besoins de traduction. Il s'agit aussi de proposer un dispositif permettant « d'aller plus loin » par rapport aux prises en charge habituelles. Ainsi, la consultation « Migrants » de l'EMPP a été créée pour proposer un suivi là où les autres dispositifs de maraudes et permanences dans des lieux d'accueil permettent surtout un soutien ponctuel. De même au RDS Sud, l'orientation de certains patients vers la consultation de prévention permet de compléter la prise en charge initiée à la consultation hebdomadaire et de s'inscrire dans un suivi (la consultation est construite sur 2 rendez-vous espacés de 6 semaines). Ainsi les consultations spécialisées représentent en premier lieu des opportunités pour proposer une continuité des soins et une prise en charge plus complète. En second lieu, elles ont été décrites comme des espaces d'expérimentation de pratiques dans le soin auprès des exilés.

1.2.1. Le développement d'approches cognitivistes dans le traitement des psycho-traumatismes

Si elle a d'abord revendiqué une psychologie transculturelle, inspirée d'approches psychanalytiques, les thérapeutes qui assurent la consultation « migrants » de l'EMPP se sont progressivement dirigés vers des techniques davantage cognitivistes : la thérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) et, dans une moindre mesure, la méditation de pleine conscience (*Mindfulness*). L'EMDR est une pratique psycho-thérapeutique qui repose sur la stimulation sensorielle par mouvements oculaires. Les mouvements oculaires induits, qui peuvent être stimulés de différentes façons, doivent permettre la remise en route d'une gestion naturelle des souvenirs douloureux. Théorisée et proposée par une psychologue américaine à la fin des années 1990 (Shapiro, 1989), l'EMDR a connu un développement important et rapide dans le traitement des traumatismes. Elle est recommandée par l'OMS depuis 2013 dans la prise en charge du stress post-traumatique¹⁷⁶. La méditation de pleine conscience est une pratique inspirée des pratiques méditatives bouddhistes, conceptualisée par un psychologue américain dans les années 1970 dans le cadre de la gestion du stress. L'expression « pleine conscience » désigne alors une attitude de présence et de conscience vigilante à ses émotions et son environnement extérieur. Au regard de l'importance des troubles post-traumatiques chez les patients exilés, l'EMDR connaît depuis quelques années un développement important dans la psychiatrie de l'exil. On observe à l'échelle mondiale une multiplication d'études expérimentant l'utilisation de protocoles EMDR auprès d'exilés vivant dans des camps de réfugiés, et notamment auprès d'enfants (Hurn & Barron, 2018, Naseh et al., 2019, Smyth-Dent et al., 2019, Molero et al., 2019). Ces études démontrent l'efficacité de protocoles de traitements par l'EMDR dans la réduction du trouble de stress post-traumatique, la dépression et les symptômes d'anxiété chez les enfants comme les adultes. L'EMDR permet de contourner en partie les freins linguistiques dans la communication entre patient et thérapeutes. Par ailleurs, son recours auprès d'exilés est défendu au regard de sa possibilité et son intérêt à être appliqué à des groupes et pas seulement dans un cadre individuel (Hurn & Barron, 2018). Elle représente alors une prise en charge moins coûteuse.

L'EMDR et de la méditation de pleine conscience appartiennent aux thérapies comportementales et cognitives (TCC) qui se développent depuis les années 1970, traditionnellement opposées aux thérapies psychanalytiques qui ont longtemps dominé la psychiatrie française et internationale. Elles

¹⁷⁶ World Health Organization (2013). Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress ; recommandations 14 - 17.

sont associées à une approche de la santé mentale par un travail du corps et des émotions en opposition à un travail par le récit. Concernant notre exemple local, comme me l'a expliqué la psychologue coordinatrice de la consultation de l'EMPP, ce sont les difficultés rencontrées dans le recueil de récits qui l'ont amené à se tourner vers ces approches plus cognitives du psycho-traumatisme. C'est aussi dans cette ambition de passer par le corps qu'elle développe depuis 2018 un partenariat avec des art thérapeutes et des ostéopathes pour mettre en place d'autres formes de thérapies par le mouvement et les stimulations sensorielles. Cet exemple local montre ainsi la circulation de normes internationales et comment ce modèle de prise en charge relevant d'une approche cognitive comportementaliste se diffuse progressivement dans une « clinique de l'exil » qui avait été plutôt inspirée d'approches psychanalytiques (Benslama, 2004). L'EMDR, la pleine conscience ou encore l'art-thérapie sont des approches qui illustrent un renouvellement des pratiques de soin au contact des exilés.

1.2.2. Recueillir et prendre en compte l'expérience migratoire

Concernant les consultations de prévention de la PASS et du RDS, les professionnels de santé ont moins revendiqué des techniques et approches thérapeutiques spécifiques qu'une démarche : celle de recueillir et prendre en compte l'expérience migratoire. En pratique, les consultations reposent alors sur un recueil d'informations très précis sur le parcours migratoire et les conditions de vie. Dans les deux dispositifs, les consultations suivent un même schéma, en deux temps : une consultation principale vise le recueil des informations socio-démographiques et cliniques, la réalisation et prescription de dépistages et les premières vaccinations. Après environ 6 semaines, une seconde consultation dresse le bilan des dépistages prescrits, effectue les orientations nécessaires et la suite de la vaccination. Ces deux consultations (J0 et S6) s'appuient sur deux formulaires, visibles en annexe 6, qui reprennent les modules de recueil des informations et les étapes de la consultation. Au sein d'un processus de consultation médicale « classique » (recueil du motif de consultation, des douleurs et antécédents, examen clinique puis orientations et prescriptions), la consultation principale repose alors sur un recueil d'informations socio-démographiques et cliniques très dense. Trois modules (une vingtaine de questions) interrogent les étapes et les conditions du parcours migratoire, la situation familiale et les conditions sociales de vie sur le territoire français. Ensuite, quatre modules (15 questions) sont dédiés à l'évaluation de l'exposition à des événements ou des comportements à risque pour la santé tout au long du parcours migratoire : l'existence de pratiques addictives, l'expérience de violences subies, la vie sexuelle, et enfin la situation alimentaire. Un module de gynécologie réservé aux femmes évalue la santé reproductive (existence d'une contraception, antécédents d'excisions, d'avortement, éventuels problèmes gynécologiques). L'activité de prévention est ensuite construite en trois temps : d'abord un bilan sur les vaccinations effectuées dans l'enfance et une éventuelle activité de vaccination. Ensuite le médecin réalise ou prescrit différents dépistages de maladies infectieuses (principales IST, bilharziose, tuberculose, ITL, varicelle). Enfin, le dernier temps est la prescription d'éventuels traitements, examens, autres dépistages et vaccins et les orientations vers des spécialistes ou partenaires médico-sociaux (EMPP, CAARUD, CeGIDD...) relativement aux vulnérabilités détectées. Le nombre important de modules relatifs aux conditions de vie, à l'expérience migratoire dans son ensemble et notamment l'exposition à des violences de différents types, témoigne de la volonté de comprendre et replacer la vulnérabilité sanitaire des populations migrantes dans un contexte socio-économique. Cette vision ainsi que la dimension de recueil d'informations dans la perspective d'une analyse globale de la file active placent plus précisément ces consultations dans une

approche de la santé des exilés par l'épidémiologie sociale (cf. Chapitre 2). En même temps, la place prépondérante prise par l'activité de dépistage et de rattrapage vaccinal nous renvoie aux approches hygiénistes centrées sur les « risques » de l'expérience migratoire pour la santé individuelle et collective (Fassin, 2000a, 2021). Susceptibles de réactiver une singularisation de la santé des exilés, ces consultations sont alors traversées par des ambivalences sur lesquelles il convient de s'arrêter.

1.3. Des approches spécialisées face à leurs propres contradictions

L'observation des pratiques des soignants qui effectuent les consultations spécialisées a révélé deux ambivalences, d'une part dans la démarche d'interrogation des parcours migratoires, d'autre part dans la manière dont les soignants positionnent ces consultations par rapport au droit commun.

1.3.1. Interroger les parcours migratoires, une démarche ambivalente

Si le recueil d'informations socio-démographiques témoigne d'une volonté de s'inscrire dans une démarche épidémiologique, l'observation de consultations de prévention spécialisée à la PASS comme au RDS m'a interrogé sur la forme investigatrice que peuvent prendre ces consultations appuyées sur un très long questionnaire. Il est apparu que la prospection médicale observée habituellement en consultation médicale (questions sur les antécédents personnels et familiaux, les pratiques pouvant avoir des effets sur la santé...) était particulièrement longue et potentiellement déstabilisante pour les patients. En multipliant les questions sur les expériences vécues pendant le parcours migratoire, ces consultations recentrent la relation de soin autour de l'expérience migratoire, ce qui peut parfois être incompris ou mal vécu par les patients. Lors de l'observation d'une consultation de prévention à la PASS, un mineur avait ainsi exprimé son incompréhension par rapport à la multiplication de questions sur son parcours (date de départ, pays traversés, conditions) dont il avait par ailleurs du mal à se souvenir. « *A quoi ça sert de me poser toutes ces questions-là ?* »¹⁷⁷. Très étonnée par cette réflexion, la médecin avait alors insisté auprès du jeune patient sur l'utilité de ces questions pour comprendre son état de santé et « *qu'il comprendrait plus tard* ».

Ce recentrement sur le parcours est propice à ce contexte de consultation spécialisée du fait du module du questionnaire dédié mais il n'y est pas propre. En effet, j'ai pu observer ce type de situations lors de consultations plus classiques des dispositifs de soins gratuits. L'**Encadré 3** ci-dessous reporte une consultation de PASS au cours de laquelle le patient partage ses difficultés à revenir sur son expérience et l'éloignement de sa famille, alors même que le médecin venait de passer de nombreuses minutes à l'interroger sur son histoire et son parcours migratoire.

Encadré 3. Interroger le parcours migratoire en consultation

Extrait de journal de terrain (synthétisé), lors une journée d'observation dans une PASS en 2021. Le Dr T., médecin généraliste effectuant la consultation hebdomadaire de la PASS, reçoit Mr M. en consultation. Mr M. est originaire du Congo Kinshasa, il est francophone. Il est arrivé en France depuis un mois. Demandeur d'asile, il est hébergé dans un HUDA du territoire qui l'a orienté vers la consultation de la PASS.

Mr M. a souhaité voir un médecin car il souffre de bourdonnement aux oreilles récurrents. Il se met à raconter qu'il a reçu en 2018 un coup de machette à la tête lors de tortures subies dans son

¹⁷⁷ Patient lors d'une consultation MNA en PASS, juillet 2019

pays, il montre sur le front une large cicatrice. Il avait alors perdu connaissance et avait été hospitalisé. S'il avait fait un scanner qui ne semblait révéler aucun dommage à la tête, il souffre depuis cet événement de bourdonnement aux oreilles. Il a par ailleurs des douleurs régulières en bas du ventre, et depuis quelques mois une douleur au genou.

Suite à ce récit, la médecin va poser de nombreuses questions sur les circonstances du coup de machette reçu (comment s'est passé le coup, pourquoi, la suite). Elle lui demande notamment ce qu'est une machette (« *Désolée je sais pas ce que c'est* »), ce qui fait un peu rire le patient qui lui répondra que « *c'est comme un grand couteau. Là-bas les militaires ont ça à la place des baïonnettes* ». Elle l'interroge en parallèle sur son parcours migratoire (Quand est-il parti ? Pourquoi ? Quels pays a-t-il traversés et combien de temps y est-il resté ? Où est sa famille ? Est-il marié, a des enfants ? Est-ce qu'il a encore des contacts avec sa famille ?...). Le patient détaille son parcours migratoire et la situation de sa famille, aujourd'hui réfugiée en Angola. Il les appelle de temps en temps mais le contact est compliqué. Le Dr. passe ensuite à des questions cliniques sur les différentes douleurs qu'il a ainsi que le bourdonnement aux oreilles (quand cela survient, durée, intensité...). Elle l'interroge sur d'éventuels antécédents familiaux de pathologies, et des comportements à risque. Elle demande également s'il a des problèmes de sommeil, ce à quoi il répond que des difficultés pour dormir ont ressurgi ces derniers temps à force de raconter son histoire et parler de sa famille qui est loin. La médecin passe ensuite à l'auscultation : mesure poids et taille, tension, elle regarde ses oreilles, réalise une palpation de l'abdomen et un examen du genou, elle lui fait réaliser une série de petits tests oculaires et sensoriels.

La médecin dresse les conclusions de son auscultation et prescrit différents examens pour les oreilles et le genou ainsi qu'une prise de sang pour un bilan général. Alors qu'elle demande s'il a accès à des psychologues dans son hébergement, Mr M. répond que oui, mais qu'il n'a pas demandé à en voir parce qu'il n'a pas envie de parler de son histoire, sa torture, sa famille. « *Quand je parle de tout ça après tout le reste de la journée est gâchée* ». La médecin répond qu'elle comprend mais que si c'est difficile sur le moment, cela pourrait lui faire du bien d'exprimer ce qu'il ressent. Mr M reste sceptique : « *Je ne sais pas...Je dois vivre* ».

La consultation se termine, elle a duré 50 minutes. Juste après la consultation, avant de prendre le patient suivant, la médecin me confie qu'elle a été perturbée par le récit : « *J'ai pas tout compris dans son histoire, ça n'était pas très clair* ».

Des éléments de la consultation témoignent de l'expérience et la socialisation du médecin au soin des exilés : le fait de poser spontanément des questions sur les problèmes de sommeil, très fréquents chez les demandeurs d'asile, ou encore la connaissance que certains centres ont des interventions de psychologues. Cependant, les très nombreuses questions sur le parcours et l'expérience de violences de la personne suggèrent une faible conscientisation des risques de résurgence traumatiques associés. À ce titre, aucun médecin consultant dans les dispositifs de soins gratuits que j'ai interrogé n'a fait part de craintes sur ces risques, ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils n'ont pas conscience qu'ils existent. En revanche, ils ont pu témoigner d'inconforts à l'épreuve des récits des individus : des gênes, des émotions à l'écoute de la violence ainsi que des incompréhensions narratives face aux récits. À l'image de cet exemple, les récits intriguent les soignants, expliquant en partie qu'ils multiplient les questions. Dans la situation ci-dessus, le patient explicite l'inconfort à revenir sur son expérience et sur la situation avec sa famille. Ce malaise nous

renvoie aux risques de « retraumatisation » à l'épreuve du récit des expériences traumatiques que la psychologie a pu analyser (Lie, 2004, Mestre, 2006). Ces risques font d'ailleurs partie des freins évoqués par les professionnels de santé, notamment psychiatres et psychologues, dans la rédaction de certificats médicaux supposant de revenir précisément sur les expériences de persécution (Fassin & d'Halluin, 2005; d'Halluin, 2012). Ils traversent aussi les travailleurs sociaux et les interprètes qui aident les exilés dans la rédaction de leur récit déposé à l'OFPRA (Mathieu, 2021) et peuvent faire partie d'enjeux évoqués dans la formation des travailleurs sociaux à l'accompagnement des demandeurs d'asile¹⁷⁸.

Dans les deux situations évoquées, les réactions des patients relatives à l'interrogation du parcours migratoire mais aussi des médecins (multiplier les questions sur le parcours et la situation familiale, continuer face à l'étonnement ou la gêne du patient) suggèrent ainsi l'ambivalence que représente la prise en compte de l'expérience migratoire et le recueil du récit en consultation ; cela d'autant que les personnes exilées primo-arrivantes sont déjà amenées à restituer fréquemment leurs parcours et leur situation sociale dans leurs démarches de demande de titre de séjour. À ce titre, les risques liés à la sur-investigation des parcours débordent largement les contextes de consultation et peut concerner en pratique tous les acteurs impliqués dans l'accueil des exilés qui ne sont pas professionnels du recueil de récits biographiques. Une bénévole de l'association Solidarité Migrants qui organise de l'hébergement solidaire en familles bénévoles de mineurs et jeunes majeurs avait également soulevé ce risque : certains accueils peuvent être mal vécus par les jeunes du fait de postures investigatrices de bénévoles à propos des histoires de vie des jeunes. En 2017, une thèse de médecine générale effectuée au sein du réseau de santé Louis Guilloux à Rennes soulevait les difficultés et ambivalences du diagnostic des violences subies dans les consultations auprès des exilés, entre bénéfices et risques de résurgences traumatiques (Le Vacon, 2017). À partir des témoignages de 19 demandeurs d'asile, la thèse d'exercice avait analysé certaines conditions à respecter par les médecins pour lever les risques : écoute bienveillante et prise en compte des réactions des patients, informations et assurance sur la confidentialité, accompagnement dans des prises en charge au-delà du dépistage. Ces constats ainsi que les exemples que nous avons évoqués soulèvent alors des enjeux de formation et sensibilisation aux risques liés aux questionnements des parcours migratoires dans le soin des exilés.

1.3.2. Pallier ou contourner le droit commun ?

Nous l'avons vu, les dispositifs dédiés aux populations précaires se positionnent comme des services palliatifs du système de santé de droit commun, face à leur indisponibilité et inadaptabilité à certains enjeux spécifiques que pose la prise en charge des populations exilées précaires (accès à l'interprétariat, approches socio-culturelles qui prennent en compte les parcours, enjeux de prévention renforcés). Cette posture peut cependant entrer en contradiction avec l'objectif d'intégration dans le droit commun censé guider les acteurs du soin gratuit. S'adapter, répondre aux spécificités des populations d'un côté, promouvoir l'accès au système de santé de droit commun de l'autre, peut alors les conduire à un positionnement ambigu par rapport au reste du système de santé.

¹⁷⁸ Par exemple, dans sa formation à la conduite d'entretien de récit de vie avec des demandeurs d'asile souffrant de psycho-traumatismes, France Terre d'asile évoque explicitement la formation à des techniques d'entretiens permettant « d'éviter la retraumatisation ». Voir site de l'association France Terre d'asile.

La manière dont l'EMPP envisage sa consultation « migrants » illustre cette ambivalence. À sa création, l'équipe affiche l'ambition de ne pas se situer dans un suivi de long terme en se positionnant comme une passerelle vers une prise en charge par l'une des structures d'exercice des professionnels participants (en CMP, en cabinets libéral...) : « *Les rendez-vous de suivi seront assurés par le professionnel qui a déjà reçu le patient dans le cadre de la consultation spécialisée. Ils auront lieu dans le dispositif de droit commun où exerce le professionnel qui continuera à suivre le patient* » indiquait le document de projet de mise en place de la consultation en 2011. On retrouve ici, pour le soin psychique, le même principe que les PASS ambulatoires : promouvoir un basculement de prise en charge en ville de patients entrés par une porte spécifique plus adaptée aux exilés en situation précaire. En pratique cependant, l'évolution de l'activité de la consultation (cf. **Tableau 9**) depuis sa création témoigne au contraire de l'affirmation de la dimension de suivi de la consultation, le nombre moyen de rendez-vous par patients étant passé de 1,4 en 2011 à 4,7 en 2018 et le pourcentage de nouveaux patients devenu inférieur à 50%.

Tableau 9. Evolution de l'activité de la « consultation migrants » de l'équipe mobile psychiatrie précarité (2011-2019)

Année	Nombre de consultations réalisées [parmi les entretiens planifiés] (a)	Nombre de patients vus, dont nouveaux patients (b)	Nombre moyen de consultation par patient (b/a)	% de nouveaux patients
2011	32 [42]	23	1,4	/
2012	55 [64]	28	1,9	/
2013	63 [90]	25 dont 18 nouveaux	2,5	72%
2014	76 [95]	28 dont 12 nouveaux	2,7	48%
2015	50	18 dont 11 nouveaux	2,7	61%
2016	154 [159]	38 dont 28 nouveaux	4,0	73%
2017	186 [233]	43 dont 18 nouveaux	4,3	42%
2018	187 [237]	40 dont 19 nouveaux	4,7	48%
2019	280	60	4,7	/

I.Siffert, 2022, à partir des données d'activité de l'EMPP.

C'est notamment le départ progressif de collaborateurs psychologues et psychiatres extérieurs (retraite, déménagements) impliqués dans le projet initial qui a fait perdre à la consultation son ambition de créer du lien avec des services de droit commun. Mais comme l'a assumée la psychologue coordinatrice, cette ambition initiale paraissait finalement très théorique, davantage pour satisfaire les tutelles que pour promouvoir un accès au reste du système de santé : « *On a écrit sur le papier que les patients seraient orientés dans le droit commun mais on savait que ça ne serait pas le cas dans les faits. Il y a plusieurs raisons à ça, dont la saturation des CMP, mais aussi le fait que le droit commun est dominé par l'approche psychanalytique* »¹⁷⁹. La psychologue pointe ici la problématique de l'adaptabilité du système de santé aux populations exilées souffrant de troubles traumatiques non pas seulement en termes de disponibilité mais en termes de pratiques de soin. Comme nous l'avons vu plus haut, cette dernière préconise des approches cognitivistes (EMDR, méditation) qu'elle considère plus adaptées à la clinique de l'exilés. Entre fonction palliative des carences de l'existant et volonté de le contourner pour proposer une autre vision du soin, on retrouve ici toute l'ambiguïté du

¹⁷⁹ Psychologue, EMPP, mai 2019.

positionnement des acteurs proposant des dispositifs de soin dédiés aux populations exilées au regard du reste du système de santé. Nous verrons un peu plus loin (3.1) que ce positionnement est au centre des critiques de ses dispositifs par leurs propres tutelles.

Les consultations dédiées aux « migrants » que nous avons décrites témoignent des transformations de l'action médico-sociale locale en faveur d'une prise en charge de plus en plus spécialisée des populations exilées vivant en situation de précarité. Du diagnostic tardif de maladies infectieuses à la prise en charge d'un état de stress post-traumatique en passant par une activité de dépistage et de rattrapage vaccinal, ils sont au cœur des enjeux d'accès aux soins des exilés sur le territoire et portent les réponses locales aux prérogatives nationales relatives à « la santé des migrants ». En effet, si elles sont en partie le fruit de motivations locales de professionnels à s'engager dans l'accueil des exilés, cette « culture de l'initiative locale » (Hoyez, 2015) s'articule à la mise à l'agenda dans l'accès aux soins des exilés précaires dans les politiques publiques et témoigne de la capacité des acteurs médico-sociaux à s'en saisir. Elles apparaissent finalement comme une forme de compromis entre les motivations des professionnels qui les animent et les conditions posées par les relais institutionnels de la mise en œuvre des politiques publiques, dont ils ne peuvent se passer pour se développer. Si ces initiatives sont principalement portées par des acteurs du champ de la précarité (les EMPP, PASS, les réseaux de santé...), le développement de consultations portées par des acteurs initialement non spécialisés, à l'image de l'association Psychologie Consultations, suggère un élargissement de l'espace des acteurs de la « santé des migrants ».

Ces initiatives qui émergent en réponse à une évolution de la demande sur le territoire, parfois relayée par des partenaires sociaux, revendiquent le ciblage de pathologies ou risques sanitaires spécifiques et promeuvent des approches plus adaptées que les dispositifs du système de santé dits « de droit commun ». Elles apparaissent alors comme des observatoires intéressants des approches médicales de la santé des exilés. Elles montrent notamment l'affirmation à l'échelle locale de catégories pour penser la santé des personnes migrantes comme le psycho-traumatisme, la vulnérabilité sexuelle, la vulnérabilité résidentielle. Elles permettent par ailleurs d'observer comment les professionnels de santé recueillent et prennent en compte l'expérience migratoire dans leurs démarches de soin. Néanmoins, nous avons vu qu'elles sont aussi traversées par certaines contradictions qui nous renvoient à la tension entre la dé-singularisation de la santé des exilés et la reconnaissance de vulnérabilités spécifiques. Ces dynamiques de spécialisation des acteurs médico-sociaux soulèvent des enjeux de formation et sensibilisation des professionnels. En outre, elles contribuent à les constituer aux yeux de leur tutelle ou de partenaires comme des acteurs dotés d'une expertise sur la prise en charge médicale des exilés. Il convient alors d'en analyser les dynamiques de construction et de diffusion.

2. De la construction au partage local d'une expertise : des acteurs « passeurs » des pratiques de soin auprès des exilés

Nous allons explorer dans cette partie la fonction de « passeurs » que portent certains acteurs de la santé sociale. Ce terme est emprunté à la sociologie de l'action publique pour analyser la circulation des idées, normes, représentations et pratiques qui structurent l'action publique, à la fois dans les processus de mise à l'agenda puis dans la mise en œuvre territorialisée. Dans un dossier de la *Revue française de sciences politiques* consacré à la « sociologie des passeurs », les sociologues

Fabien Jobard, Jérémy Geeraert, Bénédicte Laumond, Irina Mützelburg et Ulrike Zeigermann définissent ces derniers comme « des acteurs qui sont intermédiaires dans le processus de circulation d'une norme ou de pratiques, mais aussi producteurs ou récepteurs de ces normes ou pratiques » (Jobard et al., 2020). Un passeur est alors caractérisé par le fait d'occuper simultanément plusieurs positions dans le processus circulatoire : producteur et/ou récepteur et diffuseur d'un ensemble de savoirs. Comme l'expliquent ces chercheurs, ce rôle de passeur est majoritairement pensé dans la littérature à l'échelle des institutions (services, associations...). Les auteurs revendiquent alors une approche par les individus, rappelant que ce sont eux, au sein des institutions ou parfois à leur marge, qui incarnent ce rôle, que cela soit pour produire, transmettre ou recevoir des autres. Nous revendiquons cette approche, même si nous allons voir que les politiques publiques et les individus eux-mêmes pensent aussi largement cette fonction à l'échelle institutionnelle. Aussi, nous reviendrons en fin de partie sur le parcours de trois passeurs locaux qui ont eu un rôle particulièrement structurant dans la construction d'une « culture locale de l'accueil des réfugiés ». Cette expression nous vient d'ailleurs de l'un d'eux.

2.1. Recevoir : se former auprès de partenaires et d'acteurs référents de la santé des exilés

L'accueil croissant d'exilés dans des situations administratives « nouvelles », pour certains professionnels du moins, ainsi que le développement de nouveaux dispositifs de soin ont supposé d'acquérir rapidement des connaissances spécialisées. L'un des principaux vecteurs d'acquisition de nouvelles connaissances est la formation. Parmi les acteurs enquêtés, les enjeux de formation ont alors concerné non seulement les approches médicales mais également l'accompagnement social et administratif. Au regard de l'évolution des profils de demandeurs sur le territoire, professionnels et bénévoles ont insisté sur les enjeux de connaissance des procédures d'accès à un titre de séjour et du droit d'asile et les droits sociaux de certaines catégories d'exilés, notamment les MNA et des exilés précaires ressortissants de l'Union Européenne dont font partie les populations dites « Roms ». Ils ont également souligné les enjeux de maîtrise du fonctionnement des dispositifs d'accueil selon les catégories d'exilés : là encore sur le DNA en particulier, dont la territorialisation locale a énormément évolué depuis 2015, ainsi que sur des dispositifs d'accueil des mineurs en lien avec l'Aide sociale à l'Enfance (ASE). La question de la formation des acteurs sur les procédures administratives et les dispositifs d'accueil se pose d'autant plus que la législation en matière d'accès aux droits des étrangers et notamment le droit d'asile est marqué par une intensification des réformes depuis 2015¹⁸⁰. Difficiles à suivre pour les acteurs, ces réformes créent des enjeux de formation continue : « *ça change vraiment tout le temps, on n'a pas le choix de se mettre à jour* »¹⁸¹.

Concernant davantage la prise en charge médicale, le développement de consultations dédiées a posé des enjeux de compétences au regard des approches spécialisées qui y sont associées. Concernant les consultations en santé psychique, il a nécessité pour les professionnels d'acquérir des connaissances sur l'identification de l'état de stress post-traumatique, les facteurs de risque, et surtout les différentes démarches cliniques de la prise en charge des troubles traumatiques liés à l'exil. Au

¹⁸⁰ Le projet de loi Asile, intégration et immigration a été voté en décembre 2023, succédant à deux lois majeures qui ont déjà été très rapprochées : la loi de juillet 2015 sur la réforme du droit d'asile et la loi de septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie.

¹⁸¹ Travailleur social, RDS Sud, septembre 2020.

moment de la création de la consultation « migrants », les membres de l'EMPP et les collègues extérieurs impliqués dans l'initiative ont bénéficié de formations puis d'une supervision sur un an par le Comité pour la santé des exilés (Comede). De même du côté de l'association Psychologie Consultations, des psychologues ont sollicité des formations proposées par l'hôpital Avicennes à Bobigny et l'institut Primo Levi sur les approches interculturelles dans l'accompagnement psychologique des exilés. Ces trois noms de formateurs sont loin d'être anodins. En effet, ils représentent tous les trois des acteurs majeurs dans la production scientifique et la mise à l'agenda politique de la santé des exilés comme problème public. Nous avons d'ailleurs déjà évoqué le Comede et l'Institut Primo Levi dans le chapitre 2, en tant qu'acteurs pionniers de la mobilisation pour la santé des exilés (cf. Chapitre 2, partie 1.2). Aujourd'hui, ces deux associations se définissent elles-mêmes comme des « centres ressources » pour les autres acteurs de la santé sociale impliqués dans la santé des exilés. Ils ont tous deux développé une large activité de formations, publient dans des revues scientifiques et ont leur propre revue¹⁸². Le Comede propose également des permanences téléphoniques à destination des professionnels et diffuse un guide pratique à destination des professionnels qui est devenu une référence nationale. Toutes ces ressources constituent autant d'espaces de diffusion de contenus théoriques et pratiques sur la prise en charge médicale des exilés. De même, l'hôpital Avicennes occupe une place à la fois pionnière et singulière dans l'histoire de la prise en charge sanitaire des exilés. Apparue en 1935 sous le nom d'hôpital franco-musulman, comme l'a rappelé Didier Fassin (2000) il a été un établissement pionnier dans le développement de l'ethnopsychiatrie au XX^{ème} siècle, et notamment de consultations transculturelles. Aujourd'hui, il fait partie des hôpitaux proposant la plus large offre de consultations transculturelles, y compris aux bébés, enfants et adolescents. Le service de maladies infectieuses et tropicales est aussi particulièrement investi dans le développement de pratiques et de programmes de soin, formations et sensibilisation dans la prise en charge des exilés tels qu'un parcours d'accompagnement des personnes migrantes ayant subi des violences sexuelles. Ce service organise chaque année depuis 2002 une journée d'étude « Migrants » dédiée à une thématique de la santé des exilés. Ainsi ces acteurs auxquels ont fait appel les professionnels du territoire sont eux-mêmes des « passeurs » de la santé des exilés qui ont institutionnalisé ce rôle dans le temps et à différentes échelles. Le recours à ces trois institutions formatrices témoigne de la volonté de s'affilier à un réseau d'acteurs nationaux reconnus pour leurs expertises. Remarquons alors qu'en comparaison avec d'autres territoires périurbains, la localisation francilienne apparaît ici comme un atout particulier par rapport à l'accès à ces réseaux d'acteurs spécialisés particulièrement concentrés à Paris.

Si l'accès à des formations dédiées apparaît comme le premier vecteur de montée en compétence des intervenants, professionnels comme bénévoles, certains ont aussi souligné l'importance de l'apprentissage au contact des partenaires. Par exemple, la travailleuse sociale du RDS Sud effectuant des permanences à la SPADA a expliqué s'être formée au droit d'asile via les collègues y travaillant, profitant de leurs contacts réguliers pour poser des questions sur la procédure d'asile. De même, c'est largement auprès d'associations partenaires impliquées dans l'accompagnement social et administratifs des populations Roms migrantes que l'équipe du RDS Nord s'est formée dans la médiation auprès des populations vivant en bidonville. Les réunions pour préparer des interventions

¹⁸²Le Comede diffuse la revue *Maux d'exil*, le Centre Primo Levi diffuse la revue *Mémoires*.

communes et les interventions en elles-mêmes sont des lieux de partage de connaissances fructueux dans l'échange de connaissances et de pratiques sur des situations individuelles, des cas particuliers en matière d'accès aux droits ou encore l'actualité locale. C'est aussi via les contacts avec des partenaires que les agents se mettent à jour des politiques publiques, que ce soit la législation nationale en matière d'accès aux droits et aux soins que les actualités et décisions en matière de politiques locales ; les politiques de résorption des campements décidées par la Préfecture, l'ouverture de structures d'hébergement de demandeurs d'asile, les actualités concernant l'ASE ou le conseil départemental pour les mineurs isolés, etc.

L'accès à des formations et l'expérience au contact d'acteurs spécialisés et expérimentés sont les deux vecteurs principaux par lesquels les individus se font récepteurs des savoirs et pratiques nécessaires à l'accompagnement médico-social des exilés. Cette professionnalisation joue un rôle dans la définition de leur place auprès de leurs tutelles comme de leurs partenaires. Auprès de l'ARS, elles contribuent à la construction de leur légitimité à développer des dispositifs de soin spécifiques et demander des financements. Auprès des partenaires, cette montée en expertise est au centre de leur mission de promoteur de la santé des exilés.

2.2. Produire et transmettre une culture locale du soin des exilés

Reconnus par l'ARS et leurs partenaires comme des spécialistes du soin des exilés, les acteurs du soin gratuits déploient, selon leurs moyens, différentes activités et cadres d'échange par lesquels ils transmettent leur expertise.

2.2.1. Une mission inégalement institutionnalisée

Cette mission, qui a pris une place croissante dans l'activité des acteurs depuis leur création, n'est pas qu'une conséquence de leur intérêt et leur spécialisation dans l'accueil des exilés. Elle fait partie explicitement du cahier des charges de certains acteurs du soin gratuit, notamment les EMPP et les réseaux de santé. Dans le cadre de leur mission de soutien auprès des acteurs de première ligne, les EMPP sont en effet censés mener « *des actions de formation (notamment formations croisées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux) sur les problématiques liées à la précarité, des actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs et assurer le développement du travail en réseau à partir de l'examen de situations cliniques* »¹⁸³. De même, les réseaux de santé sont particulièrement attendus dans leur capacité à se faire porteurs de connaissances et bonnes pratiques auprès des autres acteurs du territoire : « *L'une des valeurs ajoutées très concrète des réseaux en matière de qualité des soins est apportée par les formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles proposées, les démarches de protocolisation, d'utilisation de référentiels et enfin la mise en place d'évaluations régulières des pratiques et de corrections corrélatives apportées à la prise en charge*

¹⁸³ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Annexe : cahier des charges techniques des équipes mobiles.

des patients » précise la circulaire de 2007 relative aux orientations des réseaux de santé¹⁸⁴ Comme l'a fait remarquer une professionnelle, c'est aussi cette fonction qui différencie les RDS des autres acteurs du champ de l'accès aux soins : « *Y a plein d'acteurs qui nous ressemblent, qui font des choses complémentaires, mais le truc en plus qui a été pensé dans les missions du réseau c'est d'être un peu le facilitateur sur le département de la prise en charge de ces familles ; en repérant les besoins et en proposant des choses qui peuvent aider les professionnels dans la prise en charge des besoins.* »¹⁸⁵

Cette mission passe par l'organisation d'espaces d'échanges et de transmission de pratiques entre partenaires, dans des formes plus ou moins académiques : actions collectives de sensibilisation, café débats, groupes de parole et d'instance de pratiques, séminaires, journées d'études voire colloques. En pratique, les acteurs (au sens d'institutions) mettent en œuvre cette mission à la hauteur de leurs moyens financiers et humains et leur intégration territoriale. Les réseaux de santé sont les acteurs les plus proactifs sur l'organisation de formations, entre 5 et 10 formations chacun par an sur les années 2017 – 2021. Le RDS Nord a particulièrement professionnalisé cette responsabilité en se dotant d'un poste de coordinateur des actions de prévention et formation, qui est alors dédié en partie à cette mission. L'EMPP, en revanche, ne prétend pas organiser des formations à proprement parler mais propose deux types de cadres d'échange : des groupes d'échange de pratiques et des « cafés » où ils font intervenir un spécialiste d'une thématique. Les premiers sont des espaces où professionnels et bénévoles sont invités à échanger sur des situations qu'ils ont rencontrées et partager leurs difficultés, leurs ressentis, leurs pratiques par rapport à celles-ci. L'équipe a alors distingué deux instances : la première, appelée InterCADA, est spécifiquement destinée aux équipes sociales des centres d'hébergement du DNA tandis que la seconde, l'atelier « Psychiatrie précarité » est ouvert à tous les autres partenaires de la santé sociale (CCAS, associations caritatives, équipes d'hébergement de droit commun...). L'InterCADA, a été mise en place en 2011 alors qu'il n'y avait que des CADA sur le territoire, d'où son nom, mais est bien également destinée aux équipes des autres dispositifs du DNA (HUDA, PRAHDA, CAES). Cette instance, dont la mise en place est contemporaine à celle de la consultation « migrants » par l'EMPP, témoigne alors des logiques de différenciation de la prise en charge des demandeurs d'asile et réfugiés. Nous avons également retrouvé ces dynamiques de spécialisation dans les formations des RDS.

2.2.2. Une activité de formations à l'image des dynamiques de spécialisation locale

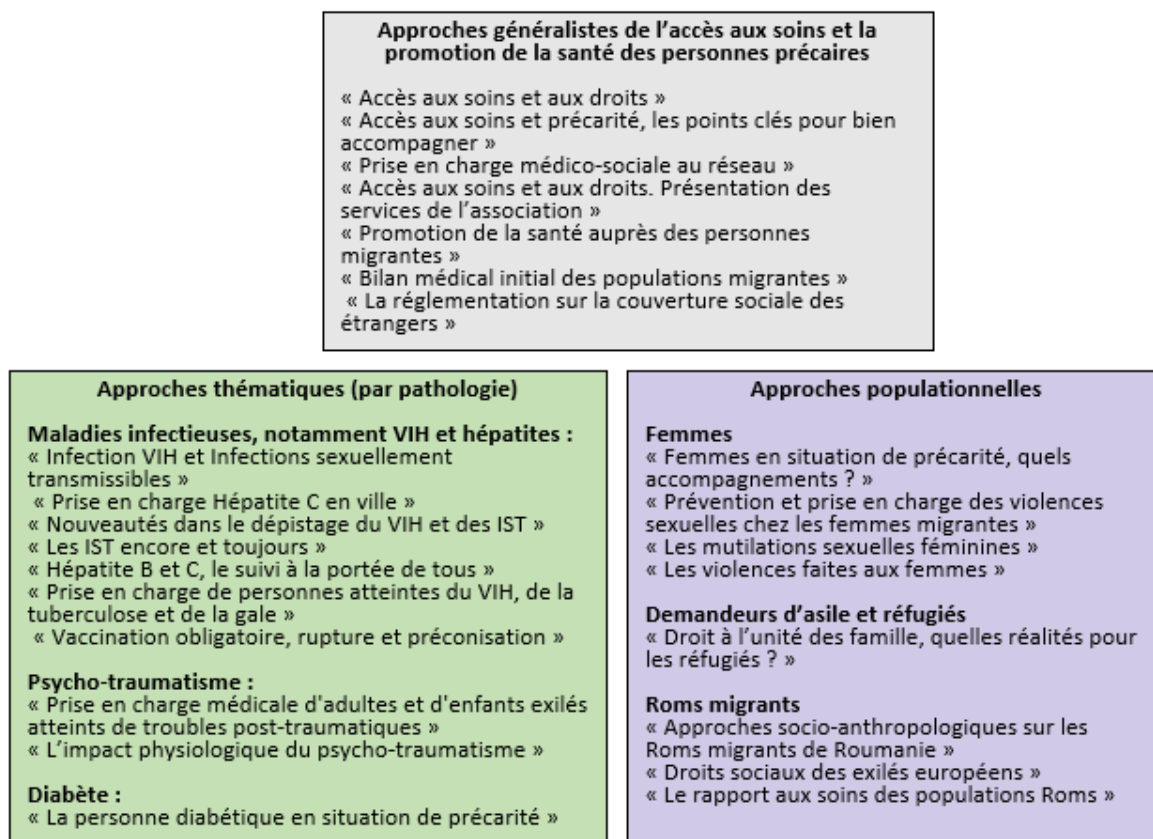
Les formations portées par les dispositifs de soins gratuits sont pour une partie des réponses à des partenaires sociaux et médico-sociaux locaux (équipes sociales de centre d'hébergement, instituts de formation de travailleurs sociaux ou d'infirmiers, CPAM, maison des solidarités, permanence maternelle et infantile...) qui sollicitent les réseaux pour renforcer leurs compétences sur des thématiques plus ou moins précises. En termes de contenu, les formations proposées par les acteurs du soin gratuit reflètent les dynamiques de spécialisation qui traversent la construction de la santé des exilés. La **Figure 9** ci-dessous représente une classification des formations organisées par les deux RDS entre 2018 et 2020 selon leurs thématiques. Celle-ci témoigne alors de la construction de la santé

¹⁸⁴ Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM

¹⁸⁵ Coordinatrice des actions de prévention et formation, RDS Nord, avril 2021.

des populations migrantes précaires à la fois comme enjeu de santé individuelle, autour de la construction des parcours individuels de recours aux soins, mais aussi de santé publique. Par ailleurs, elle laisse à voir les logiques de stratification et spécialisation de la prise en charge sanitaire des exilés précaires. En effet, si un premier groupe de formations (7 sur 25) concerne l'accès aux soins et la promotion de la santé en général, la majorité des formations opèrent un ciblage populationnel et/ou thématique, par pathologie ou exposition à des vulnérabilités particulières.

Figure 9. Classification par thématique des formations organisées par les réseaux de santé précarité entre 2018 et 2020



I.Siffert, 2022, à partir des données d'activité des réseaux de santé précarité. Les formations programmées mais finalement non données en 2020 du fait de la crise épidémique ont été prises en compte.

Ces thématiques plus spécifiques visent à aborder l'exposition particulière des exilés précaires à certaines pathologies, les difficultés dans la prise en charge que le contexte social et l'expérience migratoire représentent et transmettre des « bonnes pratiques ». Parmi ces approches thématiques, celle qui est la plus représentée est de loin la prévention des pathologies infectieuses, et en particulier les hépatites et le VIH. Ce sous-groupe majoritaire témoigne alors de la centralité persistante des enjeux infectieux dans la construction de la prise en charge des publics exilés précaires. Il s'inscrit dans l'héritage des RDS en tant que réseaux-ville-hôpital dédiés à la prise en charge des malades du sida (cf. Chapitre 2, partie 1). Concernant les approches plus populationnelles, les trois groupes retrouvés renvoient aux ciblage portés par les consultations « migrants » et autres dispositifs dédiés que nous avons décrits plus haut : les femmes, les populations « Roms migrantes » et les réfugiés et demandeurs d'asile. Au sein de ce ciblage populationnel, il apparaît que la question de la prise en

charge des femmes est associée à la thématique des violences et vulnérabilités sexuelles auxquelles les femmes sont particulièrement exposées, ce qui là encore fait écho à ce que nous avons observé pour la consultation prévention du RDS Sud.

Ainsi les formations sont des espaces qui reflètent les registres de savoirs et pratiques techniques qui structurent la santé des exilés. Elles sont valorisées par ceux qui les reçoivent pour ces transmissions de connaissances techniques, mais aussi, comme des espaces de discussion sur la construction d'une relation d'aide : « *Il y a aussi les matinées quand ils font venir quelqu'un pour nous parler d'un problème ou d'un autre. Ils font venir des gens. [...] Et on apprend des choses importantes. Par exemple je me souviens de quelqu'un qui nous avait parlé de comment gérer la demande de quelqu'un quand on n'a pas le temps* ». Comme évoqué par cette bénévole du Secours solidaire très assidue aux interventions organisées par l'EMPP, la circulation des savoirs concerne également le travail sur les postures, les savoir-être qui font partie de l'accompagnement social.

Au-delà du partage de compétences, ces formations sont enfin des espaces pour donner de la visibilité aux réseaux eux-mêmes (les formations généralistes en particulier ont vocation à présenter les services et dispositifs proposés) ainsi que certains de leurs partenaires. En effet, si les professionnels de RDS sont souvent eux-mêmes les principaux intervenants, ils font aussi intervenir d'autres acteurs du territoire tels que les services de prévention de la santé (CeGIDD et CLAT), un infectiologue ou un gastro-entérologue de l'hôpital local dans le cadre d'une intervention sur les IST, un salarié de la CPAM sur l'évolution des procédures d'accès aux droits, un membre du collectif local d'aide aux populations Roms...etc. La spécificité de cette mission de passeur telle que portée par les structures de soins gratuits est alors qu'elle passe notamment par le fait d'en solliciter d'autres pour qu'ils le soient. Les acteurs ne sont pas seulement producteurs et diffuseurs, ils produisent des dynamiques et des espaces de circulation en invitant des acteurs à partager leurs savoirs et compétences. Par ailleurs ces formations participent à la mission de mise en réseau des acteurs sociaux et médico-sociaux locaux que portent nécessairement les RDS. Ces initiatives de formation et journées d'étude thématiques sont aussi des vecteurs d'intégration dans des réseaux plus larges d'acteurs investis dans l'accompagnement social et médical des exilés. Ce sont des initiatives dans le cadre desquelles les réseaux de santé sont amenés à communiquer et collaborer avec des acteurs issus d'autres territoires : des associations spécialisées parisiennes et parfois d'horizon plus large, des représentants d'institutions étatiques comme l'OFPRA ou l'OFII ou encore des chercheurs en sciences sociales ou en santé publique.

2.2.3. Des observatoires de la santé des exilés, entre veille épidémiologique et démarche de plaidoyer

Un autre vecteur de production et de diffusion des connaissances et des pratiques est l'exploitation et la valorisation des données d'activités. À l'image de ce que fait par exemple l'Observatoire de la mission France de Médecins du Monde à partir de l'activité dans ces centres de soins gratuits, nous avons retrouvé à une échelle plus locale des pratiques de valorisation de l'activité et des données épidémiologiques par lesquelles les structures de soin gratuits se font les « observatoires locaux » de la santé des exilés et des pratiques d'accompagnement médico-social (Hoyez & D'Halluin, 2012).

Le recueil et l'exploitation des données d'activité ont plusieurs fonctions. Cela sert en premier lieu à la quantification de l'activité, dans le cadre des rapports annuels auprès de l'ARS. Répondant aux logiques gestionnaires (cf. Chapitre 3), l'évaluation quantitative des activités est déterminante dans la négociation des financements. Dans le cadre de projets expérimentaux notamment, comme la mise en place de nouvelles consultations, le recueil de données vise à démontrer l'attractivité et l'effectivité des nouveaux dispositifs afin de demander des financements dédiés. Les données d'activité représentent par ailleurs une source de description de la santé des personnes exilées précaires, constituée comme objet de santé publique. Elles répondent à un enjeu de veille sanitaire : *« La mise en place d'un rapport d'activité national harmonisé des PASS répond d'abord à une volonté d'un aperçu épidémiologique au niveau national »* expliquait la coordinatrice des PASS de l'ARS Île-de-France lors d'une réunion¹⁸⁶. Du point de vue des acteurs locaux ces initiatives sont aussi une manière de diffuser des pratiques de prise en charge et de montrer que les structures de soin dédiées aux populations précaires, y compris des petits services situés sur un territoire périurbain, sont aussi des laboratoires de l'action médico-sociale. Elles supposent cependant une certaine appropriation par les acteurs des normes et pratiques de la valorisation scientifique et sont généralement motivées par des acteurs socialisés au domaine. Sur le territoire étudié, de telles initiatives ont ainsi principalement été portées par le médecin coordinateur du RDS Sud et de la PASS 1, également chercheur. C'est lui qui a coordonné la publication d'articles et posters scientifiques à partir de l'exploitation des données des consultations de prévention et a encouragé ses équipes à participer à des journées d'étude en santé publique pour communiquer sur la mise en place des deux consultations.

Enfin cette activité d'observation de la santé des migrants et d'analyse des pratiques s'inscrit dans une démarche de plaidoyer et d'interpellation des pouvoirs publics sur les difficultés de prise en charge auxquels les acteurs se confrontent. Les réseaux de santé se saisissent particulièrement de leurs rapports d'activité pour expliciter les difficultés qu'ils rencontrent, n'hésitant pas à consacrer des parties à la description des freins à l'accès aux soins ou des difficultés rencontrées dans leurs pratiques. Ils se saisissent aussi de leurs espaces de rencontres avec leur tutelle comme des occasions d'interpeler les pouvoirs publics sur des situations qu'ils rencontrent et les difficultés auxquelles cela les expose dans leur quotidien. Ainsi lors d'une réunion entre les équipes des PASS et l'ARS départementale, un médecin coordinateur de PASS se mit à présenter un indicateur d'évaluation de l'état de santé des patients qu'il avait mis en place pour rendre compte des pathologies rencontrées, des diagnostics et besoins associés : un indice de « gravité », échelonné de 1 à 5, allant de la « bobologie » aux « situations urgentes supposant une hospitalisation immédiate ». À cette proposition, un autre médecin avait alors réagi sur l'intérêt d'associer à un tel indice une évaluation de la complexité des consultations afin de mettre en avant les facteurs qui font prendre du temps et coûtent aux services : les pathologies 'inhabituelles' pour les médecins, les traumatismes physiques ou psychiques qui amènent à revenir sur le parcours migratoire pendant la consultation, les difficultés de communication ou le recours à l'interprétariat. Ainsi les espaces de réunion avec les tutelles peuvent aussi devenir des forums de discussion des politiques de santé publique.

¹⁸⁶ Coordinatrice régionale des PASS lors d'une réunion avec les PASS du département de Seine-et-Marne, mars 2019.

2.3. *Une mission insufflée par certains individus : portraits de passeurs*

Comme nous venons de le rappeler avec la valorisation scientifique des consultations de prévention, les initiatives de construction et partage de cette expertise locale sont particulièrement portées, insufflées par certains individus au sein des équipes. De par leur statut, leur formation, leur expérience, parfois leur engagement militant, ces individus deviennent des référents en matière d'accompagnement sanitaire des exilés sur le territoire, et mettent leur expertise au service des autres via une activité de formateur.

Déjà évoquée dans la première partie de ce chapitre, la psychologue coordinatrice de la consultation Migrants de l'EMPP, Maria est un exemple de professionnelle devenue passeuse. Formée par le Comede au psycho-traumatisme, et par l'institut français de l'EMDR à cette thérapie, elle est désormais intervenante pour différents centres de formation dans le secteur médico-social ainsi qu'un institut de formation en soins infirmiers et un master d'un institut de psychologie. Elle est notamment devenue formatrice dans un DU de Santé mentale et précarité qu'elle avait elle-même suivi en 2009 en intégrant l'EMPP. Dans la mesure où les formations visent aussi à créer des réseaux et faire adhérer à des pratiques, il est classique dans le parcours d'un passeur de revenir en tant que formateur dans une institution par laquelle il est lui-même passé. Ce qui fait de Maria une passeuse est aussi la reconnaissance et la sollicitation de sa propre tutelle publique dans ce rôle. En effet, dans le cadre du projet territorial de santé mentale, elle a été invitée par l'ARS à animer un groupe de travail visant à créer une consultation similaire dans le nord du département.

Les individus deviennent « passeurs » par la multiplication de leurs ancrages institutionnels au fur et à mesure de leur carrière professionnelle et/ou bénévole. Ces ancrages se succèdent mais aussi se superposent dans le temps, créant des multi-positionnalités et des identités multiples (médecin-chercheur, bénévole-militant, consultant-formateur...etc) propices à la circulation des savoirs. Nous allons alors nous attarder sur deux passeurs dont les parcours sont particulièrement éclairant sur les dynamiques sociales et spatiales de circulation des savoirs.

2.3.1. *Le Dr. Louis, une carrière multi-située de passeur de la santé des exilés*

Le docteur Louis est un médecin que nous avons déjà évoqué à plusieurs reprises puisqu'il a occupé pendant six ans un poste composite de chef de service d'une unité de santé publique, médecin coordinateur PASS et de l'un des RDS du territoire et praticien pour des consultations d'infectiologie à l'hôpital. C'est notamment cette multi-positionnalité, dont nous avons pu analyser les intérêts et freins en matière de coordination dans le chapitre 3, qui lui permet de faire circuler des normes et pratiques entre dispositifs de soin. Par exemple, c'est à partir du modèle de la consultation pluriprofessionnelle historique du RDS (mise en place bien avant qu'il arrive), qu'il a décidé de créer un poste d'infirmière à la PASS. S'attarder sur son parcours professionnel permet d'analyser des facteurs qui font des individus des passeurs de savoirs et la manière dont ces derniers circulent entre institutions et territoires.

Louis est diplômé du troisième cycle des études médicales en « santé publique et médecine sociale » et d'une spécialisation complémentaire en maladies infectieuses et tropicales. Après un internat au sein de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP), passant par divers hôpitaux et instituts de recherche parisiens, il est assistant spécialiste au CHU de Fort de France en Martinique (2

ans) puis chef de clinique assistant au sein du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Avicenne en Seine-Saint-Denis (2 ans). C'est après ces premiers postes qu'il va arriver sur le territoire de Seine-et-Marne où il restera 6 ans. En juillet 2020, alors que la crise sanitaire touche de façon particulière les territoires d'outre-mer, on lui propose un poste de praticien hospitalier et chercheur au centre d'investigation clinique de l'Inserm à Cayenne en Guyane. Il part renforcer les équipes médicales sur place mais aussi la recherche. Il va notamment lancer une étude épidémiologique et socio-anthropologique sur les parcours de santé des personnes migrantes de la communauté haïtienne en Guyane dont la méthodologie est très inspirée de l'enquête à laquelle il avait participé pour sa propre thèse de sciences. À son retour de la Guyane, il sera recruté sur un poste de MCU- PH en maladies infectieuses et tropicales entre une université parisienne et l'hôpital Avicennes.

Non seulement docteur en médecine, il est aussi diplômé d'une thèse de sciences en épidémiologie sociale, effectuée dans le cadre d'une ANR portant sur le recours aux soins des exilés. Affilié à un laboratoire de recherche, il produit des travaux récurrents en médecine infectieuse ou santé publique en s'appuyant notamment sur les données de ses dispositifs. Il est aussi membre de différents collectifs et sociétés savantes nationales qui structurent la réponse publique en matière de promotion de l'accès aux soins des exilés voire participent à la formulation des politiques publiques : la société de pathologie infectieuse de langue française, le collectif national des PASS, le bureau de la Société française de lutte contre le sida (coordinateur de la commission migrant), ou encore la société de médecine des voyageurs. Comme nous l'avons vu plus haut au sujet des recommandations en matière de rattrapage vaccinal, via ces appartenances à des sociétés savantes, il participe directement à la rédaction des politiques de santé publique. Dans son rapport à l'ARS, Louis se positionne lui-même, et par conséquent les services qu'il coordonne, non pas seulement comme exécutant de commandes publiques mais aussi comme initiateur et programmeur d'actions. Il est perçu par l'ARS locale comme un médecin très « structurant et cadrant »¹⁸⁷, un leader à l'échelle locale qui mobilise les autres professionnels sur les thématiques de la santé des exilés. La fonction de transmetteur passe non seulement par le travail de recherche et l'implication dans différentes arènes scientifiques autour du soin des exilés, mais aussi par l'enseignement. Aussi le Dr Louis est co-fondateur de deux diplômes universitaires dédiés à la formation des professionnels de l'action sanitaire et sociale aux enjeux et problématiques de l'accès aux soins des exilés : un DU Santé des migrants, et un DU Médiation en santé, au sein desquels il enseigne et encadre des travaux d'étudiants. J'ai rencontré sur le territoire deux professionnelles passées par l'une de ses formations, qu'il avait encouragées à s'y inscrire.

Louis est bien une figure de passeur, en tant que producteur et diffuseur de pratiques de la santé des exilés. Ses multiples ancrages institutionnels, au carrefour de la médecine, la santé publique, la recherche, l'enseignement, contribuent à faire circuler des savoirs et pratiques entre différents acteurs et territoires de la santé sociale. Une approche géographique de sa carrière médicale témoigne d'une circulation entre différents territoires et institutions qui occupent des places centrales - qu'il participe dès lors à entretenir- dans la construction de la santé des exilés. En effet, en dehors de la Seine-et-Marne, ce médecin a pratiqué sur les territoires d'Outre-mer (Martinique, Guyane) et l'hôpital Avicennes. Comme évoqué plus haut (partie 2.1), l'hôpital Avicennes est une institution pionnière et toujours très active dans la construction de la santé des exilés comme enjeu scientifique et

¹⁸⁷ Directrice du département Prévention et promotion de la santé, ARS, août 2020.

médical, à la fois laboratoire d'initiatives en matière de soins dédiés aux personnes exilées (consultations transculturelles, parcours dédié aux femmes exilées victimes de violences), et passeur de connaissances. À une autre échelle spatiale (territoriale plus qu'institutionnelle), les territoires extra-métropolitains ont été aussi des arènes scientifiques pionnières en matière de santé des exilés, à l'origine d'ailleurs de dérives tropicalistes (cf. Chapitre 2). Ils demeurent toujours aujourd'hui des observatoires, non seulement de la santé des exilés précaires mais surtout des effets du non-recours aux soins sur la santé. La Guyane en particulier, territoire porte d'entrée importante d'une immigration extra-européenne et caractérisé par un système de santé particulièrement sous-dimensionné, est l'objet d'un nombre important de travaux sur l'accès aux soins des exilés par les sciences médicales comme sociales (Carde, 2006b, Jolivet et al., 2011, Carde, 2012, Valmy et al., 2016, Fessard & Hyvert, 2021, Autrive & Eliot, 2021, Autrive, 2021). L'analyse de la carrière du docteur Louis montre alors la construction d'un rôle de passeur à travers des appartenances à différentes arènes scientifiques (recherche, sociétés savantes) et un parcours professionnel entre des institutions et des territoires qui sont eux-mêmes des centralités du réseau d'acteurs impliqués dans l'accès aux soins des exilés.

2.3.2. *Faire circuler les savoirs entre l'hébergement et le médico-social : le cas de Catherine.*

Nous l'avons vu, la circulation des savoirs est étroitement liée aux dynamiques partenariales, à différentes échelles. Le cas du partenariat entre le RDS Nord et l'un des CADA (CH2) du territoire est emblématique. Déjà évoqué dans le chapitre 4, les deux structures sont des partenaires de longue date, liés depuis 2009 par une convention de partenariat qui définit l'intervention régulière du RDS auprès des hébergés du CADA et des collaborations régulières pour des actions collectives. Les deux associations organisent tous les ans des événements de formation et sensibilisation, journées d'études, colloques sur des thématiques diverses relatives à l'accompagnement social et sanitaire des exilés. Ces liens sont liés à la proximité territoriale et dans leurs missions : les deux structures sont sur la même communauté d'agglomération et portent des missions communes d'accompagnement des exilés. Mais ces dynamiques ont largement été créées et entretenues par le passage d'une professionnelle d'une structure à l'autre. En effet, Catherine, la directrice du RDS depuis 2019, a été référente sociale au CADA pendant plus de 10 ans. Pendant 9 ans elle faisait parallèlement partie du conseil d'administration du RDS : c'est alors dans le contexte d'une crise managériale du RDS qu'elle quitte son poste au CADA pour prendre le relai de la direction du réseau.

Catherine est monitrice-éducatrice de formation. Si elle a été embauchée en tant que référente sociale « généraliste » au CADA, elle s'est progressivement spécialisée dans l'accompagnement à la santé au fur et à mesure que son équipe se mobilisait sur les questions de santé. Le poste actuel de « coordinatrice santé » du CADA est d'ailleurs l'héritage de son passage. En entretien, Catherine est alors revenue sur la manière dont elle et son équipe se sont mobilisées dans la sensibilisation des acteurs de la santé sociale et le développement de nouvelles pratiques sur le territoire. Quand elle est arrivée au CADA, la première étape a d'abord été de faire le constat des difficultés dans l'accès aux soins des exilés et surtout de s'en saisir :

« Au CADA, on s'est rendu compte de deux choses. Déjà que les professionnels du corps médical n'avaient absolument aucune connaissance de ce public et n'imaginaient même pas qui étaient les personnes dans leur salle d'attente. Parce que les personnes arrivaient le lundi avec un mal de tête ; le mardi avec un mal de ventre, le mercredi avec un mal de dos...des choses en boucle comme ça. Ne sachant pas qui était dans la salle d'attente, les médecins ne pouvaient pas faire le lien avec un parcours traumatique. Par ailleurs les ¾ n'étaient pas francophones, du coup les médecins faisaient

la tête quand y avait pas d'interprète, ou au contraire quand y avait une tierce personne interprète. Moi quand je suis arrivée au CADA, très vite je me suis dit qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. Les familles se disaient que les médecins n'étaient pas bons et changeaient de médecin pendant que les médecins se disaient « mais qu'est-ce que c'est que ces patients ? ». Je schématise hein, mais il y avait une vraie incompréhension. Du coup on s'est dit qu'on allait développer de la sensibilisation. On a réussi à se faire financer des actions en commun le réseau et le CADA pour faire des séances d'information. On réunissait des médecins, pharmaciens etc...et on faisait venir un spécialiste de la Syrie, du psychotrauma [...], plein de choses comme ça dont nous on avait conscience mais à quoi on voulait sensibiliser les médecins. Qu'ils se posent au moins la question « d'où vient la personne ? Est-ce que c'est potentiellement quelqu'un qui aurait pu vivre des psychotraumatismes ? » Donc ça c'est la première étape. On a toujours été assez inventeurs au CADA¹⁸⁸.

L'ancienne référente sociale valorise ici une culture institutionnelle de l'innovation, et suggère avec l'usage répété du « on » que les initiatives ont été développées en équipe et non seule. Elle m'expliquera à une autre occasion que ces dynamiques étaient fortement insufflées par la directrice du CADA, très impliquée dans le développement de partenariats. En réponse aux difficultés observées, le CADA s'est alors appuyé sur ses liens existants avec le RDS pour développer et produire de la sensibilisation sur le territoire autour de la santé des exilés. Le CADA s'est allié au RDS dans un rôle qui est initialement davantage celui des réseaux de santé. Notre interlocutrice rappelle par ailleurs que la mise en place de telles actions ne repose pas que sur la volonté des professionnels mais suppose d'obtenir des financements. Dans la suite de ses propos, Catherine est revenue sur un autre constat relatif au manque de moyens sur le territoire, concernant l'accompagnement psychologique des enfants exilés. Ces difficultés ont déclenché la recherche de solutions et méthodes nouvelles :

« Et puis après on s'est dit : ça ne va pas, y a pas de lieu d'orientation psy pour les gamins. Donc on est allé voir les CMP. Au départ on orientait des gamins en CMP mais les parents mettaient en échec tous les rendez-vous. Et puis à un moment, on a eu une antenne à la Ferté sous Jouarre, une petite ville, on a eu une chance extraordinaire parce que travaillait là-bas une thérapeute et un médecin de formation « Tavistock clinic » qui est un mouvement psychanalytique qui vient d'Angleterre et c'était beaucoup intéressé aux victimes de guerre. Ils avaient une méthode d'observation attentive des bébés. donc on a demandé à les rencontrer... Et ils nous ont fait adopter des méthodes spécifiques qu'on a mises en place en interne dans les établissements, qu'on considère aujourd'hui être du soin et nous a permis de relire un peu les choses et travailler un peu sur la prise en charge psy »¹⁸⁹.

La professionnelle décrit ici comment elle et son équipe ont été récepteurs en « adoptant » de nouvelles méthodes au contact de thérapeutes spécialisés, qui eux-mêmes importaient leurs pratiques d'une école de psychanalyse britannique. *Tavistock clinic* est le premier centre de thérapie psychanalytique fondé en 1920 à Londres, initialement spécialisé dans la prise en charge des névroses de guerre. On retrouve alors une circulation de savoirs à différentes échelles. S'appuyant sur cette formation, le CADA a rapidement été producteur de pratiques en mettant en place des ateliers hebdomadaires d'accompagnement psychologique des enfants que nous avons évoqués dans le chapitre précédent (Chapitre 4, partie 2.3). Producteur de pratiques, le CADA a ensuite cherché à les diffuser. Comme expliqué à nouveau par Catherine, c'est le succès thérapeutique de ces dispositifs et méthodes qui ont motivé le CADA à « exporter » ses savoir-faire auprès d'autres structures d'hébergement :

¹⁸⁸ Directrice du RDS Nord, ancienne travailleuse sociale en CADA (CH2), mars 2021.

¹⁸⁹ *Ibid.*

Rapidement on a vu que ça portait ses fruits avec les médecins avec lesquels on bossait, donc on s'est dit qu'il fallait qu'on exporte ça à l'extérieur. On voyait bien tous les partenaires qui recevaient les demandeurs d'asile qui étaient démunis. Ça s'était en 2012-2013. Et en fait il s'est passé en 2011 un truc qui a changé la donne en Seine-et-Marne : l'État a modifié le cahier des charges de la CAFDA et du Samu social, ce qui a fait que les familles ont été projetées dans tous les hôtels du département [...]. Et c'est à partir de là qu'au CADA on s'est dit qu'il fallait qu'on étende notre savoir-faire interne sur l'extérieur. Parce que le CADA de Brou c'est le plus vieux CADA de Seine-et-Marne. Et c'est comme ça qu'on a été amené à créer le pôle asile mobile qui devait avoir deux axes : un axe de formation à destination des professionnels de terrain (TS, médecins, psy, bénévoles...) et l'autre l'accès aux soins en santé mentale »¹⁹⁰

Diffuser suppose d'abord d'être réceptif aux besoins des autres. Ici la démarche de passeur s'est fondée sur le constat de difficultés persistantes pour les partenaires du territoire et surtout de nouveaux besoins. Catherine évoque ici les transformations de l'accueil des exilés sur le territoire avec la régionalisation de l'hébergement hôtelier en Île-de-France au tournant des années 2010 (cf. Chapitre 2, partie 3). L'argument de l'ancienneté est alors convoqué comme un gage de légitimité en même temps qu'une responsabilité à former et accueillir les autres. Le partenariat étroit avec le RDS les ont alors amené à concevoir en 2014 un dispositif de formation destiné aux nouveaux acteurs du territoire. Le « pôle asile mobile » est un dispositif de soutien à l'accompagnement social et médico-social des demandeurs d'asile non hébergés en CADA qui vise à « compléter le maillage territorial existant par un réseau d'acteurs de terrain sensibilisés »¹⁹¹. À l'image du raisonnement de l'ARS face aux enjeux de territorialisation sanitaire (cf. Chapitre 3), ce projet repose sur le recours à la mobilité comme mobilité d'extension d'un dispositif, ici au service de la diffusion des connaissances et pratiques. Le projet compte deux volets : le premier consiste en l'organisation de formations et de groupes de soutien professionnel auprès des nouvelles équipes sociales d'hébergement sur le territoire mais aussi différents acteurs de la santé sociale (centres communaux d'action sociale, maison des solidarités, caisse des allocations familiales, caisse primaire d'assurance maladie, médecins...) confrontés à des sollicitations de personnes en demande d'asile. Le second volet consiste en l'organisation de permanences psycho-sociales à destination des personnes exilées hébergées à l'hôtel comme en centres collectifs :

« Il s'est trouvé qu'on a eu les premiers financements en aout 2015 et en octobre 2015 s'ouvrait le premier centre accueillant des Réfugiés en dehors des 5 CADA d'origine. Et là les équipes se sont liquéfiées, qui ont appelé au secours car ils n'avaient jamais accueillis ce public-là. Ils n'étaient pas préparés aux récits, en plus c'était des familles donc y avait les témoignages des enfants etc. Et donc le service asile mobile qui venait de naître est venu aider. Puis c'est ouvert le premier CHUM du département [...]. Et donc ils ont accueilli ces gens et nous on était à l'affut pour proposer de l'aide. Mais ça a été fait n'importe comment ce truc. À [village où est installé le centre], évidemment comment tu vas chez le médecin ? Y a même pas de PASS à [hôpital le plus proche] [...] L'accès aux soins ça a été quelque chose. Forcément moi j'ai suivi ça de près, c'était mon truc. Mon truc, c'est le droit d'asile, donc l'accès aux soins des demandeurs d'asile donc bien sûr ça me tenait à cœur. Et donc nous le service asile mobile, on a formé les équipes à la procédure d'asile, au récit, à l'accompagnement du psycho-trauma. On avait commencé une sorte de culture de l'accueil des réfugiés ».¹⁹²

Catherine insiste ici à nouveau sur le rôle d'accueil de soutien qu'a voulu se donner le CADA « à l'affut de proposer de l'aide », cette fois-ci dans le contexte de l'ouverture des CHUM sur le territoire

¹⁹⁰ *Ibid.*

¹⁹¹ Document de présentation du dispositif, 2015

¹⁹² Directrice du RDS Nord, ancienne travailleuse sociale en CADA (CH2), mars 2021

en 2015. La modalité d'intervention mobile est alors venue répondre à la marginalisation particulière de certains centres. Si la professionnelle présente à nouveau la mission de diffusion à une échelle institutionnelle (« Le CADA, on s'est dit », « nous le service asile mobile, on a formé... »), elle insiste néanmoins sur sa sensibilité particulière à l'enjeu de l'accompagnement des exilés. En pratique elle a en effet eu un rôle central dans la production et la diffusion du projet, présentée dans les documents officiels comme initiatrice et porteuse du projet auprès de financeurs, coordinatrice des actions dans l'organisation et intervenante pour de nombreuses sessions de formation sur le droit d'asile. Catherine incarne ainsi une figure de passeur qui s'est construite au sein d'une institution qui lui a permis de développer des initiatives, dans une dynamique partenariale forte. Analyser son discours a permis de rappeler les étapes (constater les besoins, se former, mettre en place des pratiques, penser des cadres de diffusion) et les valeurs (intégration des nouveaux acteurs, partenariat) qui construisent le rôle de passeurs tant au niveau institutionnel qu'individuel. Cette expérience a mené Catherine à la fonction de directrice de RDS et nous remarquerons que les deux autres figures de passeurs que nous avons évoquées (Maria et Louis) occupent également des positions de responsable ou coordinatrice de structures. Valorisées dans les progressions de carrières professionnelles, les compétences de passeurs sont facilitées par des positions managériales aussi bien qu'elles permettent plus facilement d'y accéder.

Cette seconde partie nous a permis d'explorer le rôle de passeurs, de la réception à la diffusion, des savoirs, normes et pratiques de l'accompagnement médico-social des exilés porté par les acteurs médico-sociaux. C'est d'abord en se formant auprès d'acteurs qui sont eux-mêmes des passeurs institutionnalisés à différentes échelles, et au contact de leurs partenaires locaux que les professionnels consolident leur expertise locale. Puis celle-ci se déploie au travers des espaces de formation et d'échanges qu'ils proposent. Ces cadres permettent non seulement la transmission de connaissances et compétences mais sont aussi des vecteurs d'intégration dans des réseaux d'acteurs élargis. Enfin la construction locale d'approches spécialisées se cristallise dans le rôle d'observatoire de l'action médico-sociale et de la santé des populations exilées qui vise à décrire la santé des exilés et les insuffisances du système pour revendiquer des moyens de se développer davantage. S'attarder sur les parcours de certains professionnels nous a alors permis d'explorer plus précisément les dynamiques sociales et spatiales de circulation des savoirs, normes et pratiques, à différentes échelles, entre institutions, secteurs (la recherche et la médecine, le sanitaire et le social), et entre territoires. Cette fonction de passeur est valorisée en interne et par les tutelles dans la construction de dynamiques territoriales. Cependant nous allons voir que ces logiques de spécialisation sont aussi, plus ou moins paradoxalement, remises en question.

3. Des acteurs en tension dans leur approche spécialisée des exilés

Cette dernière partie explore comment les dynamiques de spécialisation locales des acteurs du soin gratuit cristallisent à la fois des reproches par les tutelles et des questionnements par les professionnels dans la manière dont ils envisagent leurs propres activités. Au regard des freins à l'accès aux services de droit commun que rencontrent les exilés, la principale tension concerne les difficultés à « passer le relais ». Celle-ci se traduit par la nécessité de gérer des demandes de personnes sans couverture sociale.

3.1. Des spécialisations populationnelles locales controversées

L'évolution de la demande locale et les logiques de ciblage populationnelle intrinsèques à certains dispositifs de soin conduisent à une évolution de la file active des acteurs de la précarité en faveur de la surreprésentation de certains « groupes » de patients, au sens de catégories administratives et socio-ethniques qui sont reprises par les acteurs et leurs tutelles. Au sud du département, la mise en place d'un partenariat entre le RDS et la SPADA ainsi que les interventions multiples du réseau ou de l'équipe mobile de psychiatrie dans les centres d'hébergement d'urgence migrant ont participé à renforcer leur visibilité auprès des équipes sociales du secteur de l'asile. En 2019, 40% des patients reçus à la consultation gratuite hebdomadaire se déclarent directement orientés par la SPADA ou une structure d'hébergement du DNA. Les demandeurs d'asile représentant alors environ 50% des patients reçus¹⁹³. Au nord, la « mission bidonville » du RDS depuis le début des années 2010 a concentré une partie importante du temps de l'équipe auprès de population dites « Roms migrantes », participant à une forte proportion de personnes d'origine roumaine dans la file active : en 2018, ils représentaient 48% de la file active globale du réseau¹⁹⁴. Du point de vue de l'ARS, pour qui la composition de la file active est un critère d'évaluation important, ces surreprésentations sont perçues comme des « spécialisations populationnelles locales » et leur sont reprochées :

*« Là actuellement, on a des réseaux qui ont une culture « Roms » au nord et « migrants » au sud, du fait de conjonctures. Et il va quand même falloir qu'on en sorte. Normalement, dans les textes, les futures équipes mobiles santé précarité, ce n'est pas que pour les migrants, pour le législateur c'est pas le secteur asile ».*¹⁹⁵

Ce court extrait donne à voir sur les processus locaux de catégorisation par l'ARS départementale, considérant que les populations Roms vivant en habitat précaire ne feraient pas partie des « migrants » qui eux-mêmes renverraient essentiellement au « secteur asile », c'est-à-dire aux demandeurs d'asile et réfugiés. Mais il témoigne surtout d'une volonté de l'ARS d'éloigner les réseaux de santé de logiques de ciblage populationnel qui sont pourtant le fruit de politiques publiques sectorisées. La représentante anticipe la mise en place de nouveaux dispositifs issus du Ségur de la santé 2020, les équipes mobiles santé précarité, qui, contrairement aux dispositifs d'intervention et consultations décrits plus hauts, ne sont pas construites sur un ciblage populationnel ou thématique. L'ARS locale se confronte aux contradictions des politiques publiques en matière de réponse aux inégalités sociales de santé, partagée entre la multiplication des appels à projet ciblant des catégories de vulnérables (femmes migrantes, MNA, demandeurs d'asile, Roms...) et les principes universalistes d'inconditionnalité. La perspective engagée est alors celle d'étendre les catégories prises en charge par les dispositifs dédiés aux populations précaires. C'est par exemple dans cette perspective qu'elle a conditionné en 2020 le financement des consultations de l'association Psychologie Consultations. Comme nous l'avons vu plus haut, alors que l'association était jusque-là financée uniquement par la CPAM dans le cadre de sa convention partenariale avec l'ASE, l'ARS a proposé de financer les consultations dans le cadre du PRAPS à condition que l'association élargisse son activité effectuée avec les MNA aux populations exilées précaires plus généralement.

¹⁹³ Rapport d'activité 2019 du RDS Nord.

¹⁹⁴ Rapport d'activité 2018 du RDS Nord.

¹⁹⁵ Directrice du pôle Prévention et promotion de la santé, ARS départementale, septembre 2021.

3.1.1. Répartir son temps et sa ressource : un enjeu de justice sociale locale entre différentes catégories d'exilés

Ces remises en question du redéploiement progressif de leurs activités en faveur de certaines catégories d'exilés ne concernent que l'ARS et traversent également les professionnels des structures médico-sociales. Au sein de l'EMPP par exemple, un travailleur social a déploré la diminution des actions de son équipe auprès d'une partie des personnes vivant à la rue consécutive à la multiplication des permanences sur des lieux d'hébergement :

« Le problème avec toutes les interventions qu'on fait auprès des migrants, c'est que ça te prend beaucoup de temps sur les maraudes. On n'a plus le temps d'aller dans la rue, on rate du monde, des personnes isolées qui ne sont pas hébergées et qui sont dans des situations de grande précarité. Il faut qu'on arrive à réinstaurer les maraudes. »¹⁹⁶

C'est un sentiment similaire qu'a exprimé la médecin généraliste de la PASS 1 lorsqu'elle est revenue sur la période où elle était très fortement sollicitée par les mineurs non accompagnés accueillis sur le territoire, avant que ne soit mise en place la consultation qui leur est dédiée :

« Ce qu'il s'est passé, c'est qu'à un moment la consultation du mardi après-midi a été embolisée par les jeunes du D.A.I.S¹⁹⁷. Ils venaient à 4-5 et prenaient tous les créneaux, pour des consultations de dépistage. C'est devenu embêtant car cela empêchait de voir les autres patients. Je m'en suis rendue compte et j'ai commencé à dire 'pas plus de trois et que le matin', c'est-à-dire les créneaux sans rendez-vous. Ça a duré presque 2 ans. Je comprenais les éducateurs qui voulaient prendre les créneaux de l'après-midi. Car quand tu as rendez-vous à 14h, à 14h30 tu es sorti donc c'est pratique. Mais pour moi ce n'était pas la vocation de la consultation PASS. On s'est réorganisé puis il y eu la consultation du lundi matin [= la « consultation MNA »], et depuis je vois que mon activité est beaucoup plus variée. »¹⁹⁸

Au cœur de ces remises en question se trouve la gestion du temps de travail des professionnels et de la ressource qu'ils représentent, le soin gratuit, entre les différents groupes de populations précaires qu'ils considèrent. Cibler ou accueillir de façon privilégiée les uns amène au sentiment de « délaisser » les autres : ici les « migrants » hébergés dans les centres du DNA par rapport aux personnes à la rue, les MNA par rapport aux autres catégories d'exilés précaires sur le territoire. Il se joue dans ces considérations les représentations des besoins et des situations de vulnérabilité des personnes auxquels ils destinent leurs activités. Ce qui pose problème aux professionnels est l'impression d'éloigner leur dispositif de leur vocation originelle : un sentiment de détournement de la consultation initiale de la PASS au profit d'un groupe spécifique, un sentiment d'un éloignement des EMPP de l'espace de la rue, qui est l'un de ses premiers territoires d'intervention. L'exemple de la PASS est intéressant car il a conduit à la mise en place d'une règle visant à réguler la répartition de l'offre : des quotas ici appliqués au groupe des MNA. Il témoigne de la mise en place de pratiques de justice sociale locale de répartition de la ressource.

Le terme de justice locale a été développé par Jon Elster (1992) pour qualifier les processus locaux de distribution institutionnelle des ressources indépendantes du système de redistribution globale de la répartition des places à l'université, l'attribution de logements sociaux, la sélection de parents adoptifs, ou encore le personnel à licencier au sein d'une entreprise, etc. Les pratiques de justice locale

¹⁹⁶ Educateur spécialisé, EMPP, mai 2019

¹⁹⁷ « Dispositif d'accompagnement et d'insertion sociale », principal centre d'hébergement des mineurs non accompagnés sur le territoire

¹⁹⁸ Médecin, PASS 1, juillet 2019

répondent à des situations dites de « choix tragiques » (Calabresi & Bobbitt, 1978), c'est-à-dire, des situations où les biens nécessaires à la survie ou l'évitement de souffrance sont en nombre insuffisant par rapport au nombre de personnes qui en auraient besoin. Ces situations et les processus décisionnels associés ont particulièrement été décrits dans le domaine de l'aide médicale, par exemple autour de l'attribution de traitements ou de greffes d'organes (Elster & Herpin, 1992, Dalgalarondo & Urfalino, 2000). Toutefois, on retrouve aussi de telles analyses pour qualifier l'attribution locale d'aides sociales (Fassin, 2001b), l'accès aux services associatifs (D'Halluin, 2012) ou encore la répartition de places d'hébergement social (Gardella, 2014b, Pian & Hoyez, 2022). Une justice locale s'applique dans des contextes de ressources limitées où les critères d'éligibilité potentiellement définis par la législation ne suffisent à déterminer l'allocation des ressources. Le déséquilibre entre l'offre et la demande suppose alors la détermination de critères supplémentaires permettant de déterminer qui, parmi d'éventuelles personnes éligibles, bénéficiera en priorité de cette ressource. La dimension *locale* de cette justice renvoie au fait que la détermination de ces règles ne relève pas d'une instance supérieure centrale, mais davantage de choix internes aux institutions. Ces règles témoignent du pouvoir discrétionnaire des institutions voire des individus au sein des équipes face au cadre législatif et au positionnement de leurs tutelles. Le cas des dispositifs de soins gratuits comme des dispositifs d'hébergement social ou de l'urgence sociale est particulièrement intéressant au regard du fait que ces acteurs se positionnent généralement dans une démarche d'accueil inconditionnel et ont à cœur de ne pas avoir de critère d'admission. L'exercice de justice locale amène alors à des injonctions contradictoires.

La mise en place de quotas à l'entrée des dispositifs de soins gratuits relève bien d'un exercice de justice locale dans lequel se joue la répartition du soin gratuit entre les différents « publics » en situation de précarité. Il s'agit d'un type de régulation que j'ai retrouvé à plusieurs reprises sur le territoire. Au début de l'année 2019 lorsque je commençais mon enquête de terrain, l'équipe du RDS Sud avait appliqué un quota concernant l'accueil des hébergés du CAES ouvert depuis mars 2018 sur une commune voisine, à l'effectif et au turn-over très important. Bien que des consultations avaient été mises en place par un médecin sur place trois matinées par semaine, il arrivait que l'équipe du CAES oriente vers le réseau des hébergés qui n'avaient pas réussi à voir le médecin, par exemple lorsque le celui-ci était en congé. Le réseau avait alors décidé de limiter à trois personnes par semaine les orientations du CAES vers la consultation du réseau. À l'été 2020, c'est face à une augmentation importante de sollicitations de la consultation gratuite hebdomadaire par des familles Roms originaires de Moldavie vivant en habitat précaire sur le territoire que l'équipe décida de limiter l'accès de personnes issues de cette communauté à la moitié des places de la consultation hebdomadaire et à une personne par famille. À chaque fois ces quotas se sont inscrits de façon provisoire, répondant à un contexte conjoncturel lié à une évolution plus ou moins soudaine et importante de la demande par une catégorie d'exilés définie localement. Ne pas les inscrire dans le temps permet aux équipes de préserver une régulation souple, par exemple de ne pas appliquer les règles à l'aune d'une évaluation du contexte (par exemple s'il y a très peu de demande le jour-même). À l'inverse, les professionnels peuvent se saisir individuellement de ces règles alors même que rien n'a été décidé collectivement. La règle « d'une consultation par famille » en particulier est une règle que j'ai pu voir resurgir ponctuellement lors d'après-midis de consultations, en dehors du contexte de l'été 2020, pour réguler l'accès à la consultation de familles avec plusieurs enfants.

L'enjeu de la mise en place de tels quotas est la distribution « équitable » des consultations entre les différents groupes de populations précaires reconnues et définies par les acteurs, selon leur statut administratif, leur appartenance à la même communauté, la même famille, la même structure d'hébergement. Ces considérations d'équité sont d'autant plus importantes que les consultations hebdomadaires des PASS et RDS, contrairement à certains dispositifs qu'ils ont mis en place, ne ciblent pas des catégories de personnes vulnérables en particulier donc ne doivent pas privilégier un même groupe. Il est intéressant de constater que ce sont alors les mêmes catégories qui tantôt font l'objet d'un ciblage par certains dispositifs, tantôt sont mises à distance dans d'autres contextes. Pour les consultations sans rendez-vous en particulier les quotas mis en place vont prendre le pas sur la principale règle de régulation de la demande et d'attribution de l'offre qui est celle du « premier arrivé, premier servi », ou ce que Jon Elster qualifie de « critère du temps » (1992). Par exemple la consultation hebdomadaire du RDS Sud, qui commence souvent alors que plusieurs personnes sont déjà arrivées depuis plusieurs heures, débute traditionnellement avec une distribution de tickets numérotés de 1 à 10 ou 1 à 20 selon le nombre de créneaux disponibles ce jour, et donnés selon l'ordre dans lequel se sont présentés les patients. Cette règle de l'ordre d'arrivée commune à la plupart des guichets d'aide sociale (Dubois, 1999) permet de faire reposer la répartition de l'offre selon un critère qui ne serait alors pas dépendant de caractéristiques individuelles sociales des requérants mais d'une autre forme de mérite, celui de s'être présenté dans les premiers. Surtout elle ne fait pas porter l'attribution de l'offre sur l'évaluation par les personnes chargées de l'accueil et de la régulation de la demande mais bien sur le comportement des requérants sur la base d'un critère alors jugé comme plus neutre. Avec la mise en place de quotas, la régulation de la demande à l'aune du critère de temps se trouve reconfigurée et fait reposer sur la personne en charge de l'accueil la tâche de l'évaluation des caractéristiques des demandeurs (lieu d'hébergement, appartenance familiale) et la sélection des demandeurs. Elle amène cependant à des situations où les professionnels refusent du monde malgré la place potentiellement (encore) disponible, non sans difficulté. Au nom d'un principe d'équité, les professionnels s'imposent des refus de soins pour s'en éviter d'autres plus tard : « *Là on en prend plus que 10 patients le jeudi, et quand ils viennent à 5, comme hier, une famille complète, et que je leur dis « Non c'est 1 par famille » car il en faut pour tout le monde...bah on sélectionne. C'est pas facile du tout, et c'est pas comme ça que je vois l'accès aux soins.* »¹⁹⁹ Les professionnels se placent alors dans des situations d'injonctions contradictoires.

3.1.2. Face aux difficultés d'orientation dans le droit commun, le provisoire qui dure

Comme nous l'avons vu en première partie avec la consultation « migrants » de l'EMPP, les dispositifs spécialisés sont en partie envisagés comme des manières de contourner le droit commun considéré comme peu « adapté ». En conséquence, les professionnels expriment des réticences à orienter les personnes vers la médecine de ville lors de l'obtention des droits à la CPAM. Même quand ils veulent, ils rencontrent surtout des difficultés à trouver des thérapeutes. La principale remise en question par leur propre tutelle financeuse des dispositifs de soins gratuits porte sur leur mission de « passerelle » vers le droit commun. :

¹⁹⁹ Infirmière, RDS SUD, janvier 2021

« Ce qui me questionne en précarité c'est la temporalité des interventions. On est quand même très focus sur l'entrée dans le parcours, on est un peu dans le maintien dans le parcours, avec certains acteurs motivés comme nos réseaux qui font de l'accompagnement individuel. Eux parlent de coordination mais c'est de la coordination de parcours individuels c'est-à-dire qu'ils prennent la main des personnes et essayent de les maintenir dans les parcours de soin. Et le grand grand oublié c'est la sortie du parcours. Y a une fraction de ces personnes, hébergées ou non, qui devraient basculer vers les dispositifs de droit commun [...] La majorité des précaires ont in fine leurs droits ouverts. Mais ce qui n'est pas normal c'est qu'on fait des trappes à précarité dont les personnes ne sortent jamais. »²⁰⁰

On retrouve ici la vision du soin par les pouvoirs publics en termes de construction de parcours. La représentante de l'ARS reproche aux dispositifs de soins gratuits leur faible capacité à construire ces parcours dans l'espace de droit commun. La suite des échanges a révélé une analyse de ces insuffisances comme la conséquence d'un ancrage territorial et partenarial insuffisant mais aussi l'interprétation d'un manque de volonté des acteurs à orienter vers des partenaires :

« Je pense qu'il y a une difficulté pour ces acteurs à passer la main. Y a une fâcheuse tendance en précarité - du fait du lien de confiance qu'on met en avant et que je nie pas...plutôt que d'aller chercher quelqu'un qui pourra prendre le relais, j'essaie de répondre en interne à toute la demande. La demande de bobo mais aussi de logement... Et du coup je fais pas seulement de l'accès aux droits mais aussi de l'accès au logement et donc toute la paperasse. Et du coup, même s'ils ont une file active très importante, ce que je voudrais documenter c'est en pratique quelle est la gestion du temps : est-ce que c'est 50 personnes qui embolissent deux tiers du temps, et les autres font que passer et du coup on dégrossit un peu et ça roule ? Mais du coup, ces 50 personnes, est-ce que c'est justifié qu'elles continuent à le faire comme ça ? Ou est-ce qu'on a effectivement une consommation moyenne de ressource par personne qui est relativement importante, et du coup fait que les équipes sont happés par les squats et les campements, au détriment d'autres publics hébergés. »²⁰¹

La représentante de l'ARS exprime également un enjeu répartition de la ressource entre les différentes catégories de publics précaires. Ce qui est ici reproché aux acteurs est l'élargissement de leurs missions au détriment de leur vocation initiale et principale d'aide à l'accès aux soins : l'action médico-sociale auprès des plus précaires deviendrait victime de « l'approche globale » qu'elle revendique et de sa volonté d'agir sur tous les déterminants sociaux de la santé. Par ailleurs ce discours reflète à nouveau les logiques gestionnaires d'optimisation des ressources dans la mise en œuvre de l'action publique. Il y a un enjeu dans la « consommation des ressources », qui doit répondre aux besoins des populations tout en profitant au plus grand nombre.

Cette difficulté à passer la main se cristallise dans la pratique consistant à continuer d'accueillir les patients ayant obtenu leurs droits dans les dispositifs de consultations gratuites normalement dédiées aux personnes qui en sont dépourvues. Notre dernière sous-partie analyse cette pratique, qui relève également d'un exercice de justice locale.

3.2. L'accueil des personnes avec une couverture sociale dans les dispositifs de soins gratuits : souplesse à la marge et enjeux de justice locale

La problématique de l'accueil des personnes avec une couverture sociale au sein des dispositifs de soin gratuits est loin d'être nouvelle. Les rapports de l'Observatoire de Médecins du Monde dénoncent depuis plusieurs années le recours croissant de personnes disposant d'une

²⁰⁰ Représentante de l'ARS départementale, février 2021.

²⁰¹ Ibid.

couverture sociale à leurs centres d'accueil et d'orientation. En 2019, 21% de leurs patients reçus dans leurs CASO ont des droits ouverts à une couverture sociale (Médécins du Monde, 2020). C'est à peu près le même pourcentage que l'on retrouve dans l'enquête menée en 2017 auprès de 850 patients étrangers ayant consulté dans 30 PASS du territoire : 23% des patients étaient bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME (Tapié de Celeyran et al., 2017). Ces données témoignent que les structures de soins gratuits, publiques comme associatives, assument de prolonger la prise en charge des patients au-delà de la couverture sociale en réponse aux difficultés d'accès des personnes précaires au reste du système de santé. Accueillir les personnes avec une couverture sociale augmente cependant les enjeux de régulation de la demande qui leur est faite. D'après une enquête de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) menée auprès de 143 PASS en 2017, environ 35% des PASS s'estiment « saturées » au sens d'une absence de disponibilité immédiate, de nombreuses PASS ne fonctionnant plus que sur rendez-vous et certains services déclarant des délais d'obtention d'un rendez-vous pouvant atteindre plusieurs semaines²⁰². Cet enjeu de régulation se pose d'autant plus pour des acteurs dont l'activité est particulièrement limitée, comme c'est le cas sur le territoire périurbain étudié (environ 1 journée hebdomadaire de consultations gratuites pour chaque service PASS ou RDS). Accueillir les personnes avec une couverture sociale, même exceptionnellement, les expose alors particulièrement au risque de ne plus pouvoir répondre rapidement à la demande des personnes qui n'auraient pas encore de droits. Comment gérer la réponse aux besoins des personnes dans la limite de sa disponibilité ? Cette dernière partie analyse la manière dont les dispositifs de soins gratuits du territoire régulent la demande provenant de personnes déjà bénéficiaires d'une couverture sociale, censés sortir ou ne jamais faire partie de leur file active. Nous allons voir que cette problématique s'inscrit dans un contexte où les pouvoirs publics invitent eux-mêmes à des pratiques de justice locale. Dès lors nous reviendrons sur les arguments et critères mobilisés par les professionnels pour réguler cette demande ainsi qu'à leurs propres limites.

3.2.1. Une législation et une régulation institutionnelle qui invitent à des pratiques de justice locale

La circulaire de 2013 précisant les modalités de fonctionnement des PASS²⁰³ définit le patient bénéficiaire comme tel : « *un patient en situation de précarité qui a besoin de soins externes et qui ne peut y accéder en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude, ou pour d'autres raisons d'ordre social : patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins* ». Bien qu'évoqué comme l'une des raisons principales de recours aux PASS, l'accessibilité à la PASS pour « toute autre raison d'ordre social » suggère que le critère de la couverture sociale n'est ni nécessaire ni suffisant à définir le public éligible au dispositif. Le critère retenu est celui du besoin (Elster, 1992). De la même façon, les réseaux de santé associatifs ne sont pas théoriquement soumis à des critères d'inclusion sur leur patientèle : ces derniers sont surtout définis dans le projet associatif ou par l'ARS dans le cadre de certains financements fléchés, par exemple pour une consultation spécialisée.

²⁰² Enquête menée par la Fédération des acteurs de la solidarité au sein du réseau de PASS en février 2017. Enquête renseignée par 190 intervenants sociaux issus de 143 PASS. Résultats de l'enquête consultables notamment dans le rapport annuel 2017 de la FAS.

²⁰³ Circulaire 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), Ministère des affaires sociales et de la santé.

Nous avons retrouvé dans le discours de l'ARS Île-de-France cette même position souple relativement au public éligible aux dispositifs de soins gratuits :

« Sur les PASS parisiennes j'insiste beaucoup sur le fait que la file active doit être composée de primo-consultants, parce qu'à un moment donné y a d'autres dispositifs qui peuvent prendre le relais. En grande couronne, je comprends bien que même si la personne a eu son AME, c'est plus compliqué de la réorienter vers un médecin de ville. Donc on a des critères d'évaluation qui tiennent compte de l'environnement géographique. Quelqu'un qui est inclus dans la PASS en grande couronne est potentiellement moins précaire, elle peut avoir une couverture incomplète. Alors qu'à Paris on considère qu'elle peut aller ailleurs. Une PASS en grande couronne qui me dit, monsieur est retraité, il n'a pas de mutuelle, il est suivi en PASS, ça me choque pas alors qu'à Paris y aurait pas ce public-là, on est sur des migrants primo-arrivants. Donc on a effectivement une approche différente, qui tient compte de la réalité géographique, sociale. »²⁰⁴

La coordinatrice régionale des PASS fait part ici d'une vision territorialisée de la mission et du public cible des PASS, distinguant les établissements situés en grande couronne par rapport aux établissements parisiens. Considérant la démographie sanitaire très inégale sur le territoire, la difficulté particulière des services de soins gratuits en grande couronne à orienter vers la médecine de ville justifie un regard différent sur la file active de ces services, notamment une certaine indulgence par rapport au critère de la couverture sociale. En reconnaissant cette variable territoriale dans les difficultés d'accès à la médecine de ville, l'ARS invite elle-même à la mise en œuvre d'une forme de justice spatiale locale au sein des dispositifs de soins gratuits.

S'il est toléré par l'ARS, l'accueil de personnes déjà couvertes est aussi à replacer dans le contexte des difficultés à vérifier les situations des droits des personnes. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 3 (partie 2.3), les RDS n'ont pas accès au logiciel de la CPAM permettant de vérifier l'avancée des démarches d'accès à une couverture sociale, par exemple quand un nouveau patient dont des démarches ont été entamées sollicite une consultation gratuite. Par défaut les équipes n'ont pas le choix de considérer que les droits de la personne ne sont pas ouverts, ce qui peut amener sans le savoir, à accueillir quelqu'un qui pourrait être réorienté vers le droit commun. Les PASS ne sont pas confrontées à ces situations. Néanmoins il est apparu que la confirmation de droits ouverts suite à la consultation du logiciel de la CPAM n'aboutira pas nécessairement à un refus de consultation, en particulier pour les consultations sans rendez-vous. En effet, les équipes considèrent que s'il n'a pas encore reçu son attestation, le patient se fera de toute façon facturer les soins, que cela soit chez un médecin de ville ou même à l'hôpital. Il apparaît finalement que le logiciel de consultation des droits à l'Assurance Maladie n'est pas tellement utilisé pour réguler le flux de consultations gratuites. Il permet surtout aux travailleurs sociaux (et donc aux patients) de savoir si des démarches administratives sont (encore) nécessaires. Pour les consultations sur rendez-vous ce sont aussi les temporalités des démarches administratives qui imposent une certaine indulgence relativement au critère de la couverture sociale, notamment lorsque des personnes obtiennent leurs droits entre la prise de rendez-vous et la consultation. *« Parfois ils ont une ouverture de droits partiels, j'apprends après qu'elle est complète mais le rendez-vous est pris donc ma foi ils viennent. »²⁰⁵* La souplesse institutionnelle dans les règles d'accès aux dispositifs de soins dédiés aux précaires ainsi que les difficultés systémiques à connaître le statut des personnes au regard de l'Assurance maladie

²⁰⁴ Coordinatrice régionale des PASS d'Île-de-France, juillet 2020

²⁰⁵ Secrétaire, PASS 2, novembre 2021.

permettent et exigent à la fois une certaine indulgence quant à l'accès des personnes avec droits à leurs consultations gratuites. Ce qui pourrait être défini comme un critère d'éligibilité, à savoir l'absence de droits à la sécurité sociale, est loin d'être un critère strict et invite à des arbitrages locaux.

Face à cette législation ambiguë, les structures de soin sont libres de se positionner différemment. D'après l'enquête de la FAS précitée (2017), environ la moitié des PASS déclarent accueillir régulièrement des patients avec une couverture sociale ; l'autre moitié adoptant, ou en tout cas déclarant, une politique plus stricte au regard du critère de la couverture sociale. Les structures de soins gratuits du département, PASS comme RDS, font *a priori* partie de la première moitié des services de soins puisque tous m'ont expliqué accueillir ponctuellement, « selon les circonstances »²⁰⁶, et « en fonction de leurs profils »²⁰⁷ des personnes avec une couverture sociale. Plus précisément les rapports d'activité des PASS 1 et 2 indiquent que les patients avec des droits représentent environ 15% des patients les sollicitant²⁰⁸. Cependant, si ces taux apparaissent dans la caractérisation de la file active sociale (accompagnée dans les démarches sociales), aucune des deux PASS n'a précisé l'information dans la file active médicale, c'est-à-dire celle accédant aux consultations gratuites. Cette absence de quantification suggère que ces pratiques ne sont pas complètement assumées auprès des tutelles. Concernant les réseaux de santé, les personnes couvertes représentent environ 15% de la file active générale du RDS Nord au moment de leur premier contact avec le réseau, et autour de 7% des patients reçus dans le cadre de sa PASS ambulatoire. On retrouve des taux relativement similaires pour le RDS Sud : sur les années 2016 à 2019, les personnes avec une couverture sociale représentent moins de 10% de la file active globale et 4 à 5% des personnes reçues à la consultation gratuite. Cette tendance stable sur les dernières années a cependant basculé en 2020 où le taux de personnes avec couverture sociale a représenté 24 % des patients reçus à la consultation. Nous allons revenir en fin de partie sur le contexte de cette année exceptionnelle, marquée non seulement par l'épidémie de covid-19 mais aussi une évolution de la population sollicitant le réseau. Avant cela, attardons-nous sur les « circonstances » et « profils » qui amènent les acteurs à cet accueil dérogatoire.

3.2.2. Des pratiques dérogatoires entre évaluation du contexte et du besoin

L'accueil marginal de personnes avec une couverture sociale suggère des pratiques dérogatoires au regard de ce critère. Dans sa thèse, Jérémy Geeraert (2017b) a analysé comment, dans ce contexte d'une définition ouverte des patients ciblée par les dispositifs de soins gratuits, les directions hospitalières et les professionnels des services PASS définissent de façon plus ou moins assumée et conscientisée des catégories de patients « éligibles » à leurs services. Les règles d'admission dans les PASS reposeraient sur un ensemble de considérations économiques, notamment la question de la solvabilité des patients, morales, au nom par exemple du maintien de la vie dans le cas d'urgences vitales, ou politiques, liées aux représentations par les professionnels de la figure de l'exilé. Ces règles, alimentées par les pressions managériales de l'institution hospitalière, représentent ce qu'il appelle des « frontières à géométrie variable des dispositifs d'assistance » (Geeraert, 2017a), dans la mesure où elles sont susceptibles de varier entre deux structures de soins gratuits d'un même territoire, mais aussi en interne entre des professionnels d'un même service partageant des

²⁰⁶ Directeur du RDS 1, mars 2019.

²⁰⁷ Secrétaire de la PASS 2, novembre 2021.

²⁰⁸ Rapports d'activité 2018.

considérations différentes. Faisant écho à ces analyses, il est apparu que les professionnels n'appliquent pas des règles précises qui seraient décidées au niveau institutionnel (par l'hôpital, la PASS ou le RDS) dans la régulation de la demande en soins de personnes avec une couverture sociale mais effectuent surtout des arbitrages atomisés reposant sur une évaluation de la demande par rapport à l'offre d'une part et à certains critères relatifs à la situation individuelle des patients.

Relativement indépendamment de critères relatifs aux situations des personnes, les professionnels s'appuient d'abord sur l'état de la demande au moment de la consultation pour accepter ou non des personnes avec une couverture sociale. Cet ajustement est possible principalement pour les consultations sans rendez-vous, pour laquelle l'attribution d'une consultation se fait au dernier moment. Cette possibilité s'offre en tout cas pour des services qui ne témoignent pas d'une demande systématiquement supérieure à l'offre, comme c'est le cas des deux services étudiés proposant des consultations sans rendez-vous, le RDS Sud et la PASS 1. S'il y a des semaines où les équipes refusent du monde, il y en a où tous les créneaux ne sont pas remplis et offrent des possibilités de contournement du critère de couverture sociale. Il m'est ainsi arrivé d'assister lors de la consultation hebdomadaire du RDS qu'un patient ayant une couverture sociale se voit proposer d'attendre, et dans le cas où la consultation ne serait pas complète, passer en dernier. Cette gestion à la marge des demandes de personnes couverts permet aux professionnels de s'éviter des refus de prise en charge, qui même s'ils seraient justifiés d'un point de vue du critère de la couverture sociale, demeurent des « choix tragiques » (Calabresi & Bobbitt, 1978) :

« Si y a de la place, bon bah on va pas le refuser pour le principe...C'est déjà assez difficile de refuser des personnes quand y a trop de monde. Donc bon si quelqu'un vient, venu, il a attendu...Les médecins sont là..bon.. Sachant qu'il va sûrement galérer en ville, ça ne sert à rien. Mais après faut pas que ça devienne une habitude, c'est pour ça qu'on insiste vraiment à l'accueil pour dire que c'est pour ceux qui n'ont pas de droits. Le problème c'est ceux qui reviennent encore. »²⁰⁹

Faisant écho à la position de l'ARS, on retrouve une résistance à une position dogmatique par rapport au critère de la protection sociale. Ces pratiques dérogatoires se justifient d'autant plus que les professionnels ont largement conscience des difficultés que rencontrent les patients dans l'accès à la médecine de ville, que cela soit au regard de la saturation de l'offre sur le territoire, des pratiques discriminatoires ou des difficultés de mobilité.

Parallèlement à l'évaluation de la demande, qui concerne surtout les consultations sans rendez-vous, le premier et principal critère justifiant des pratiques d'exception au regard de l'accueil de personnes avec une couverture sociale est la non-maîtrise du français :

« Travailleur social : - Alors je sais qu'on est censé travailler avec des médecins de ville. Mais je trouve que ...comment dire... avec des personnes où y a la barrière de la langue, je pense notamment aux russophones, roumanophones, les personnes qui parlent géorgiens, les afghans qui parlent pachto...A la rigueur les anglophones tu peux les orienter vers le droit commun mais dès qu'il y a une langue un peu « exotique » entre guillemets, les rediriger vers le droit commun c'est littéralement les jeter dans la cage aux lions. Ces personnes ont beau faire de leur mieux pour entrer dans le droit commun, elles peuvent très bien comprendre le système, mais le gros souci c'est qu'ils n'ont pas la maîtrise du français. Et comme les

²⁰⁹ Assistante de direction, RDS, juillet 2020

instances ne sont pas facilitantes justement avec les publics non francophones, pas équipées, et bien ça les bloque.

Enquêtrice : - Et du coup, de ton point de vue, il faut continuer à les suivre ?

Travailleur social : - Avec ce public là où y a vraiment la barrière de la langue, oui pour moi on n'a pas le choix de continuer à les suivre. L'offre de soins est tellement minime pour la population insérée...Déjà y a des Français qui n'arrivent pas à avoir de médecin traitant, alors pour ces personnes c'est l'enfer. Là par exemple, c'est juste pour donner un exemple, je suis un petit couple, je les trouve géniaux, ils sont super investis dans leur démarche, ils font tout ce qu'ils peuvent pour apprendre quelques mots de français, alors qu'ils parlent arabe à la base. Bah si je les oriente en ville ils vont se retrouver face à un médecin qui parle pas arabe, qui va peut-être les juger en mode « pourquoi vous êtes venus en France ». Ça me fait flipper de me dire qu'ils vont pas être traités comme tout le monde. »²¹⁰

« Quand c'est une première demande avec des gens qui ont besoin d'interprétariat, vu qu'on a la possibilité ici, j'accepte. Parce que c'est pour eux que c'est le plus difficile, c'est sûr »²¹¹

« L'accès aux soins, ça dépend comment tu l'entends. Normalement on est là pour ceux qui n'ont pas d'accès aux droits. Mais ceux qui ne trouvent pas de médecins traitants parce qu'ils ne parlent pas la langue, tu fais comment ? Tu les laisses mourir dans la rue ? Donc moi je prends ceux qui ont des droits mais qui ne parlent pas la langue ou sont dans des situations complexes, d'urgence »²¹²

On retrouve ici les quatre « topiques de justification » identifiées par Didier Fassin dans son analyse des demandes d'aide d'urgence (Fassin, 2000b, 2001b) et qui, selon lui, dessinent les contours des politiques d'assistance : la compassion, le mérite, la nécessité, la justice. L'argumentaire repose en effet sur le constat d'une accessibilité particulièrement difficile des patients non francophone en situation de précarité à la médecine de ville, au détriment des non francophones (« *C'est pour eux que c'est le plus difficile* »). Le travailleur social expose une échelle du préjudice, du patient précaire francophone pour qui ce n'est déjà pas facile, aux locuteurs des langues les plus rares, en passant par l'anglophone. Les risques de discriminations auxquels sont alors particulièrement confrontés les étrangers non-francophones, combinés à un manque d'accès à l'interprétariat dans le système de santé représentent une iniquité, une injustice qu'il convient de réparer. Face à cela, le sentiment dominant est alors celui d'une nécessité pratique et éthique, non pas au sens du besoin mais au sens d'une absence d'alternative satisfaisante pour répondre au besoin de l'autre d'une part, et à leur mission de promoteur de l'accès aux soins (« *on n'a pas le choix* » ; « *Tu fais comment ?* »). Cette nécessité est renforcée par le sentiment compassionnel, qui se retrouve dans le transfert sur les accompagnants de la crainte des risques de refus de soin (« *Ça me fait flipper* »). Enfin les représentations des efforts que déploient les personnes dans leurs démarches de recours aux soins témoignent bien de la reconnaissance d'un mérite à être aidé (« *Ces personnes ont beau faire de leur mieux* » ; « *ils sont super investis et font tout ce qu'ils peuvent pour apprendre le français* »).

²¹⁰ Entretien avec un travailleur social du RDS Sud, mars 2021.

²¹¹ Secrétaire, PASS 2, novembre 2021

²¹² Infirmière, RDS Sud, janvier 2021

Ces quatre topiques façonnent les discours et le sentiment de responsabilité qu'ont les acteurs du soin par rapport à la prise en charge en ville des non-francophones. À cela s'ajoute l'argument de la possibilité qu'ont les acteurs de répondre à la problématique de l'interprétariat en comparaison avec le reste du système de santé (« *Vu qu'on a la possibilité ici...* » « *En plus nous on a..* »). Comme le suggère le travailleur social, c'est bien l'absence de moyens dans l'interprétariat qui « bloque » et construit ce que beaucoup appellent la « barrière de la langue ». Par cet argument des moyens s'opère alors une forme de transfert de la responsabilité du soin de certains patients non francophones sur les services dédiés aux populations précaires.

3.2.3. *Ajuster les règles des dispositifs de soins*

Comme nous l'avons vu avec la mise en place de quotas pour réguler une demande émanant d'une même catégorie de patients (cf. partie 3.1.1), les professionnels se permettent d'ajuster les règles encadrant leurs dispositifs pour faire accéder à des consultations gratuites les personnes ayant une couverture sociale mais rencontrant des difficultés amplifiées de recours au droit commun. Au RDS Nord, les assistantes sociales ont assumé orienter des patients non francophones vers des consultations de leur PASS ambulatoire, dans la perspective d'obtenir ensuite une prise en charge dans le droit commun par le même médecin :

« Pour ceux qui parlent pas français, souvent ont fait ce truc un peu tordu d'obtenir un premier rendez-vous par le biais de la PASS ambulatoire, même si la personne a déjà ses droits quand on la rencontre, en espérant qu'elle rentre dans la file active du centre médical. C'était le cas pour les Moldaves. On triche. Il ne peut pas rentrer par la porte donc on le fait rentrer par la fenêtre. »²¹³

Les assistantes sociales s'appuient d'une part sur le fait que les médecins ne refuseront pas des patients orientés dans le cadre de la PASS ambulatoire, d'autant que le réseau met à disposition des médecins ses services d'interprétariat, d'autre part sur leur engagement auprès des populations précaires pour accepter un suivi dans la durée. L'évocation de la « tricherie » et la métaphore de l'intrusion par la fenêtre confirme que la professionnelle a bien conscience d'une forme de contournement du principe de la PASS ambulatoire par un « passage en force » dans le système de santé de droit commun. La fenêtre désigne bien cette porte d'entrée alternative dans le système de santé que représentent les dispositifs de soins gratuits, permettant aux personnes victimes de leur indésirabilité d'accéder aux soins.

Les équipes peuvent aussi s'appuyer sur leurs autres dispositifs de soins non soumis au critère de la couverture sociale pour réguler la demande. Ainsi une infirmière du RDS Sud a expliqué utiliser le cadre de la consultation de prévention « migrants », dédiée à une activité renforcée de prévention, pour prendre en charge des personnes avec une couverture sociale qui peinent à accéder au droit commun :

« Sinon j'essaye de les programmer le lundi [consultation de prévention], pour qu'il y ait un peu un suivi. Et je demande à Florence [interne s'occupant de la consultation] de faire des prescriptions de 3 mois. Comme ça on les voit que tous les 3 mois. Parce que tous les mois c'est trop régulier, ça va trop vite. Donc je leur dis, sauf gros problème de santé, ils ne reviennent pas, tous les trois mois ça

²¹³ Coordinatrice sociale, RDS, mai 2021.

suffit. Nous, avec des droits, on ne va pas tous les mois voir notre médecin traitant, on est d'accord. Pour que tout le monde ait son temps de médecin. »²¹⁴

Cette consultation pensée pour être aussi accessible à des personnes avec des droits représente alors une forme de variable d'ajustement pour gérer la demande en consultations gratuites. On comprend que cet arrangement s'accompagne d'un autre ajustement concernant les prescriptions. En effet, théoriquement les médecins du RDS sont censés prescrire et délivrer des traitements ne couvrant qu'une durée d'un mois, dans l'idée de n'être qu'un dépannage provisoire avant l'accès droit commun. Si à l'issue de cette période les personnes ont leurs droits, elles sont censées se tourner vers le droit commun, sinon elles peuvent revenir pour une nouvelle prescription. L'ajustement de ce délai pour des patients avec une couverture sociale représente alors une forme de compromis pour répondre à leurs difficultés d'accès au droit commun en limitant leur fréquence de recours au réseau. De même, pour ces patients avec couverture sociale l'infirmière ne délivre pas les médicaments à partir de la pharmacie humanitaire du réseau mais oriente les patients en pharmacie afin de limiter les coûts. Cet ensemble d'ajustements permet de réduire le surcoût pour la structure que représente l'accueil de personnes avec une couverture sociale.

Ces arrangements des professionnels des réseaux illustrent les possibilités des structures de soin gratuits de jouer avec la souplesse de leurs propres dispositifs et règles de fonctionnement pour répondre aux difficultés d'accès au droit commun des exilés précaires. Ces ajustements reposent essentiellement sur les arbitrages individuels effectués par les professionnels qui accueillent les patients et régulent l'orientation vers les différents dispositifs de consultations gratuites. Si cette gestion au cas par cas apparaît satisfaisante pour les situations ponctuelles, elle trouve cependant très rapidement ses limites quand il s'agit d'effectifs plus importants, par exemple lorsque plusieurs personnes ayant des droits sollicitent en même temps la consultation gratuite.

3.2.4. Les limites du cas par cas ou la réaffirmation des règles face au grand nombre

Par définition, une exception n'en n'est plus une quand elle est régulière. D'une part les situations d'exceptions répétées augmentent la demande sur les dispositifs au risque de ne pas pouvoir répondre à une personne sans couverture sociale, d'autre part elles peuvent être perçues par les praticiens comme un détournement des consultations gratuites de leur vocation initiale. À l'été 2020, le RDS Sud a expérimenté une augmentation particulièrement importante de la demande en consultations gratuites par des personnes avec une couverture sociale récemment installées dans des squats et autres habitats précaires sur le territoire. Dans le contexte de la crise sanitaire du covid-19, et alors que ces personnes étaient essentiellement russophones ou roumanophones et que le réseau venait de recruter une médiatrice interprète roumanophone, les infirmières effectuant l'accueil de la consultation gratuite hebdomadaire ont d'abord considéré comme légitime d'accepter ces personnes. Au bout de quelques semaines cependant, cette acceptation régulière de personnes avec couverture sociale est contestée par des médecins bénévoles qui font alors remonter à la direction leur mécontentement quant à la politique du réseau. À l'issue d'une après-midi de consultations, un médecin bénévole quitte le réseau en menaçant d'arrêter son engagement dans la consultation :

²¹⁴ Infirmière, RDS, janvier 2021.

« Bon, moi si ça ne change pas j'arrête. L'ARS, s'ils veulent plus de médecins généralistes pour les personnes qui ont des droits, ils n'ont qu'à ouvrir un cabinet. J'ai pas signé pour ça [...] Le Ségur, c'est que pour l'hôpital. Rien pour les libéraux qui encaissent tout... »²¹⁵

L'accueil de personnes avec une couverture sociale rentre en contradiction avec le sens donné à son engagement bénévole : soigner ceux que le droit exclut du système de santé et non pas pallier les insuffisances du système de santé. Soigner des personnes avec une couverture sociale signifie alors se substituer au système de droit commun et pallier les insuffisances de l'État quant au financement global de la médecine de ville, dont il est en plus un représentant. Evoquant les mesures du Ségur de la santé 2020 dévoilées quelques semaines auparavant par le gouvernement, les reproches du bénévole vont alors bien au-delà de la question de la régulation par le réseau de la demande des personnes sans droits, mais expriment une colère générale quant au financement de l'accès aux soins et notamment de la médecine de ville²¹⁶. Toutefois, ce jour-là la secrétaire m'explique que c'est la troisième fois que ce médecin exprime son désaccord quant à l'évolution de la file active vers un nombre important de patients bénéficiaires de la CMU-C. Pour elle, cette menace d'arrêter son engagement exige que l'association se positionne de façon plus claire vis-à-vis de la prise en charge de personnes avec une couverture sociale, au risque de perdre des bénévoles.

« Secrétaire :- Ils font du bénévolat pour soigner des gens sans droit et ils se retrouvent à soigner des gens avec droits.

Enquêtrice : - C'est récent comme phénomène ? Je veux dire, ça n'arrivait pas avant ?

Secrétaire : - C'est surtout depuis le corona, avec tous les gens du camp. Parce que c'est impossible de trouver des médecins traitants pour ces gens-là, donc on les accueille ici. Mais il faut expliquer ça aux médecins, sinon ils vont se barrer [...] Ce qui m'agace c'est qu'ils vont finir par les perdre, alors que Jacques c'est un super médecin, très investi. Mais moi je le comprends. On ne lui a pas expliqué. »²¹⁷

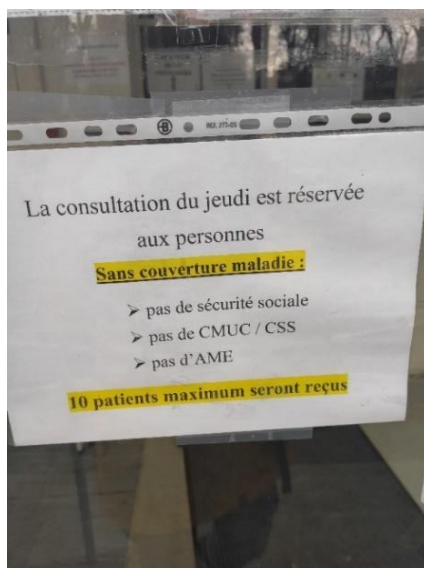
Cet événement qui s'est inscrit dans une mobilisation de plusieurs médecins bénévoles a donné lieu à une réunion d'équipe au cours de laquelle a été décidée d'être plus stricte au regard du critère de couverture sociale. Quelques semaines plus tard, j'observais que l'équipe avait placardé un écriteau rappelant que la consultation était réservée aux personnes sans couverture sociale (cf. **Photo 2**).

²¹⁵ Médecin bénévole lors d'une observation au RDS Sud, juillet 2020

²¹⁶ L'annonce des mesures du Ségur de la santé en juin 2020, au sortir de la prière vague de l'épidémie de Covid-19 avait été dénoncé par les médecins de ville comme un « Ségur de l'hôpital », tourné essentiellement vers le système hospitalier. Dès juillet 2020, la Fédération des médecins de France avait notamment lancé la plateforme "[l'autre Ségur](#)", appelant les professionnels à donner leur avis sur des propositions concrètes pour la médecine de ville.

²¹⁷ Secrétaire, RDS Sud, juillet 2020.

Photo 2. Pancarte affichée à l'entrée du RDS Sud rappelant les règles d'accès à la consultation gratuite



I. Siffert, septembre 2020

Cette pancarte illustre comment le critère de la non-possession de droits, s'il n'est pas un critère intangible pour accéder à la consultation, peut être réaffirmé, au moins symboliquement, quand la demande est trop importante et que l'arbitrage au cas par cas ne permet plus aux équipes de la gérer. Cette gestion des personnes avec une couverture sociale tout comme les quotas mis en pour certains groupes spécifiques montrent que les dispositifs se permettent d'adapter leurs règles à l'évolution des populations qui les sollicitent.

Conclusion du chapitre 5

Ce chapitre a analysé les dynamiques de spécialisation de la réponse médico-sociale locale à l'accueil des exilés. La construction d'une expertise locale passe par le développement de dispositifs de soin dédiés, ici des consultations « migrants » répondant à des besoins considérés comme insuffisamment et/ou mal prises en charge dans le reste du système de santé. Ces dispositifs de soins sont alors construits sur des ciblage populationnels et/ou thématiques qui sont le reflet à l'échelle locale des logiques de sectorisation qui caractérisent la construction de l'action médico-sociale, bien au-delà du seul champ de la précarité. Ils représentent alors la capacité des acteurs locaux de se saisir de l'évolution de la demande et de l'évolution des politiques publiques pour créer des opportunités de développement. Au-delà de l'évolution des dispositifs de soins, nous avons vu comment la construction d'une expertise territoriale s'incarne également dans l'activité de sensibilisation et formation que portent les acteurs médico-sociaux spécialisés dans l'accueil des exilés. Une approche sociologique et géographique de parcours de passeurs a alors permis d'analyser les dynamiques de circulation des normes, savoirs et pratiques de la santé des exilés à différentes échelles. S'attarder sur certains parcours individuels a montré comment certains professionnels, par leurs expériences, engagements et ancrages institutionnels multiples, incarnent et construisent la fonction de promoteur de l'accueil et l'accompagnement des exilés que sont censés assurer les institutions. Par ces ancrages,

ils participent à inscrire leur « culture de l'initiative locale » (Hoyez, 2011) dans les réseaux d'acteurs qui construisent la santé des exilés comme enjeu scientifique et interventionnel à l'échelle nationale.

La construction locale d'une prise en charge spécialisée révèle néanmoins des ambivalences de la lutte contre les inégalités sociales de santé. D'une part, les reconfigurations de la demande sociale et des activités en faveur d'un ciblage de certaines catégories de patients interrogent les professionnels sur la répartition de leur temps de travail et de la ressource qu'ils représentent. Elles révèlent des interrogations des acteurs en termes de justice sociale. Face à cela, la mise en place de règles locales (essentiellement sous la forme de quotas) ou encore les pratiques d'accueil des personnes avec une couverture sociale témoignent de capacités d'ajustements discrétionnaires visant à réguler la demande et la distribution de leur ressource. Ces règles montrent que des frontières sociales et politiques existent aussi à l'entrée des dispositifs de soins dédiés aux personnes précaires. Dans un contexte où les moyens pour prendre en charge les plus précaires sont insuffisants par rapport aux besoins, les professionnels des structures de soins dédiées aux personnes précaires composent entre la place qu'ils ont à offrir et leurs propres représentations de leur activité. D'autre part, ces approches spécialisées interrogent le positionnement des acteurs dédiés par rapport au reste du système de santé et notamment l'articulation de leurs approches spécialisées avec leur rôle de « passerelle » vers le droit commun. C'est alors sur la mise en œuvre de cette mission d'orientation vers le droit commun que nous allons nous concentrer.

CHAPITRE 6

Sortir les exilés des dispositifs dédiés aux populations précaires. Négociations et pratiques d'orientation vers la médecine de droit commun

« *La réalité de la santé en Seine-et-Marne, c'est déjà que c'est un vrai désert médical* ». Ce qualificatif est sans doute le plus récurrent donné par les professionnels interrogés pour qualifier le territoire. Avec une densité moyenne de 51,2 professionnels pour 100 000 habitants, le département est en effet, en 2020, le deuxième de France métropolitaine le moins doté en médecins généralistes libéraux²¹⁸. Concernant les spécialistes libéraux (toutes spécialités confondues), sa densité de 52,2 professionnels pour 100 000 habitants le situe un peu moins bas dans le classement, 29^e en partant de la fin, mais néanmoins très en deçà de la moyenne du territoire métropolitain (82,9). Cette réalité interroge particulièrement les possibilités d'accès des exilés à la médecine de ville sur le territoire. En outre, comme nous l'avons rappelé dès le chapitre 2, les exilés sont particulièrement exposés à des refus de soin liés à des pratiques discriminatoires et des difficultés d'accès à l'interprétariat en santé. À l'aune de ces contraintes sociales et spatiales, l'enjeu de ce chapitre est alors d'analyser les pratiques et logiques d'orientation des exilés vers le système de santé de droit commun déployées par les acteurs accompagnant les exilés dans le soin. Alors que les acteurs médico-sociaux dédiés aux populations précaires et les équipes sociales d'hébergement portent la mission de faciliter l'accès aux soins des individus au-delà de l'obtention d'une couverture sociale, quel travail déploient-elles pour « faire soigner les exilés » en dehors des dispositifs de soins gratuits ? Comment les équipes composent-elles entre la démographie sanitaire locale et les différentes contraintes d'accès aux soins liées aux situations économiques et sociales des exilés ? Vers qui, où, les personnes orientent-ils les exilés ? Il s'agit alors de décrire non seulement les pratiques de prospections de ressources et autres moyens déployés pour faciliter l'accès au droit commun, mais également les arbitrages socio-spatiaux réalisés selon ces moyens et ressources disponibles.

Nous présumons que « faire soigner » les exilés amène à différentes stratégies, ajustements organisationnels et pratiques de négociation avec les professionnels de santé sollicités. À l'instar de la sociologie interactionniste, ce chapitre vise alors à analyser comment l'accès aux soins des exilés est « un soin négocié » (Strauss, 1992), produit d'un processus d'ajustements entre les différents acteurs qui participent à sa mise en œuvre. L'idée de négociation du soin ne renvoie pas seulement à un travail de compromis entre professionnels de santé mais à un ensemble de pratiques et stratégies pour répondre aux contraintes dans l'orientation des exilés. « Négocier le soin des exilés signifie alors composer entre les difficultés territoriales d'accès aux soins, les contraintes d'accessibilité fonctionnelle des services de soin, les contraintes administratives et sociales, notamment linguistiques des exilés, et les exigences des professionnels de santé qui peuvent en découler.

²¹⁸ Données de l'Assurance Maladie, base AMOS (Assurance maladie offre de soins), année 2020. Chiffre de la catégorie médecine générale. La moyenne de France métropolitaine est de 78,2 pour 100 000 habitants.

Comme l'a relevé une directrice d'association hébergeante du territoire, « *on ne peut pas forcément raisonner à l'échelle du département concernant l'accès aux soins* »²¹⁹. Ainsi chaque équipe sociale ou médico-sociale s'organise selon sa localisation, les ressources locales présentes et disponibles, les moyens (temps et matériel) à en prospecter de nouvelles, les possibilités d'accompagnement physique des exilés vers les services de santé. De plus, comme dans tous les aspects de l'accompagnement social, les pratiques sont aussi susceptibles de varier entre membres d'une même équipe. Pour autant nous allons voir qu'il y a bien des points communs dans les obstacles auxquels font face les équipes, les stratégies et moyens déployés et les questionnements qui traversent les professionnels. L'objectif de ce chapitre est alors de décrire ces dynamiques et pratiques communes tout en rendant compte des différences qui peuvent exister entre les équipes, au regard de la variabilité des contextes territoriaux, des règles internes et des moyens des acteurs.

Dans une première partie, nous allons nous concentrer sur les pratiques de prospection de ressources médicales dans le droit commun. Dans quelle mesure et par quel moyen les différents acteurs enquêtés cherchent-ils des partenaires dans le droit commun pour orienter les exilés. Partant, nous analyserons dans une deuxième partie les arbitrages effectués dans les logiques d'orientation : les équipes sociales privilégient-elles la proximité territoriale ou d'autres critères plus fonctionnels ? Jusqu'où accepter/décider d'orienter un hébergé et pour quelles raisons ? Nous décrirons également dans cette partie les stratégies permettant de réduire les contraintes d'accessibilité géographique aux soins. Enfin, notre troisième partie s'intéresse aux négociations à l'œuvre auprès des professionnels de santé qui jalonnent ces orientations.

1. Rechercher des partenaires médicaux en ville sur un désert médical : stratégies et contraintes

Cette première partie cherche à décrire les pratiques de prospection de médecins où orienter les exilés dans le droit commun. La première question guidant cette partie est de savoir comment elle se répartit entre les acteurs étudiés : dans quelle mesure les acteurs du soin gratuit et les équipes sociales d'hébergement portent-ils cette mission. Nous verrons ensuite les stratégies déployées au regard de la densité médicale particulièrement faible.

1.1. Une mission essentielle paradoxalement peu institutionnalisée

Parmi les acteurs que nous avons enquêtés, ce sont les équipes d'hébergement social qui portent plus systématiquement la mission de trouver des médecins partenaires. Ils se confrontent en première ligne aux contraintes des exilés dans l'accès aux services de santé et aux limites des dispositifs gratuits dans l'accueil des personnes avec une couverture sociale (cf. Chapitre 5, partie 3). Parmi les acteurs médico-sociaux, cette mission est apparue comme plus marginale et différemment endossée selon les acteurs. Installées dans les hôpitaux, les PASS s'appuient majoritairement sur leur ancrage hospitalier pour orienter les personnes avec une couverture sociale. Concernant les RDS, si leur implantation en

²¹⁹ Directrice de pôle hébergement asile d'une association gestionnaire de plusieurs centres sur le département, octobre 2020

ville et leur ancrage local ancien fait qu'ils sont particulièrement attendus sur leurs capacités à fédérer des professionnels de santé en ville, cette tâche est en réalité relativement peu institutionnalisée.

1.1.1. Une mission peu et inégalement institutionnalisée

Rappelé brièvement en introduction de la seconde partie de cette thèse, les dispositifs de soin gratuit portent officiellement l'ambition d'accompagner les exilés vers le reste du système de santé. En pratique, cette mission semble très peu institutionnalisée. En janvier 2022, une étude nationale sur les pratiques des PASS en matière d'orientation dans le système de santé révélait que seulement 22% des PASS enquêtées avaient confectionné un annuaire des professionnels de santé de ville vers qui orienter leurs patients (Khouani et al., 2022). À l'instar de cette étude, les PASS du territoire ont peu démontré de pratiques d'orientation formalisées vers la médecine de ville et aucun professionnel de PASS n'effectue un travail de prospection de partenaires en ville. Ces dernières s'appuient essentiellement sur leur intégration hospitalière pour orienter les patients après l'obtention d'une couverture sociale. Ainsi au nord comme au sud du département, l'ensemble des orientations relatives à des prélèvements ou des examens d'exploration (radiologie, scan, IRM, échographies, fibroscopies...etc) se font en interne à l'hôpital auprès de deux services parmi les partenaires principaux des services PASS : le laboratoire d'analyses médicales et le centre de radiologie. Pour les consultations de spécialistes, les équipes s'appuient de même sur l'ensemble des services de l'hôpital selon les spécialités requises (par exemple vers l'hôpital de jour pour les diabétiques, vers l'équipe de « psychiatrie de liaison » pour les personnes souhaitant consulter pour des problèmes psychiques). Ces orientations en interne sont facilitées par un accès direct aux standards des différents services qui aux secrétaires de prendre directement des rendez-vous pour les patients et leur éviter de devoir appeler eux-mêmes ou revenir à l'hôpital. Du point de vue de la coordination, l'orientation médicale en interne à l'hôpital est également facilitée par l'existence d'un dossier commun informatisé permettant de suivre le parcours de soins du patient dans l'établissement et accéder à ses différents résultats d'examen

Nous avons retrouvé cette mission davantage formulée pour les réseaux de soins du fait de leur liens historiques avec des médecins de ville. En revanche, il s'agit d'une mission peu professionnalisée et pas nécessairement attribuée. Au RDS Nord notamment, la prospection de médecins est explicitée comme une des missions du médecin coordinateur, mais essentiellement dans le cadre de la PASS ambulatoire afin de recruter de nouveaux médecins partenaires du dispositif. Cette prospection concerne alors d'abord l'accès aux soins avant couverture sociale, bien qu'elle puisse représenter des ressources potentielles après l'ouverture des droits. Par ailleurs, en pratique la médecin n'a pas mis en place de pratiques précises et routinières relatives à cette recherche de médecins partenaires. Alors qu'elle ne travaille qu'à mi-temps pour le réseau, l'essentiel de son temps médical est dédié à des consultations et au travail de coordination médicale autour des situations individuelles. Il semble aussi important de préciser que ni les réseaux, ni les PASS, ne sont accompagnées par l'ARS dans une démarche de construction de partenariats avec la médecine de ville. La seule ressource mise à disposition par l'ARS est un guide d'accompagnement vers le soin des personnes en situation de précarité dans lequel figure notamment un répertoire d'adresses utiles par département. Mais ces adresses sont essentiellement les dispositifs dédiés aux personnes en situation de grande précarité, dont ils font eux-mêmes partie et qu'ils connaissent déjà : PASS, réseaux de santé précarité, EMPP, CLAT. Il ne s'agit pas d'une ressource utile pour l'orientation vers la ville. La recherche de praticiens en ville

repose alors sur l'initiative des professionnels dans les structures et leurs capacités à glaner des informations.

Finalement, parmi les acteurs médico-sociaux enquêtés, nous avons retrouvé des pratiques de prospection de médecins de ville pour des orientations post couverture sociale principalement au sein du RDS Sud. Ce travail est effectué par l'assistante de direction, qui tente de trouver du temps dans les interstices de ses autres tâches :

« Le problème c'est que du jour au lendemain, t'as des droits donc tu peux plus venir ici. Tu te démerdes tu vas chercher un médecin traitant. Pour moi notre mission elle ne s'arrête pas là en fait. Tu vois bien les gens qu'on reçoit, y a des gros problèmes d'autonomie [...] Cette question ça fait très longtemps que ça me préoccupe. C'est pour ça que j'avais commencé à l'époque où j'avais moins de travail un répertoire de généralistes et spécialistes. J'ai demandé à Paula [nouvelle secrétaire] aussi de le faire mais finalement elle est sur la consultation dentaire. Patrick [le directeur] l'a recruté en mi-temps initialement pour m'aider mais au final elle est à l'hôpital une demi-journée par semaine, sans compter la demi-journée pour positionner les rendez-vous. Pour moi ça manque de réflexion, ça manque d'investissement ».²²⁰

La professionnelle reproche alors à sa propre structure de ne pas se donner les moyens de travailler davantage la sortie du dispositif et l'orientation vers la médecine de ville. On retrouve l'expression d'une certaine frustration professionnelle et d'un sentiment de mission inachevée. Cette vision est alimentée par la position d'accueillante de la professionnelle, en tant que personne effectuant régulièrement le premier accueil des patients de la consultation hebdomadaire, mais aussi au quotidien pour d'autres sollicitations. En première ligne dans l'accueil des patients, c'est elle qui supporte, plus que les autres membres de l'équipe, le souci de la réorientation des personnes ayant obtenu leurs droits.

« Assistante de direction : - Moi je le vois bien à l'accueil. Les personnes elles galèrent vraiment à trouver un médecin traitant...[...]
Enquêtrice : - Et du coup, concrètement, comment ça se passe quand y a quelqu'un avec une couverture sociale qui revient à l'accueil. Tu fais quoi ? Tu leur donnes des noms ?
Assistante de direction : - Le problème c'est que c'est pas forcément moi qui suis là. Quand moi je reçois des gens qui me demandent, qui insistent, je me débrouille pour le donner un nom avec ce que j'ai commencé à faire, même si ça commence à dater... Mais sinon souvent ici la réponse qu'on leur dit c'est « bah non il faut que vous trouviez un médecin traitant »²²¹.

Elle regrette que les patients soient renvoyés à leur propre autonomie. Alors que l'intégration territoriale et le développement du partenariat avec la ville relève des objectifs principaux des acteurs médico-sociaux dédiés aux personnes précaires (dans les textes de loi, les cahiers des charges, les projets de service), la tâche de prospection de nouveaux partenaires est en réalité très peu formulée, encore moins formalisée, dans les missions des membres des équipes. Le travail qu'exige la promotion d'un réseau relève alors d'un travail « d'à côté » (Schweyer, 2005) reposant alors avant tout sur la disponibilité à la marge et les motivations personnelles des professionnels. Dans les équipes sociales, elle est portée par les référents sociaux directement : *« C'est nous qui les chinons à droite à gauche »*.²²² Comme au RDS, elle est une activité sans temps dédié alors qu'elle peut rapidement prendre beaucoup de temps, du fait de la difficulté à trouver des médecins disponibles. *« Ça prend vite*

²²⁰ Assistante de direction, RDS Sud, juillet 2020

²²¹ *Ibid.*

²²² Référente sociale au CH6 (HUDA), avril 2020

*1h30 de trouver quelqu'un qui prend des nouveaux patients ».*²²³ La recherche d'un spécialiste est particulièrement fastidieuse car les spécialistes sont non seulement moins nombreux mais aussi moins en proportion à être conventionnés au tarif de la sécurité sociale (secteur 1), davantage susceptibles d'accepter des bénéficiaires de la CMU-C : *« Alors dermato ça c'est une vraie galère aussi, c'est pareil. On n'a pas énormément de besoins mais heureusement car par contre quand on en a un ça vous prend toute la journée. »*²²⁴

1.1.2. Une mission rendue permanente par l'indisponibilité de l'offre

Mission non formulée dans les tâches et les emplois du temps, la recherche de médecins en ville est paradoxalement caractérisée comme une activité rendue incessante du fait de la faible disponibilité des médecins et la récurrence des besoins. *« On est obligé de trouver des nouveaux partenaires en permanence »*²²⁵. Cette permanence est liée à l'importante incertitude dans la possibilité de trouver des patients et surtout à ce que les contacts soient pérennisés dans le temps. Les équipes ont en effet insisté sur la dimension provisoire des partenariats avec les médecins. Ce n'est pas parce qu'un médecin a accepté de recevoir un ou même plusieurs patients du centre qu'il acceptera de prendre les prochains. Cela est d'abord liée à la pression sanitaire sur le territoire. Même en veillant à l'installation de nouveaux médecins, il arrive un moment où les médecins ne prennent plus de nouveaux patients :

*« On a un cabinet de jeunes médecins qui s'est ouvert maintenant y a 3 ans. On les a pris d'assaut à l'ouverture. Donc ils suivent quelques-uns de nos résidents mais maintenant ils ne peuvent plus en prendre plus car ils sont tous blindés »*²²⁶

*« Alors sur Livry on a le docteur D. sur qui on peut envoyer rapidement. À un moment il avait arrêté de prendre du public mais là il a recommencé à prendre des nouveaux patients. Donc on oriente là-bas à nouveau »*²²⁷

Même quand il a encore des disponibilités, les orientations peuvent ne pas aboutir :

*« Les spécialistes c'est toujours compliqué, pour trouver mais aussi au niveau de la facturation, vraiment savoir s'ils vont accepter leur attestation [de CMU-C], s'ils vont les faire payer. Parfois ils disent oui et finalement non. Voilà c'est difficile de trouver le bon donc quand il y a des résidents qui reviennent je leur demande si ça s'est bien passé. On essaye d'aller au mieux, petit à petit de trouver les 'meilleurs', ceux qui acceptent sans difficulté. »*²²⁸.

Bien décrits par Caroline Desprès, les bénéficiaires de la CMU-C et l'AME expérimentent des refus de soins après orientation, quand les médecins réalisent que les patients n'ont pas les droits (Desprès, 2009). Comme l'a analysé la sociologue, ces refus de soins résultent de l'interaction entre le fonctionnement du système de soin et des représentations discriminatoires portées par les professionnels. Ils ont d'abord une dimension économique liée au fait que les praticiens ne peuvent appliquer de dépassements d'honoraire et sont contraints d'appliquer aux patients les tarifs de l'assurance maladie. Une autre contrainte fonctionnelle est l'absence de carte vitale. N'étant pas rattachés au régime général de la PUMA, les bénéficiaires de l'AME ne possèdent pas de carte vitale

²²³ Référente sociale au CH 10 (CHU).

²²⁴ Référente sociale au CH6 (HUDA), avril 2020.

²²⁵ Infirmière, équipe mobile sanitaire régionale, juillet 2020.

²²⁶ Coordinatrice sociale au CH10 (CHU), septembre 2021.

²²⁷ Intervenante sociale, CH11, (CHRS), décembre 2020.

²²⁸ Référente sociale, CH1 (CADA), juin 2020.

mais une carte spécifique à l'AME, non numérisée, et qui ne permet pas la télétransmission auprès de l'Assurance maladie. Elle suppose alors que les professionnels envoient eux-mêmes à l'Assurance maladie une feuille de soins pour toucher le montant de la consultation. Précisions que cette problématique qui n'a longtemps concerné que les bénéficiaires de l'AME concerne depuis 2017 également les demandeurs d'asile bénéficiaires de la CMU-C. En effet, suite à des dispositions consécutives à la loi de 2015 sur la réforme du droit d'asile²²⁹, les demandeurs d'asile ne se voient plus attribuer un numéro de sécurité social définitif mais seulement un numéro temporaire ne permettant plus la possession d'une carte vitale mais seulement une attestation de CMU-C. Ces complexités fonctionnelles qui contribuent à dissuader les professionnels de prendre en charge des exilés précaires sont par ailleurs alimentées par les représentations et discours des professionnels. Dans sa thèse, la sociologue et médecin Estelle Carde (2007) a analysé comment ces discriminations reposent également sur des processus de délégitimation et différenciation largement alimentés par la rhétorique du soupçon (« appel d'air », fraude...). Dès lors, elles touchent davantage les exilés que les Français bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME. Caroline Desprès a également décrit comment les refus de soins peuvent également prendre des formes plus implicites, déguisés, comme de longs délais de rendez-vous ne s'appliquant pas aux autres patients, une orientation non justifiée vers un confrère ou encore le refus d'appliquer le tiers-payant (Desprès, 2009). Une cheffe de service de centre d'hébergement a rapporté de telles pratiques :

« On se confronte quand même à beaucoup de médecins qui, quand on parle de CMU, tout un coup ce n'est plus le même agenda. Là on passe d'un rdv de 2 mois à 6 mois d'attente. Ou alors carrément des refus. Quand on nous demande tout de suite, c'est quoi comme type de couverture, 'ah CMU, ah oui y a pas de place' »²³⁰.

Par ailleurs l'orientation vers un praticien qui a déjà reçu plusieurs patients du centre n'est jamais acquise. Des travailleurs sociaux ont en effet reporté des situations de médecins arrêtant brutalement de recevoir des hébergés, non pas car ils ne prenaient plus de nouveaux patients mais parce qu'ils ne voulaient plus, pour des raisons souvent laissées obscures.

« Pour les dents on envoyait à Dammarie au cabinet [Y] mais, au bout d'un moment, ils en ont eu marre. Ils veulent plus prendre nos gars, parce qu'ils parlent pas français, du coup ils comprennent pas quand ils font les soins. Ce que je peux comprendre mais ça aussi c'est hyper compliqué avec les médecins. Les gars se pointaient aux rendez-vous mais au moment où ils avaient les gars en face d'eux ils disaient, 'on vous prend pas'.[...] On avait un kiné à Melun, mais c'est pareil au bout d'un moment il a pété un câble. On ne sait pas pourquoi ils se réveillent comme ça ils pètent un câble « ah non c'est bon maintenant » alors qu'il avait un ou deux gars de chez nous qui en plus avaient la sécu. Donc voilà, pas trop compris non plus »²³¹.

« Avant y avait le médecin de [ville] comme je vous disais mais qui à un moment n'a plus voulu de nous parce que je suppose qu'une fois il y a eu quelqu'un qui ne parlait pas français et il a dit « fini ». Donc il a fallu tout repenser quoi »²³²

Dans ces deux témoignages, la raison qui semble avoir été donnée par le médecin est la problématique de la langue et le manque d'accès à l'interprétariat en santé. Nous verrons dans la partie 3 que la

²²⁹ Ces dispositions sont précisées dans la lettre Réseau LR-DDGOS 56/2017 du 10 juillet 2017 de la caisse nationale d'assurance maladie relative aux modalités d'ouverture des droits des demandeurs d'asile et les circuits spécifique mis en place pour les personnes relocalisées et réinstallées.

²³⁰ Cheffe de service du CH10 (CHU), septembre 2020

²³¹ Référente sociale au CH6 (HUDA), avril 2020

²³² Référente sociale au CH1 (CADA), juillet 2020

question de l'interprétariat fait l'objet de négociation par les médecins. Ces changements de posture vis-à-vis des personnes exilées placent les travailleurs sociaux dans une certaine incompréhension et une position inconfortable par rapport aux résidents qui ont subi un refus de soin alors qu'ils les avaient orientés. Par ailleurs, elles supposent de se relancer dans de nouvelles recherches de praticiens.

1.2. Des stratégies de prospection fragiles

Les professionnels qui effectuent la recherche de ressources médicale ont décrit une pratique essentiellement « bricolée »²³³. S'il y a une grande part d'incertitude liée à la disponibilité des médecins, nous avons néanmoins dégagé quelques stratégies.

1.2.1. S'appuyer sur son ancrage local et son réseau de connaissances personnelles

Une première stratégie évoquée par les RDS est de s'appuyer sur son réseau historique de médecins adhérents. Comme le souligne Régine Bercot (2006), « la pérennité des réseaux dépend de la capacité de négocier des acteurs qui en composent le noyau central : négocier des moyens, un territoire, une place et une renommée ». Celle-ci décompose les réseaux de partenaires en deux cercles concentriques : « le noyau dur » formé par les membres dont l'investissement dans les activités du réseau est régulier et leur engagement durable, et le « deuxième cercle » composé de membres qui entrent ponctuellement et plus provisoirement dans le réseau. Dans le recrutement de médecins pour des orientations vers la médecine de ville, les RDS s'appuient alors d'abord sur leur noyau dur. Ainsi le RDS Nord compte principalement sur les praticiens impliqués dans son dispositif de PASS ambulatoire pour continuer à recevoir des personnes en dehors du dispositif : « *Dans les cabinets avec lesquels on travaille pour la PASS ambu[latoire], une fois que les patients ont été reçus, ils font quand même partie de la patientèle du médecin et du coup y a de grandes chances, même si c'est pas garantie à 100% qu'ils acceptent quand la personne se présentera spontanément, sans passer par nous* »²³⁴. Relevons que cette stratégie est au cœur du principe même de PASS ambulatoire : faciliter la prise en charge dans le droit commun par la mise en relation de patients et de médecins en ville. De la même façon le RDS Sud s'appuie sur les médecins bénévoles de la consultation gratuite hebdomadaire ainsi que les quelques autres professionnels de santé adhérents de l'association. En mai 2020, le bureau de l'association et le médecin coordinateur avaient adressé à l'ensemble des médecins adhérents un courrier leur demandant s'ils seraient d'accord pour recevoir dans leurs cabinets, en tant que médecins traitants quelques patients du réseau ayant obtenu leurs droits. Le courrier invitait à communiquer un nombre indicatif de personnes que chacun serait d'accord d'accepter à l'échelle de quelques mois.

Les RDS s'appuient ensuite sur ce noyau dur pour créer et élargir leur second cercle. Comme l'analyse François-Xavier Schweyer (2005), l'élargissement des réseaux de santé se fait « par effet de réputation », via les réseaux de connaissances professionnels ou syndicaux déjà constitués, qui permettent « d'agréger d'autres professionnels de santé autour d'un projet ». Ainsi dans le courrier mentionné adressé à ses adhérents, le RDS Sud invitait les professionnels à solliciter leurs collègues

²³³ Terme utilisé par au moins trois référents sociaux interrogés

²³⁴ Travailleuse sociale, RDS Nord, mai 2020

exerçant dans leurs cabinets ou centres de santé pour savoir s'ils seraient d'accord de recevoir également quelques patients. Cette stratégie s'appuie sur le postulat que les médecins déjà volontaires sont sans doute les mieux placés pour parler de la cause qui les anime et convaincre d'autres de se rallier à leur cause, ici la promotion de l'accès aux soins des exilés en situation de précarité.

Dans les équipes d'hébergement, une stratégie similaire évoquée est la mobilisation du réseau de connaissances personnelles. En effet, certains travailleurs sociaux n'hésitent pas à solliciter des professionnels de santé de leur réseau social non professionnel, voire leurs propres médecins. Nous avons retrouvé ces deux stratégies dans les deux centres installés sur des communes rurales. Dans l'un des HUDA, l'équipe travaille principalement avec le médecin généraliste et plusieurs spécialistes de la cheffe de service. C'est elle, qui les avait sollicités directement pour demander des possibilités d'orientation. De même dans le CHU enquêté situé sur une commune rurale, une travailleuse sociale a expliqué avoir fait « pistonner » les résidents pour être reçus par le fils de l'institutrice de ses filles qui ouvrait son cabinet. Cette stratégie consistant à mobiliser son réseau personnel ou, dans le cas des réseaux, d'adhérents, est déjà une forme de négociation. En effet les professionnels qui initient ces démarches de mobilisation (médecin coordinateur ; membres des équipes sociales) font jouer leurs relations personnelles et usent d'arguments pour susciter l'engagement des médecins (l'importance des inégalités de santé, les freins à l'accès aux soins, la réalité du territoire).

Essentielles, ces pratiques de mobilisation constituent un socle particulièrement fiable pour les orientations vers la ville, et participent à renforcer la visibilité des structures, centres d'hébergement comme réseaux. Néanmoins la logique consistant à s'appuyer sur l'existant et leur cercle proche tend à faire reposer l'effort sur des personnes qui consacrent déjà de leur temps à cette cause (en étant bénévole pour le réseau, en acceptant déjà plusieurs hébergés). L'effort peu réparti se concentre sur un faible nombre de praticiens, déjà initialement sous pression du fait des carences de l'offre de soin sur le territoire. Au regard de certaines situations évoquées plus hauts (refus soudains par des médecins), il y a « un risque d'user les médecins »²³⁵ partenaires, qui suppose de bien « prendre soin » d'eux pour entretenir leur engagement : par exemple ne pas chercher à leur faire donner plus que la disponibilité qu'ils ont exprimée, respecter précisément le nombre de patients qu'ils ont accepté d'accueillir dans leur cabinet, répondre à leurs demandes. Au regard de ces risques, les pratiques visant à s'appuyer sur un noyau central sont insuffisantes à satisfaire la mission d'orientation vers le droit commun que portent les RDS et posent la nécessité d'une prospection de nouveaux médecins de ville.

1.2.2. Une veille territoriale : guetter et référencer des professionnels.

Comme l'a fait remarquer une référente sociale, « les médecins qui prennent les nouveaux patients sont souvent des médecins qui viennent de s'installer »²³⁶. Cette même professionnelle expliquait alors « avoir pris d'assaut » un centre médical qui avait ouvert dans une commune voisine alors que le centre d'hébergement était déjà implanté. Guetter l'installation de nouveaux médecins est la principale stratégie de veille, même si, comme évoqué plus haut, ces derniers finiront par ne plus accepter de nouveaux patients : « *En fait on a eu la chance à un moment. Y a un médecin traitant sur Livry, qui est arrivé quand on avait déjà ouvert, donc quand il est arrivé on a pris contact, une de mes*

²³⁵ Assistante de direction du RDS Sud, mars 2021

²³⁶ Intervenante sociale, CH10 (CHU) septembre 2020

collègues l'avait rencontré et il nous avait proposé de recevoir des familles, et pour le coup sans distinction au niveau de la couverture médicale. C'est juste qu'actuellement il ne prend plus de nouveaux patients »²³⁷. Comme le suggère ici la travailleuse sociale, cette stratégie suppose souvent de prendre le temps d'aller rencontrer les médecins, parler du centre et des spécificités du public exilé.

Au sein du RDS Sud, cette pratique de veille territoriale est bien organisée : dans un classeur qu'elle a appelé « Orientations en ville » l'assistante de direction collecte différents documents relatifs à l'installation de professionnels de santé : listes de maisons de santé pluriprofessionnelles en projet sur le département, prospectus relatifs à l'ouverture d'un centre de santé...etc. Cette veille est alimentée par divers canaux plus ou moins institutionnalisés : du bouche-à-oreille dans la sphère personnelle sur l'installation d'un nouveau médecin à des informations transmises directement par l'ARS, en passant par des informations relayées par des partenaires ou des adhérents. Elle témoigne de l'ancrage local du réseau de santé au regard de son accès aux informations concernant le territoire.

Cette veille territoriale concernant l'ouverture de centres et cabinets individuels est une stratégie centrale « de fond » mais ne suffit pas à répondre aux besoins quotidiens. Par ailleurs, face à l'épuisement progressif des médecins et la nécessité de répartir, l'enjeu est d'élargir au maximum. Ainsi, au RDS Sud, l'assistante de direction tente d'effectuer en parallèle un travail de référencement de professionnels de santé du territoire. Elle s'appuie pour cela sur des listes de praticiens récupérée sur l'annuaire des professionnels de santé géré par l'Assurance Maladie (annuaire.santé.ameli.fr) qui permet de réaliser une recherche par spécialité et localisation. Cependant, comme elle l'a elle-même souligné, cette première étape de prospection est étroitement dépendante de la qualité des données accessibles : les recherches de praticiens sont alors d'autant plus compliquées et chronophages que les données mise à disposition par l'Assurance Maladie sont peu fiables et mises à jour.

« C'est pas seulement tu imprimes une liste et tu les appelles. Il y en a beaucoup qui sont partis à la retraite, qui ont déménagé, qui ont changé de coordonnées. Quand tu vas sur Ameli tu tombes sur des listes qui ne sont pas du tout à jour. Moi je le sais parce que je suis du coin donc je connais un peu et je me rends compte tout de suite que c'est pas à jour. Tu tapes « médecin généraliste », ils te sortent des listes énormes mais dedans y a les praticiens hospitaliers, des retraités, donc il faut faire le tri soi-même. Il y a vraiment quelque chose à améliorer sur l'accès aux informations. Sur le site Ameli tu t'attendrais à ce que ce soit bien fait quand même et en fait pas du tout »²³⁸.

La professionnelle pointe ici les limites de son travail liées à la qualité de l'information à laquelle elle a accès et suggère des lacunes systémiques dans la gestion des données sur les personnels de santé. On retrouve par ailleurs l'expression d'un sentiment de « qualité empêchée » (Clot, 2010) déjà évoqué à propos du nonaccès au logiciel de consultation des droits à l'Assurance maladie (cf. Chapitre 3, partie 2.3). Ce nouvel exemple confirme les enjeux de développement des technologies de l'information dans l'évolution des réseaux de santé. Par ailleurs, loin de pouvoir se limiter à un simple référencement, ce travail de repérage de nouveaux médecins suppose un travail de prise de contact avec les professionnels qui relève déjà de la négociation. Au téléphone, il s'agit en premier lieu de vérifier si la personne accepte de nouveaux patients, puis le cas échéant ses honoraires et s'il accepte les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME. La question de l'accueil de nouveaux patients est une

²³⁷ Intervenante sociale, CH11 (CHRS) novembre 2020

²³⁸ Assistante de direction, RDS Sud, mars 2021.

information parfois directement visible sur les plateformes de prise de rendez-vous en ligne (Doctolib, KelDoc...), permettant alors de s'épargner un appel inutile. Mais pour le reste, seulement un contact direct avec le secrétariat voire le praticien permet de connaître les conditions réelles posées par les professionnels de santé. Le résultat de ce démarchage est alors une liste de médecins annotée des informations sur les conditions posées par les praticiens relativement à la couverture sociale : « *Ok CMU et AME* » « *Accepte sans sécu pour urgences* », « *Secteur 2 mais OK CMU, pas AME* ». Par ailleurs ces appels ne représentent pas seulement une prise d'information et sont aussi des opportunités de présenter le réseau, ses activités auprès des plus précaires et d'insister sur les difficultés des patients à trouver des médecins en ville. L'assistante de direction du réseau se positionne ainsi en « promoteur du réseau » (Bonnin and Grémy, 2004) et de sa cause – l'accès aux soins de ville des populations précaires – dans le but de négocier quelques orientations. Nous reviendrons plus loin sur la manière dont les négociations se poursuivent sur d'autres questions tout au long du processus d'orientation et du parcours de soin.

1.2.3. *L'ambivalence du recours aux applications en ligne, entre autonomisation et augmentation des inégalités d'accès*

Un outil important dans la recherche de praticien, tant dans le repérage que le glanage d'information sont les applications de réservation en ligne, notamment Doctolib (la plus célèbre). Les équipes sociales d'hébergement et travailleurs sociaux du RDS ont revendiqué leur usage pour plusieurs raisons. En premier lieu, l'usage de Doctolib est pratique, permet de gagner du temps, en s'économisant les appels (et leur attente) aux secrétariats des cabinets médicaux. L'usage de Doctolib permet aussi d'ajouter des critères et notamment la langue pour essayer de trouver des médecins allophones :

« Quand on prend des rendez-vous sur Doctolib, on peut étendre le périmètre, par exemple prendre des rendez-vous sur Paris et dans les critères de recherche on peut mettre dans quelle langue la personne veut être entendue. Forcément ça limite le nombre de praticiens mais du coup ça donne des possibilités, je peux l'envoyer sur un médecin qui parle anglais ou arabe et jusque-là ça a été »²³⁹.

L'application peut aussi être une manière de partager les ressources avec les autres : les équipes partagent parfois un même compte pour le centre et s'appuient alors sur l'historique pour identifier des médecins que leurs collègues sollicitent.

L'autre atout de Doctolib valorisé par les équipes est la possibilité de rendre le patient « plus autonome » dans la prise de rendez-vous. De nombreux référents sociaux en centres d'hébergement comme aux RDS ont expliqué faire installer directement l'application aux exilés sur leur téléphone pour qu'ils puissent prendre directement des rendez-vous. Il faut alors expliquer aux exilés quelles informations vérifier pour ne pas risquer de refus, notamment la tarification (secteur 1). Même quand ils cherchent pour eux, les professionnels ont aussi valorisé la fonction de rappel des rendez-vous de Doctolib qui allège les professionnels dans leur mission d'accompagnement. (« *On n'a pas besoin d'être derrière pour rappeler* »²⁴⁰ ; « *Les rappels ça c'est aussi très confortable* »²⁴¹). Cependant, si elle est pratique, comme ont pu le relever des référents sociaux, Doctolib n'est pas accessible à tous et

²³⁹ Référente sociale, équipe de l'HUDA-CADA diffus, lors d'une entretien collectif en juillet 2021.

²⁴⁰ Référente sociale, CH4-5 (HUDA et CADA diffus), lors d'un entretien collectif en juillet 2021

²⁴¹ Référente sociale « santé », CH2 (CADA), février 2020

notamment aux non-francophones. « Des fois on installe même Doctolib sur le téléphone des gens, parce que je me dis toujours que même quand ils vont partir ça peut toujours être utile là où ils auront déménagé. Après même si je trouve que c'est relativement simple à utiliser, ça l'est pas pour quelqu'un qui parle pas français ; enfin ça parle pas à tout le monde non plus. Il faut aussi être à l'aise avec les applications »²⁴². Cette réflexion nous renvoie à l'importance de la « barrière numérique » dans l'accès aux droits et services des personnes précaires, et notamment exilées²⁴³.

La barrière numérique est plus forte pour les non francophones mais elle se pose finalement pour tous les exilés. Comme l'a soulevé la professionnelle du RDS Sud investie dans les recherches de médecins, la digitalisation de la prise de rendez-vous médicaux via les plateformes en ligne est associée à une diminution des ressources humaines en secrétariat (voire une disparition dans certains cas) ce qui rend globalement plus difficile l'entrée en relation avec les cabinets médicaux et la prise d'information sur les conditions d'orientation :

« Le problème aussi avec Doctolib c'est que y a de moins en moins de secrétariat, donc c'est compliqué de les contacter pour avoir des informations. Tu vois conventionné secteur 1 et prise de nouveaux patients, tu te dis que c'est bon pour la CMU, mais en fait quand ils arrivent ils sont mal reçus parce qu'ils n'ont pas de carte vitale. On a eu quelques retours comme ça »²⁴⁴.

Pour les acteurs qui se font promoteurs de l'accès aux soins des exilés, la numérisation des démarches administratives déshumanise le processus de prospection et ne laisse pas de place à une sensibilisation des collègues et un processus de négociation du soin lors du démarchage téléphonique des professionnels de santé. In fine cela se fait au détriment de la qualité des orientations finalement effectuées.

2. Pratiques d'accompagnement et logiques d'orientation entre critères territoriaux et fonctionnels

Après avoir décrit les moyens et stratégies de prospection de médecins de ville, nous nous intéressons ici aux logiques spatiales d'orientations des exilés dont ont témoigné les accompagnants sociaux en hébergement social et, de façon plus marginale, l'équipe du RDS Sud. Nous reviendrons dans le chapitre 8 sur les pratiques d'orientation de l'équipe mobile sanitaire régionale, dont le secteur et le mode d'intervention amènent à des spécificités. Il s'agit alors ici de mettre en lumière les contraintes sociales et logistiques, les critères spatiaux et fonctionnels qui influencent les décisions d'orientation des accompagnants. Comme nous l'avons déjà soulevé (chapitre 3, partie 1), l'une des contraintes majeures dans l'accès aux soins sur un territoire comme la Seine-et-Marne est la mobilité, limitant alors l'accessibilité spatiale aux services de soins. Nous allons alors revenir dans un premier temps sur ces contraintes et les moyens déployés par les équipes étudiées pour y répondre avant de mettre en lumière les logiques d'orientation des équipes.

²⁴² Référente sociale, CH11 (CHRS)

²⁴³ Deux études récentes montrent la mise à l'agenda de cette question : une enquête sur les usages numériques des personnes réfugiées par la Délégation interministérielle à l'accueil et à l'intégration des réfugiés (DIAIR) en 2021 ; un rapport d'Emmaüs Connect sur la précarité numérique des migrants primo-arrivants publié en 2022

²⁴⁴ Assistante de direction, RDS Sud, mars 2021

2.1. Répondre aux contraintes de mobilité dans l'accès à la médecine de ville

Caractérisée dans le chapitre 3 (cf. partie 1, **Carte 6**), la couverture inégale du territoire par les transports en commun limite les services accessibles dans un temps et un nombre de correspondances raisonnables. Par ailleurs, se déplacer sur le territoire suppose aussi des capacités individuelles, aussi bien cognitives (connaissance et maîtrise des réseaux de mobilité), économiques et physiques dont les exilés sont inégalement pourvus. Ces contraintes de mobilités, qu'elles soient liées au territoire ou aux capacités physiques et cognitives des exilés, posent la question aux accompagnants sociaux ou même médico-sociaux de l'autonomie dans le recours aux soins. Il s'agit alors d'explorer les moyens mis en place pour y répondre.

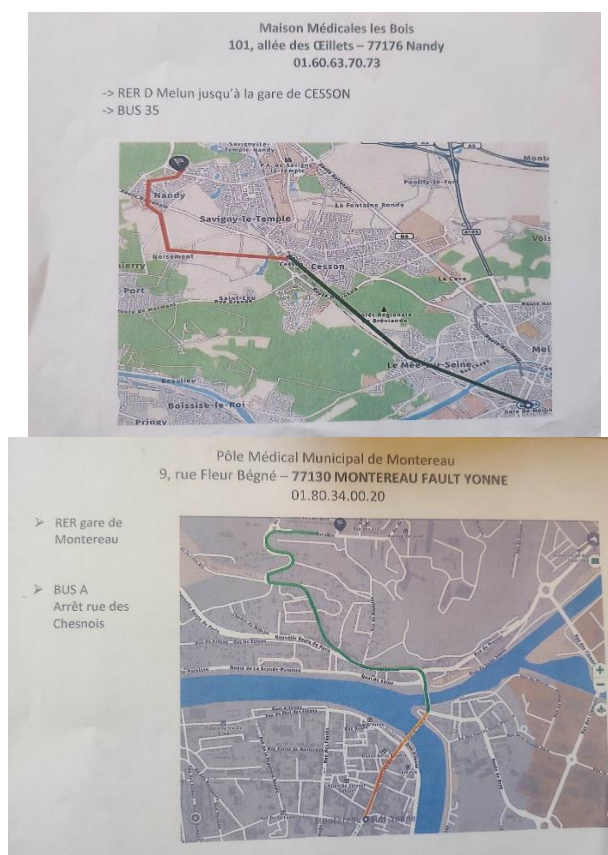
2.1.1. Augmenter le capital de mobilité des exilés sur un territoire périurbain

Les capacités de mobilité en transports en commun ne relèvent pas seulement de l'organisation du territoire et du réseau de transports. En effet, la possibilité effective de recourir aux transports est dépendante d'un ensemble de facteurs dont notamment des caractéristiques socio-démographiques individuelles. Inspiré de la sociologie bourdieusienne, le sociologue Vincent Kaufmann parle d'un « capital de mobilité », appelé également « motilité » pour désigner les dispositions de individus à se déplacer, à maîtriser et s'approprier la mobilité. Il regroupe dans ce capital les capacités physiques à se déplacer, les moyens financiers et les conditions sociales d'accès aux systèmes techniques de transport et de télécommunication, les connaissances acquises nécessaire à la mobilité comme la formation, le permis de conduire, l'anglais international pour voyager...etc (Kaufmann et al., 2004). Appliquer la notion de capital de mobilité aux personnes exilées en situation de précarité est particulièrement intéressante mais aussi très complexe car très variable selon les échelles de mobilité et les contextes sociaux. Les personnes migrantes ont souvent une expérience forte de la mobilité amenant à l'hypothèse d'un haut capital de mobilité. C'est d'ailleurs sur cette hypothèse que repose la théorie de « l'immigrant en bonne santé » (*healthy migrant effect*) relative à un effet de sélection de la migration au départ (Cf. Chapitre 2). Toutefois, comme nous l'avons rappelé dans ce même chapitre, cette hypothèse est largement nuancé par de nombreux travaux décrivant l'altération de l'état de santé au cour du parcours migratoires, selon ses conditions, ainsi que sur les territoires d'installation (Jusot et al., 2009, Guisao et al., 2017, Ukrayinchuk et Drapier, 2021). En outre, les logiques de priorisation de l'accès à l'hébergement social analysées dans le chapitre 4 font qu'une partie croissante des exilés hébergés présentent des situations de vulnérabilité sanitaire particulière (handicap, troubles psychiques notamment), au détriment de leurs capacités de mobilité. Concernant les autres dimensions du capital de mobilité, il apparaît que les capacités de mobilité des exilés précaires vivant sur des territoires périurbains se confrontent à deux enjeux exacerbés : le financement de la mobilité et la connaissance des réseaux de transport.

Concernant les coûts, comme rappelé dans le chapitre 2, dès lors qu'ils sont bénéficiaires de la CSS ou de l'AME, les exilés sont éligibles aux programmes de Solidarité Transports qui permettent un accès à la mobilité en Île-de-France à des tarifs réduits (réduction de 50% avec l'AME, 75% avec la CSS sans participation). Si, de ce fait, on pourrait supposer que la contrainte du coût de la mobilité agit moins dans l'accès à la médecine de ville que dans l'accès aux dispositifs gratuits, ces tarifs demeurent des coûts importants à endosser pour les exilés. « Parfois on a des personnes qui n'ont pas l'ADA [allocation de demandeur d'asile], donc même s'ils ont la CMU ils n'iront pas mettre 20€ dans

les transports, ils préféreront manger »²⁴⁵ rappelait ainsi une psychologue de l'équipe régionale sanitaire en suggérant les logiques de priorisation budgétaire. Les équipes sociales d'hébergement et le RDS ont expliqué fournir des tickets de transport aux exilés sans ressources (ni travail, ni ADA ou autre aide) pour leurs rendez-vous administratifs ou de santé, néanmoins généralement ils sont réservés à ceux qui n'ont pas encore accès à une couverture sociale et donc aux programmes de réduction des transports. Dans leurs déplacements vers la médecine de ville, la norme attendue est celle de l'autonomie financière, malgré le constat que certains parmi ceux qui ont des ressources ne s'abonnent pas à la Solidarité transport. Les équipes sociales et médico-sociales ont donc peu les moyens d'agir sur les contraintes financières de la mobilité dans l'accès à la médecine de ville. En revanche elles agissent davantage sur la connaissance des réseaux de transports. Les référents sociaux en hébergement ont pour la plupart reporté des pratiques de renseignement dans les itinéraires et les pratiques de mobilité pour accéder aux services, notamment sanitaires. Il est d'usage de regarder et reporter sur un papier les itinéraires pour se rendre vers un nouveau service, rappeler les rendez-vous importants, inciter à prendre de l'avance en cas de problèmes dans les transports. Il en est de même au RDS Sud où l'assistante de direction annote sa recherche de médecins de ville d'informations sur l'accessibilité en transports. Pour certains centres médicaux, elle a également confectionné des plans indiquant la localisation et les itinéraires pour s'y rendre en transports en commun (cf. **Photo 3**).

Photo 3. Exemples de plans donnés aux patients pour se rendre vers des cabinets médicaux du territoire, RDS Sud



I. Siffert, 2021

²⁴⁵ Psychologue de l'équipe sanitaire régionale, décembre 2020

Précisons que de tels plans sont produits non pas seulement dans le cadre de l'orientation des patients vers des médecins de ville mais aussi pour les orientations vers d'autres partenaires de la santé sociale: les PASS, le CeGIDD, les accueils de jour, les PMI, les lieux de distribution alimentaire, etc. Nous en avons retrouvé également au sein du RDS Nord, qui les utilisent également lors d'actions hors-les-murs : par exemple lorsqu'un médecin fait une prescription médicale à un patient lors d'une maraude, il lui donne alors un plan pour se rendre dans l'une des pharmacies partenaires du réseau.

2.1.2. *L'accompagnement physique des hébergés vers les services de santé, une pratique réservée à des besoins exceptionnels*

Si les plans sont une manière d'accompagner les exilés dans leurs démarches, l'une des principales réponses aux difficultés d'accessibilité territoriale demeure l'accompagnement physique des exilés aux rendez-vous médicaux. Cependant, considérée comme une tâche qui ne fait pas partie des missions des équipes, elle a été décrite comme une pratique d'exception. Dans les centres d'hébergement qui ne sont pas situés sur une commune rurale (9 parmi 11), les équipes ont en effet reporter une consigne de limiter au maximum les accompagnements physiques.

« Clairement la consigne c'est de ne pas faire d'accompagnement physique »²⁴⁶ ;

« Tout ce qui est rendez-vous médical, nous c'est quelque chose où ils sont en total autonomie. Alors on peut faire souvent des lettres d'accompagnement quand y a des difficultés avec la langue, mais voilà. Moi physiquement je ne fais pas d'accompagnement. J'ai pas le temps »²⁴⁷ ;

« Depuis qu'on est passé HUDA, on n'est plus censé faire d'accompagnement pour la santé »²⁴⁸.

On retrouve à nouveau une norme d'autonomie dans l'accès aux services. Ces consignes répondent aussi à des logiques gestionnaires et budgétaires : accompagner coûte en ressources humaines et en essence. Dans le dernier extrait, le renvoi au passage au statut d'HUDA est lié au fait que lors de la conversion du CHUM en HUDA en 2019, la subvention étatique a fortement diminué (de 30 à 17€ la nuitée), amenant le centre à réduire son équipe et notamment enlever un poste d'animateur-médiateur-interprète qui effectuait l'essentiel des accompagnements physiques vers les services. Avec la perte ce poste, la cheffe de service a alors estimé que l'équipe ne pouvait plus endosser les accompagnements physiques. La situation est alors un peu différente dans les deux centres installés sur des communes rurales (CH 6 et CH10), qui de fait de leur éloignement important des réseaux de transports, sont contraints de proposer une aide logistique plus importante à la mobilité. Les deux équipes sont équipées de nombreux véhicules mais surtout sont renforcés en ressources humaine avec des agents hôteliers ou auxiliaires de vie qui assurent des systèmes de navettes régulières vers la gare la plus proche. S'ils sont censés avant tout effectuer des trajets vers la gare, en pratique ils effectuent aussi des accompagnements directement vers différents services de santé locaux. Notons que les équipes n'ont pas reporté de pratiques d'accompagnements physiques vers différents services (de santé ou autre) par des bénévoles, comme cela a pu être observé sur d'autres terrains périurbains ou ruraux (Arfaoui, 2020, Verove, 2023). La raison principale nous semble être le contexte de crise sanitaire qui a fortement affaibli les dynamiques de bénévolat dans les centres d'hébergement, et par ailleurs les équipes ont souvent insisté sur un recrutement de bénévoles concentré sur l'apprentissage du français.

²⁴⁶ Cheffe de service du CH8, juillet 2021

²⁴⁷ Référente sociale de l'équipe commune des CH4 et CH5, juillet 2021

²⁴⁸ Référente sociale au CH6, avril 2020

L'accompagnement physique vers les services de santé est donc officiellement limité. Pour autant la plupart des travailleurs sociaux en équipe d'hébergement ont exprimé en avoir déjà fait ponctuellement, « exceptionnellement » :

« Après, lorsqu'on a des rendez-vous un peu plus spécialisés, les équipes accompagnent. On a une dame qui a eu un suivi à Necker, et le travailleur social a fait les accompagnements »²⁴⁹ ;

« Sur le CADA j'ai en tête au moins 4 situations où on a des résidents qui ont des lourds suivis médicaux et les médecins exigent qu'ils soient accompagnés par des travailleurs sociaux. Parce qu'ils ne comprennent pas. C'est la demande des médecins, pas des travailleurs sociaux. Mais ça complique les accompagnements »²⁵⁰

En ce moment on a un monsieur qui est en fauteuil roulant. Et récemment mon collègue l'a accompagné à l'hôpital pour faire sa radio, un scanner. Même si c'est pas notre rôle d'accompagner normalement mais là comme c'est quelqu'un qui est handicapé ; puis avec le covid on a moins de personnes et donc on a plus de temps. »²⁵¹

« Ça peut arriver surtout quand ils ne parlent pas français. Des fois c'est même une demande du médecin en fait qu'il y ait quelqu'un pour au moins expliquer. Et après on est pas fermé, si une famille nous demande d'accompagner pour être rassuré, on peut le faire ».²⁵²

« On a une personne qui a un suivi médical sur Paris et la psychiatre préconise qu'il ne vienne pas seul en transport, ni par ambulance. Du coup en gros il faut l'amener en voiture à chaque fois. Du coup ça monopolise un travailleur social pour une après-midi, un véhicule. Après une fois de temps en temps on peut mais là pour un suivi une fois par mois....C'est vrai que...voilà elle veut pas non plus d'ambulance, enfin de véhicule sanitaire, ça pose question parce qu'on n'a pas réussi à trouver de rendez-vous plus proche »²⁵³

Ces accompagnements physiques répondent principalement à trois contextes, trois types de besoins : lorsque les personnes sont en situation de mobilité contrainte (handicap, femme enceinte, jeunes enfants...), pour des suivis « complexes », lorsqu'il est demandé par les patients, et enfin lorsque l'accompagnement est exigé par le professionnel de santé. Dans ces deux derniers cas, l'accompagnement n'est pas purement logistique et répond alors à un enjeu de médiation entre les professionnels et les patients exilés : rassurer les patients et/ou les médecins. Comme nous le reverrons plus loin, l'accompagnement physique de certains patients fait partie des conditions les plus courantes par les professionnels de santé. Comme souligné par plusieurs professionnelles, ces accompagnements sont contraignants et coûteux en temps, en particulier quand il s'agit de se rendre sur Paris.

Dans le CH10 où l'éloignement fait que des accompagnements physiques sont effectués en routine par des agents hôteliers, les travailleurs sociaux ont aussi expliqué se mobiliser dans les contextes où l'enjeu n'est pas seulement de faciliter le déplacement mais se placer en médiateur avec les soignants.

« On va dire que la logique voudrait que quand c'est des démarches compliquées comme ce monsieur, avec ce monsieur qui n'a toujours pas de droits, où on sait qu'on va se faire engueuler par le service PASS parce que ce monsieur a toujours pas de droits ouvert, il vaut mieux que ce soit un travailleur social parce que comme ça on peut expliquer. Là pareil on a une dame qui a du mal à parler, à exprimer ses douleurs donc il vaut mieux que ça soit un travailleur social. En plus c'était des problèmes gynéco donc un peu personnels. Donc c'est ma collègue qui l'a accompagnée. Après quand c'est juste amener à un rendez-vous ophtalmo, dentiste, ou chez le médecin traitant, ce sont

²⁴⁹ Cheffe de service du CH8, juillet 2021

²⁵⁰ Cheffe de service de de l'équipe commune des CH4 et CH5

²⁵¹ Référente sociale de l'équipe commune des CH4 et CH5

²⁵² Référente sociale, CH1, juillet 2020

²⁵³ Cheffe de service du CH3, juillet 2021

plutôt mes collègues AVS. Car là c'est plus déplacer la personne qu'expliquer des choses pendant le rendez-vous »²⁵⁴

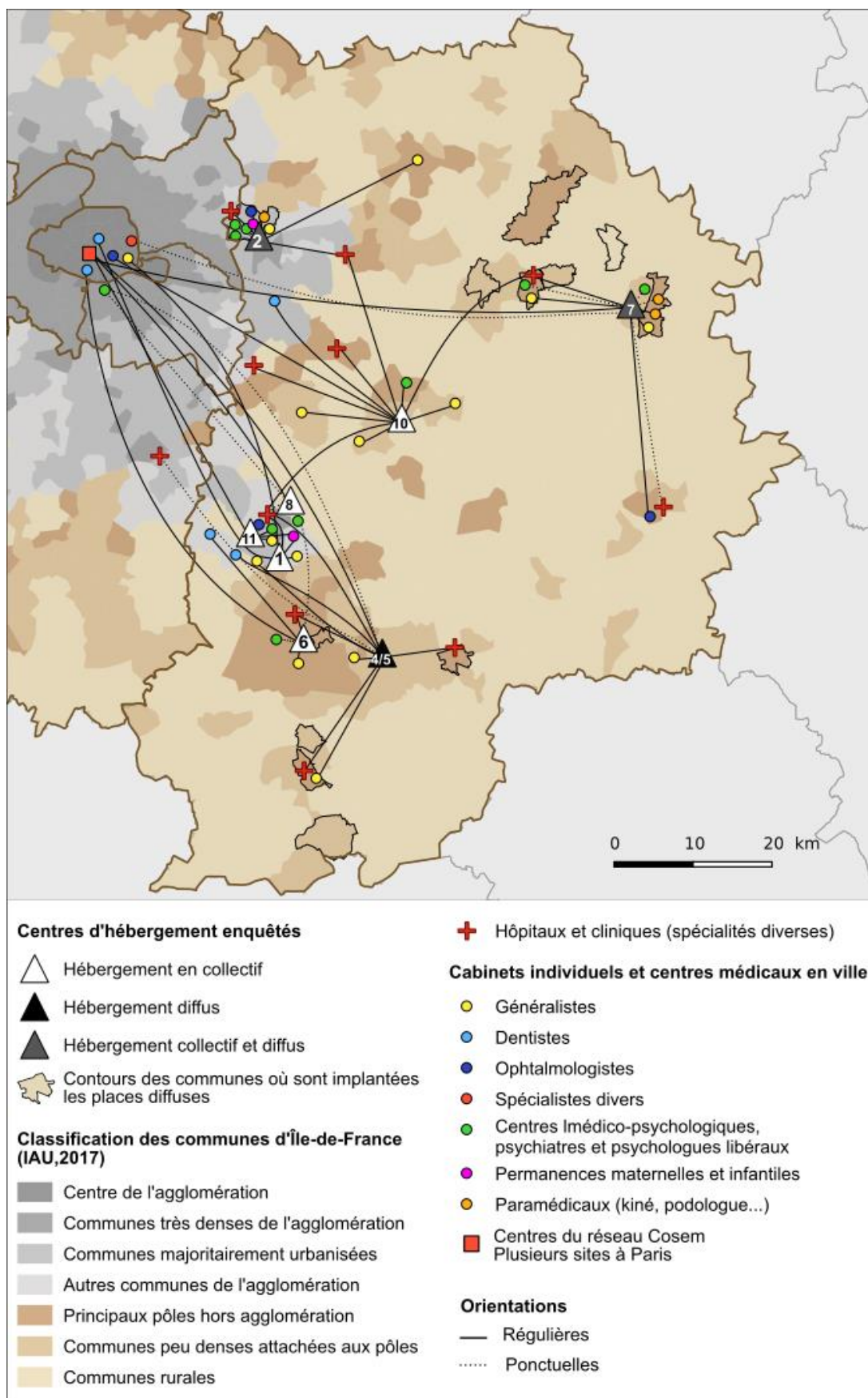
On comprend que l'enjeu est ici de ne pas exposer les patients et/ou les agents hôteliers à des situations inconfortables. Ainsi l'accompagnement physique n'est pas seulement une réponse aux contraintes d'accessibilité territoriale et/ou physique des exilés mais représente aussi un mode de régulation de la relation de soin.

2.2. Approches parisiennes VS approches localistes : des stratégies d'orientation en faveur de l'accessibilité fonctionnelle

La **Carte 11** ci-dessous représente les ressources citées par les professionnels des équipes d'hébergement dans leurs pratiques d'orientations après l'obtention d'une couverture sociale. Cette carte est loin d'être une représentation exhaustive des ressources mobilisées par les équipes, encore moins par les hébergés. En effet, comme expliqué plus haut, les professionnels utilisent les applications telles que Doctolib non seulement pour prendre des rendez-vous dans des cabinets qu'ils connaissent déjà, mais aussi pour repérer d'éventuels nouveaux médecins. Ces médecins n'ont pas été cités, sauf s'ils étaient des médecins régulièrement sollicités. Enfin, au regard de la variabilité de la disponibilité des médecins et de la nécessité d'en rechercher de façon permanente, la carte des ressources sollicitées par un centre est extrêmement variable dans le temps. Celle que nous proposons n'est que la synthèse de pratiques recueillies à un instant t par les équipes. Cette carte doit donc être abordée avec précautions. Toutefois, il nous semble que ces ressources évoquées comme étant régulièrement ou ponctuellement sollicitées demeurent évocatrices de logiques d'orientations privilégiées.

²⁵⁴ Référente sociale, CH10, septembre 2020

Carte 11. Principaux lieux d'orientation par les équipes d'hébergement pour les personnes avec une couverture sociale



I.Siffert, 2023, à partir de l'enquête de terrain

Précisions sur la carte : Les CH4 et CH5 ont été représentés ensemble au vu de leur gestion par une même équipe sociale. Les lieux d'orientation pour l'équipe du CH3 (CADA diffus) ne sont pas indiqués par manque d'informations, du fait que nous n'avons pu interroger seulement la cheffe de service de centre. Le CH9 (CAES), n'est pas non plus représenté car, d'une part la plupart des hébergés n'ont pas de couverture sociale lors de leur passage dans le centre, d'autre part l'équipe ne fait pas d'accompagnement individuel dans les démarches de soin (cf. Chapitre 4).

Une première observation générale sur cette carte est la répartition des ressources mobilisées essentiellement entre le département et la capitale. En effet, on compte seulement trois ressources sur les autres départements, dont un hôpital situé sur une commune frontalière en Seine-Saint-Denis.

Un centre se distingue des autres, le CH2, seul centre pour lequel n'a pas été évoqué de ressources parisiennes. Il incarne alors une stratégie localiste dans les orientations, visant à éviter Paris. Alors que le CH2 est située sur une commune considérée dans l'agglomération parisienne, à quelques kilomètres de la Seine-Saint-Denis, la référente sociale a expliqué privilégier la proximité :

*« De manière générale j'essaye de prioriser le secteur, car Paris il faut y aller quand même [...] Et puis si les gens doivent y retourner...je sais pas. Généralement on regarde sur Transilien pour que ça soit pas trop loin, pas trop compliqué en transports, pas loin d'une gare. Et dans Paris on ne sait pas toujours trop si c'est à 1h30 ou juste à côté de gare de l'est. C'est moins évident de projeter dans Paris. Après des fois je me dis, en ne trouvant pas de médecins qui acceptent l'attestation de la CSS, que ça serait peut-être plus simple de trouver à Paris. Mais bon, ça me paraît compliqué...après c'est peut-être moi, peut-être qu'ailleurs ça se fait autrement ».*²⁵⁵

Elle défend ici ce qu'on pourrait appeler une forme de « culture du partenariat local », au prix d'une recherche de médecins plus fastidieuse au regard de la faible disponibilité des ressources. L'argument principal apparent est l'accessibilité par les transports, supposé comme particulièrement longue et incertaine. Nous verrons que cet argument est plutôt utilisé en défaveur de la proximité par les autres centres. Celui-ci semble fondé sur sa propre difficulté à maîtriser le réseau de transports. L'autre argument mobilisé est aussi l'hypothèse du suivi, invitant à privilégier la proximité.

Comme suggéré par la référente sociale elle-même, cette approche localiste des orientations est en effet apparue comme minoritaire parmi les équipes sociales interrogées, qui ont toutes évoqué des orientations parisiennes régulières. Le principal argument en faveur de Paris est à la fois la disponibilité et la diversité de l'offre par rapport au territoire de la Seine-et-Marne :

*« Mais en même temps c'est plus simple. Pour avoir un rdv de kiné avec un monsieur, là ici c'est vraiment très compliqué alors que sur Paris on peut trouver un rendez-vous à trois jours. Et c'est comme ça pour tout, pour le psy...La dernière fois pareil pour un dentiste, y avait énormément de places parce qu'ils ouvrent des centres spécialisés où ils ne demandent pas la carte vitale, y a des médecins qui parlent d'autres langues, là c'était un dentiste qui parlait arabe. Et il avait rendez-vous deux jours après »*²⁵⁶

« Alors pendant très longtemps ça a été très compliqué, de trouver même un médecin traitant ici à Melun, des médecins qui prenaient de nouveaux patients. Du coup je les envoyais vers Paris. Avec la gare de Lyon ça se fait bien. Y avait que Paris qui était vraiment accessible, on avait un centre à Paris, c'était toujours le même car le médecin était très bien et y avait pas de soucis. Maintenant qu'il y a la maison de santé qui vient d'ouvrir à la Rochette, avec un médecin, ça marche bien.

²⁵⁵ Référente sociale santé du CH2 (CADA), février 2021

²⁵⁶ Référente sociale dans l'équipe commune des CH4 et 5 (CADA-HUDA), août 2020

Depuis pas très longtemps mais y a plusieurs familles qui y sont allées..bah pendant le confinement »²⁵⁷.

« Comme j'ai travaillé sur Paris je connais un peu, un réseau de centres, le COSEM, y en a plusieurs sur Paris, où on peut avoir des rdv sur la journée, c'est sans rdv. J'ai donné l'adresse à mes collègues et c'est vrai que cette année on a pas mal envoyé là bas. Ils font de tout : gynécologue, ophtalmo. On appelle, pour les enfants faut prendre rdv mais pour les adultes c'est sans rdv, sur ticket, il faut juste attendre c'est par ordre d'arrivée. C'est vrai que cette année on a pas mal utilisé. Y compris pour les enfants »²⁵⁸

On retrouve en premier lieu l'argument de la disponibilité rapide en places, au regard notamment de la pénurie locale. Ensuite, l'argument de l'acceptation de la CSS sans carte vitale, tout comme celui de la tarification en secteur 1 montrent que les équipes composent aussi avec les risques de refus de soins évoqués précédemment. On retrouve également l'argument de la possibilité de consultations sans rendez-vous qui décharge les équipes de la prise de rendez-vous (« on n'a pas besoin d'appeler ») et converge aussi avec la norme d'autonomie. Le Cosem (coordination des œuvres sociales et médicales) évoqué est un réseau de 5 centres de santé polyvalents essentiellement implantés à Paris. Cité au total par 4 équipes sociales (cf. **Carte 11**), il a été à chaque fois valorisé pour ces arguments fonctionnels. Comme suggéré par le premier témoignage, un motif pour orienter plus loin est aussi de trouver des médecins allophones. Face à la difficulté d'obtenir des rendez-vous pour des résidents d'origine afghane, une référente sociale du CH7 s'était lancée dans la recherche de médecins parlant farcis. En cherchant sur internet elle avait trouvé une liste de médecins locuteurs du farci ou du pachto, mais dès lors essentiellement parisiens.

On retrouve aussi dans le second extrait l'argument que la mobilité vers Paris n'est pas si compliquée. En effet, au regard de l'organisation du réseau de transports en commun très centré sur la capitale (cf. Chapitre 3, **Carte 6**), les déplacements en transports en commun intra-départementaux ou vers des départements limitrophes sont parfois plus longs et/ou plus complexes (moins directs) que les déplacements vers Paris. Par ailleurs, la circulation sur le territoire local suppose une connaissance fine des réseaux de transports locaux, notamment les lignes de bus, ce qui n'est pas toujours le cas des professionnels. Bien souvent, une orientation locale peut supposer un accompagnement physique pour éviter des déplacements fastidieux. Au regard de la politique relativement unanime des centres par rapport aux accompagnements physiques, les orientations parisiennes répondent alors également à la norme d'autonomie dans l'accessibilité physique aux services de santé. À ce titre, nous avons retrouvé à plusieurs reprises l'argument selon lequel les résidents « connaissent bien Paris » voire souhaitent être orientés Paris

« Nos résidents ils sont très très Paris. Y en a pas mal qui ont des suivis en région parisienne. Et par rapport à ce que disait Lucile, ils ont d'autres moyens que nos médecins de campagne »²⁵⁹.

Cette affirmation présuppose des comportements ainsi qu'un capital de mobilité homogène des exilés accompagnés par les équipes. Elle interroge alors la prise en compte des personnes en situation de vulnérabilité dont la mobilité serait limitée, notamment par des handicaps peu visibles. Enfin les orientations parisiennes peuvent être expliquées par des situations où des personnes ont déjà un médecin traitant et/ou un suivi, pour des pathologies chroniques par exemple, ailleurs et notamment à

²⁵⁷ Référente sociale santé, CH 1 (CADA), juillet 2020

²⁵⁸

²⁵⁹ Référente sociale, CH4-5, juillet 2021.

Paris. Dans ces cas-là, les résidents gardent leur suivi y compris quand l'accessibilité est compliquée. Cet argument du suivi nous renvoie aux conséquences de l'instabilité résidentielle, ici liée à la mobilité dans le système d'hébergement, sur les parcours de recours aux soins.

Si les équipes ont valorisé les orientations parisiennes, l'arbitrage en faveur de Paris n'était pas toujours de première intention. Comme suggéré par plusieurs témoignages, les équipes ont d'abord cherché à orienter en proximité. Face aux difficultés à trouver des médecins disponibles et à la complexité de l'accès aux structures locales, certains professionnels ont alors expliqué avoir renoncé à la proximité territoriale pour privilégier des orientations vers des services dont l'accessibilité fonctionnelle est plus simple. À force de difficultés à trouver des ressources locales disponibles, ils ont fini par ne plus chercher sur le territoire, trouvant dans les solutions parisiennes des orientations plus pratiques.

« Je n'oriente plus à côté. Au départ j'orientais à Nemours pour ceux de Nemours ; mais c'était des délais super longs. C'était compliqué. Une fois j'avais eu la chance de tomber sur une remplaçante qui parlait arabe donc là c'était une chance de fou (rire), mais sinon...Paris »²⁶⁰

« En fait depuis qu'on a ouvert on a testé beaucoup de choses, notamment les médecins traitants c'est impossible sur Melun. Je me souviens à l'ouverture ma collègue avait fait une liste et on marquait « prends pas la CMU », « prends pas de nouveaux patients », c'était que ça, on s'embêtait, c'était compliqué. Et puis ma collègue je crois a parlé du Cosem à Paris, et franchement c'est top. Y a toutes les spécialités et ils prennent la CSS. Et pour les médecins traitants on a des rendez-vous le jour même ou le lendemain. Il y en a plusieurs à Paris et ils prennent des nouveaux patients. [...] On leur explique, on leur dit comment y aller, on leur fait des plans et tout, parce qu'ici on a lâché l'affaire. On ne peut pas travailler avec...on avait une doctoresse avec qui on travaillait à côté, à 10 minutes même pas, mais après elle n'était plus disponible et moi perso j'ai lâché l'affaire ».²⁶¹

Ainsi les orientations parisiennes sont aussi le résultat d'une certaine lassitude face aux difficultés à trouver en local et le temps que cela suppose. Par ailleurs, la stratégie parisienne n'est pas homogène. En effet, deux tendances se sont distinguées : d'un côté des équipes ayant décrit des orientations parisiennes comme majoritaires, à l'image de la référente sociale ci-dessus orientant essentiellement au COSEM. On retrouve dans ce groupe les CH 1, 4-5,8 et 11. Si ces centres ont un ou deux cabinets médicaux vers qui ils envoient régulièrement des patients pour des consultations généralistes, ils effectuent l'intégralité de leurs orientations spécialisées ou paramédicales vers Paris, à l'exception de la PMI (pour les CH 1 et 11 accueillant des familles). Tous deux ont décrit des liens réguliers et faciles avec la PMI locale, qui, comme vu dans le chapitre 4, intervient aussi sur place. Précisons que les CH 1, 8 et 11, sont ceux qui se situent sur l'agglomération de Melun, aussi se joue pour eux une facilité d'accès à Paris davantage que les autres centres.

Pour les autres, les CH 6,7 et 10, les orientations parisiennes ont été décrites comme régulières mais davantage circonstanciées à des besoins et situations spécifiques : la recherche de certains spécialistes spécifiquement. Ces trois centres témoignent en effet d'un réseau de partenaires majoritairement locaux auxquels se rajoutent des partenaires parisiens selon les besoins. Les CH10 et CH7 sont les deux centres situés dans les communes rurales, non desservies par une ligne de train et pour qui l'accessibilité à Paris demeure la plus complexe. Ces deux équipes ont constitué des réseaux de ressources locales, souvent issues de leurs connaissances personnelles (cf. *supra*.)

²⁶⁰ Référente sociale de l'équipe des CH 4 et 5 (HUDA-CADA diffus), juillet 2021

²⁶¹ Référent sociale au CH 8 (PRAHDA), juillet 2021

Nous avons retrouvé la valorisation d'une approche localiste des orientations par une référente sociale du CH 10, qui a alors mobilisé l'argument de l'ancrage territorial pour les personnes amenés à y rester durablement.

« J'essaye de rester sur la Seine-et-Marne. Surtout que les gens vont potentiellement être envoyés quelque part en Seine-et-Marne s'ils bougent. Donc pour le moment j'y arrive avec la Seine et Marne. J'ai pas besoin d'envoyer à Paris. Par contre mes collègues orientent plus sur Paris et surtout ceux qui avaient des suivis sur Paris restent sur Paris. »²⁶²

Le cas du CH10 (CHU) est particulier puisqu'il accueille des résidents orientés par le SIAO de Seine-et-Marne mais aussi de Paris. L'équipe privilégie alors pour les uns des orientations locales, et pour les autres des orientations parisiennes. Si l'argument des suivis préexistants est mobilisé pour Paris, en réalité les orientations parisiennes ne relèvent pas que du choix des exilés ou des équipes mais aussi d'une injonction politique à ne pas saturer les dispositifs locaux :

« En s'implantant dans le 77, on a plus ou moins convenu avec le Préfet qu'on n'irait pas encombrer un peu plus tous les dispositifs. Nous nos parisiens vont à Paris, ce qui est relativement plus facile car y a quand même beaucoup de centres médicaux à Paris. »²⁶³

Cet accord tacite nous renvoie aux négociations entre acteurs institutionnels dans l'ouverture des centres d'hébergement et les logiques de répartition territoriale. Il suggère l'indésirabilité ou du moins les appréhensions au niveau local dans l'accueil de centres au regard de l'augmentation de la demande en aide sociale qu'ils représentent. Cet accord révèle alors les contradictions dans la mise en œuvre des politiques de répartition territoriale dans l'hébergement, qui sont censés reposer sur une logique de répartition des besoins et promouvoir un ancrage local des personnes.

3. Un soin négocié avec les professionnels de santé

Plusieurs situations évoquées plus hauts montrent que les relations avec les médecins qui acceptent de recevoir les hébergés sont fragiles et loin d'être assurées dans la durée. Exacerbée par la pression sanitaire sur le territoire, cette fragilité est liée aux difficultés/inconforts que rencontrent les praticiens dans la prise en charge des exilés. Comme l'écrit Marcel Calvez (2010), « La notion de soin négocié s'ancre dans ces situations qui obligent différents acteurs, professionnels et non professionnels, à s'ajuster autour des questions posées par la maladie ou l'incapacité ». Il s'agit ici pour les travailleurs sociaux des équipes sociales de pallier les incapacités de certains hébergés à accéder et interagir avec le système de santé.

On l'a vu, le processus de négociation peut commencer dès la prospection au sujet de l'acceptation de la CMU-C et de l'AME. Il se poursuit alors tout au long de l'orientation et du parcours de soin. De par leur position de coordinateur des soins, les référents sociaux en hébergement comme ceux des dispositifs de soins gratuits sont souvent placés dans une position de médiateur et se font récepteurs des conditions des soignants pour recevoir les exilés. Ce sont généralement les référents sociaux, parfois les chefs de service, qui négocient directement avec les professionnels de santé. Certaines questions peuvent aussi faire l'objet de discussions préalables en interne à l'équipe,

²⁶² Référente sociale, CH10, septembre 2020.

²⁶³ Cheffe de service, CH10, septembre 2020.

par exemple sur les accompagnements physiques ou l'usage d'ISM Interprétariat en consultation. Nous allons revenir ici sur les sujets qui font l'objet de discussion.

3.1. Des prises en charge conditionnées par des quotas et des règles

L'un des premiers sujets de négociation entre les travailleurs sociaux et les professionnels de santé porte sur le nombre d'orientation que les médecins seraient prêts à accueillir. Dans leurs relations avec leurs médecins adhérents, les RDS sont très attentifs au respect des quotas donnés par les médecins. Par exemple dans le cadre de sa PASS ambulatoire, le RDS Nord a un tableau avec le nombre de personnes possibles par médecin partenaire par mois et répartir les créneaux aux patients sans droits en fonction. De même, dans le classeur où elle ressente les partenaires en ville, l'assistante de direction du RDS Sud indique les nombres éventuellement donnés par les professionnels : ainsi on peut lire à côté des indications sur l'AME et la CMU-C des précisions telles que « Ok pour cinq nouveaux patients » ; « Un patient max par semaine ». Les centres d'hébergement sont également confrontés à de tels quotas. Par exemple, dans une des villes où l'équipe commune de l'HUDA-CADA a des places en diffus, un médecin généraliste a posé la condition de deux patients maximums par semaine. L'équipe sociale ainsi que l'équipe mobile sanitaire y intervenant arbitrent en fonction des besoins prioritaires « *Il nous dit qu'il veut bien prendre que deux, mais pas deux concernant la psychiatrie, deux au total. Donc après on voit avec mes collègues, puis qu'on en voit pas mal à la journée, on voit qui est dans l'urgence, qui est vraiment vulnérable* »²⁶⁴. Suggérés par la psychologue, on comprend que ces quotas conduisent à des arbitrages et pratiques de justice locale, basés ici sur des considérations sanitaires de « vulnérabilité » mais dont nous n'avons pas explorés davantage les déterminants.

Si les conditions posées par les médecins tels que les quotas sont souvent exprimées dès la mise en relation, elles peuvent évoluer et font l'objet d'ajustements. Au CH 7 (HUDA), les relations avec la maison médicale située à grande proximité du centre, où sont naturellement orientés de nombreux résidents, a fait l'objet de plusieurs ajustements. La maison de santé a ouvert en 2015 quelques mois à peine avant l'ouverture du centre d'hébergement (CHUM à l'époque). Quand les premiers hébergés ont obtenu la CMU-C, la maison médicale est devenue un des principaux lieux d'orientation des exilés. Cependant, rapidement la maison de santé a commencé à exprimer des réticences à l'accueil des exilés et a sollicité une rencontre avec le centre. Les médecins se plaignaient que les résidents avaient tendance à se rendre en groupe à la maison de santé pour prendre directement des rendez-vous et à solliciter des rendez-vous « pour de la bobologie »²⁶⁵. Cette expression vraisemblablement utilisée par les médecins interroge sur des représentations discriminatoires des professionnels de santé dans la perception des douleurs et besoins des patients exilés, couramment reportées par des travaux sur la prise en charge médicale des exilés (Carde, 2006b, Wolff, 2016, Cognet, 2017). Pour répondre à cette plainte, l'équipe de la maison de santé et du centre d'hébergement ont d'abord convenu que les résidents passent par les plateformes de réservation en ligne. Toutefois, rapidement les prises de rendez-vous effectuées par les résidents ont pris une ampleur jugée trop importante pour le centre de santé. Les équipes se sont alors rencontrées une seconde fois et

²⁶⁴ Psychologue de l'équipe sanitaire régionale, décembre 2020.

²⁶⁵ Terme utilisé par la cheffe de service du CH6, en expliquant l'évolution des rapports avec la maison de santé.

se sont mises d'accord sur une forme de protocole. Les résidents et les référents sociaux ne sont plus censés passer par Doctolib, ni venir, mais appeler le secrétariat pour prendre rendez-vous. Cette pratique permet alors une régulation de la prise de rendez-vous par le secrétariat de la maison de santé. Néanmoins, du côté des accompagnants sociaux, elle rentre en tension avec la norme d'autonomie dans la prise de rendez-vous qu'ils essayent d'installer dans la relation d'accompagnement, les renvoyant à la posture de « coordinateur du parcours de soin » à laquelle les professionnels de santé les assignent (cf. Chapitre 4, partie 2).

Avec cette même maison de santé, un autre sujet de négociation a porté sur les consultations des exilés non francophones. Dans un premier temps, les médecins ont réclamé l'accompagnement systématique des patients non francophones par un accompagnant social afin d'assurer une traduction directement ou via les services d'interprétariat. Cette pratique n'était pas techniquement faisable pour l'équipe sociale, aussi la rencontre des deux équipes a permis de se mettre d'accord d'une part sur l'écriture d'une lettre d'orientation par les travailleurs sociaux pour expliquer le motif de consultation des non-francophones, d'autre part sur la possibilité, si besoin, d'appeler un des deux médiateurs interprètes de l'équipe sociale pour effectuer de la traduction par téléphone au cours de la consultation. Il s'agit ainsi de faciliter le travail des professionnels de santé en limitant les contraintes des équipes sociales. Cet arrangement relève d'un compromis entre les limites de l'hospitalité des praticiens et celles de moyens des équipes sociales. « *On a œuvré avec la maison de santé pour trouver quelque chose qui était faisable pour nous et acceptable pour eux* »²⁶⁶ résume ainsi la cheffe de service du centre. Cette pratique de courrier d'orientations est très commune. L'ensemble des référents sociaux rencontrés ont évoqué écrire des courriers pour les patients allophones et parfois laisser leurs coordonnées en cas de questions. Certains étendent cette démarche également aux francophones, dans le but « d'appuyer » la demande et diminuer les risques de refus de soin :

*« Ça m'arrive souvent de faire des lettres, et même quand ils parlent français pour appuyer un peu : 'ils viennent pour ceci ou cela..', 'ils n'ont pas de carte vitale', voilà des choses comme ça. Ça arrive quand même assez souvent de faire des courriers, je me dis que c'est mieux, ça peut appuyer, avantager. Le médecin s'il veut il peut m'appeler »*²⁶⁷

Tout comme l'assistante de direction du RDS appelle des médecins pour leur demander de prendre des patients du réseau, ici les courriers visent aussi à défendre la cause des exilés et augmenter leurs chances d'être bien reçu par le médecin. Précisions que ce type de courrier peut aussi être apportés par d'autres orienteurs, notamment les associations qui effectuent de l'accompagnement sociale ou encore les SPADA. Ce fut le cas pour Mme B que nous avons suivie. Suite à un rendez-vous à un cabinet dentaire qui l'avait mal reçue après s'être rendue compte qu'elle n'avait pas de carte vitale et avait expliqué qu'elle serait peut-être amenée à payer, Mme B. s'était rendue à la SPADA pour expliquer la situation. Une travailleuse sociale lui avait alors délivré une lettre expliquant que les demandeurs n'ont plus le droit à une carte vitale depuis un décret de 2019, et demandant de bien vouloir la recevoir malgré cela.

Les professionnels peuvent aussi se confronter à des demandes qui ne visent pas tellement à améliorer la relation de soin mais plutôt à rationaliser les dépenses. Une professionnelle a par exemple

²⁶⁶ Cheffe de service du CH6 (HUDA), avril 2020.

²⁶⁷ Référente sociale, CH1, juillet 2020.

reporté l'exemple d'une maison de santé demandant que les hébergés avec la CMU-C sans carte vitale viennent avec une enveloppe timbrée pour l'envoi de la fiche de soin à la CPAM, sur le motif que cela faisait des frais et de l'organisation supplémentaire, alors que les consultations sont « déjà moins bien payées »²⁶⁸. Sans doute aussi politique qu'économique, cette demande si symbolique d'un point de vue financier (prix du timbre et de l'enveloppe) nous renvoie aux pratiques discriminatoires reposant sur une remise en question du droit au soin gratuit des exilés précaires (Carde, 2006a).

3.2. *L'interprétariat et les certificats médicaux comme objets de négociation du soin des exilés*

Deux autres problématiques relativement spécifiques à l'accompagnement exilés font l'objet de négociations régulières entre professionnels de santé et de l'action sociale ou médico-sociale : l'accès à l'interprétariat pour les allophones et la production de certificats médicaux dans le cadre de procédures administratives (demande d'asile, accès à l'hébergement, titre de séjour pour soin).

Les difficultés d'accès à l'interprétariat représentent une question épineuse dans l'orientation médicale des exilés vers le système de santé de droit commun. Plusieurs équipes ont évoqué des cas de médecins qui refusent de prendre des patients allophones non accompagnés physiquement par un traducteur. Évoqué plus haut, la « barrière de la langue » est aussi un motif à des fins de prise en charge. Les équipes doivent alors adapter leurs pratiques aux demandes. Pour des médecins qui l'exigent, elles peuvent accompagner et vont aider sur place à la traduction, souvent via des applications. Au RDS Sud, l'équipe peut répondre à certaines demandes de traduction de médecins depuis qu'elle a obtenu en 2020 un poste de médiateur/médiatrice interprète (cf. Chapitre 5, partie 2.1), d'abord occupé par une personne roumanophone puis une personne arabophone. En structure d'hébergement, un seul centre (CH6) a deux postes de médiateurs mais qui ne sont pas censés faire des accompagnements physiques. Selon la langue, les référents sociaux peuvent donner un numéro de téléphone au médecin et proposer de la traduction par téléphone avec leur médiateur. Les autres centres d'hébergement n'ont globalement pas de solutions réelles à proposer pour répondre à ces demandes des médecins. Comme l'ont évoqué certaines professionnelles, ce sont souvent des compatriotes du centre (ou d'ailleurs) maîtrisant mieux le français qui se font interprètes. « *Y a pas mal de gars qui se portent volontaires sur des accompagnements, des gars qui parlent toutes les langues* »²⁶⁹ ; « *On a beaucoup d'Afghans qui s'entraident entre eux, donc ils s'accompagnent à des rendez-vous. Le médecin reçoit à deux.* »²⁷⁰. Ce type de pratiques semble néanmoins loin d'être satisfaisantes au regard des limites de l'interprétariat par des tiers (ami, famille, compatriote...) non professionnels largement démontrées dans la littérature : le problème de la confidentialité médicale et de l'intimité mais aussi des enjeux de gestion des émotions, les imprécisions de la traduction (Leanza, 2006, Pian, 2014, Béal & Chambon, 2015, Alushi, 2023).

A la demande de certains soignants, des référents sociaux ont expliqué très exceptionnellement avoir utilisé les services d'ISM interprétariat en consultation. À nouveau il s'agit d'une pratique que les équipes considèrent comme ne relevant pas de leur prérogative : « *Quand c'est des consultations*

²⁶⁸ Expression reportée par une cheffe de service en racontant cet anecdote, octobre 2021.

²⁶⁹ Référente sociale du CH6 (HUDA), avril 2020.

²⁷⁰ Cheffe de service du CH7 (HUDA) auparavant référente sociale, décembre 2021.

médicales, c'est pas à nous de fournir l'interprétariat. Concrètement c'est à eux [les médecins] de se faire un compte ISM »²⁷¹. En outre, elle représente des coûts financiers très importants que les centres d'hébergement ne peuvent et veulent pas endosser. Les travailleurs sociaux qui ont déjà été amenés à utiliser ISM en consultation l'ont alors présenté comme une mesure exceptionnelle, dans le cas d'un patient parlant une langue rare et/ou lorsque le médecin insistait sur la présence d'un traducteur. Le recours à ISM est alors la solution de « dernier recours », quand il n'est pas possible d'envisager un accompagnement par un membre de l'équipe ou un autre hébergé en mesure de traduire. Dans la mesure où c'est une pratique qu'ils ne sont pas censés assurer, une telle situation va faire l'objet d'une négociation en interne par une discussion collective en équipe (« Il faut que le travailleur social accompagne la personne et ça va être à titre exceptionnel. Ce sont des décisions qu'on va prendre avec l'équipe, selon les situations »²⁷²) ou a minima en demandant l'autorisation de sa hiérarchie.

Si l'interprétariat est généralement une demande voire une condition des professionnels de santé aux équipes sociales pour accepter des orientations ; à l'inverse la demande certificats est souvent formulée par les travailleurs sociaux, en tant que « référents » des patients auprès des soignants. À l'aune des logiques d'administration de la preuve par le corps et la « vulnérabilité » qui jalonnent la demande d'asile (Fassin & D'Halluin, 2005), ces demandes de certificats sont très courantes dans l'accompagnement des demandeurs d'asile. En outre, comme nous l'avons expliqué dans le chapitre 4, les logiques de priorisation sanitaire dans l'accès à l'hébergement font que les centres du DNA sont amenés à accueillir des personnes dans des situations sanitaires de plus en plus complexes.

Face à ces besoins de plus en plus réguliers, les équipes se confrontent cependant à un manque de structures spécialisées (unités médico-judiciaires, associations spécialisées comme le Comede) les obligeant à se tourner vers des médecins non spécialisés. Ces demandes ne sont pas toujours faciles à obtenir. Des professionnels ont rapporté des médecins « frileux, qui n'osent pas trop s'engager ».²⁷³ Evoquant une situation où elle a demandé à un médecin généraliste de faire un certificat médical pour un patient, une référente sociale évoque les réticences de certains professionnels de santé qui obligent les travailleurs sociaux à insister.

Référente sociale : - *Donc là tu vois je lui avais fait une lettre pour qu'il constate. Et en général le gars appelle Sara [médiatrice-interprète] pour qu'elle explique davantage.*

Enquêtrice : - *Et tu leur fais un modèle ?*

Référente sociale : - *Non non je les laisse faire ce qu'ils veulent. (Me montrant un certificat) Et là tu vois c'est une belle lettre, il s'est donné un peu. Parce que parfois y a vraiment deux lignes. Mais bon on leur dit que c'est bien déjà, on ne peut pas faire plus. On ne peut pas les envoyer chez des médecins de guerre, des médecins légistes, c'est pas pris en charge donc bon... Et à un moment ils ont tiqué en disant qu'ils voulaient plus le faire, qu'ils voulaient pas « inventer, mentir ». En fait les médecins ils ont peur de s'engager, d'engager leur serment d'Hippocrate ou je ne sais pas quoi... Mais nous on leur a dit 'on ne vous demande pas d'inventer, on vous demande juste de faire ce que vous êtes en capacité de faire'. Car les gars ils ne vont pas pouvoir se déshabiller à l'entretien OFPRA pour montrer leurs cicatrices ».²⁷⁴*

La résistance des médecins à la rédaction des certificats médicaux renvoie aux analyses faites par Estelle d'Halluin sur les différents freins pratiques (caractériser des blessures à partir des traces

²⁷¹ Référente sociale du CH6, HUDA, avril 2020.

²⁷² Cheffe de service, CH3 (CADA), mai 2021.

²⁷³ Référente sociale, CH4-5 (CADA -HUDA), juillet 2021

²⁷⁴ Référente sociale, CH6 (HUDA), juin 2020.

qu'elles ont laissées), thérapeutiques (peur de la retraumatisation notamment), éthiques et politiques (conséquences sur les parcours) des médecins à la rédaction de certificats médicaux (D'Halluin, 2006). On retrouve ici évoqués des freins surtout pratiques et éthiques, de médecins ne se sentant pas compétents et légitimes à rédiger des certificats. Face à ces résistances, les travailleurs sociaux se trouvent alors à négocier, insister, réassurer auprès des médecins pour faire obtenir aux hébergés les précieux certificats.

3.3. *L'accompagnement pour des problèmes de santé psychique dans une injonction à la « dépsychiatriation »*

Cette dernière sous-partie s'attarde sur les difficultés relatives à l'orientation des exilés pour des soins psychiques, décrites par les équipes sociales et médico-sociales comme les plus préoccupantes. Celles-ci se sont en effet décrites comme particulièrement « impuissantes » et « démunies » à répondre à certaines situations et besoins en matière de santé psychique exprimés par les hébergés. Les équipes se sentent particulièrement seules face aux difficultés dans l'obtention des prises en charge par des structures spécialisées dans le droit commun. Elles se confrontent aux listes d'attente de plusieurs mois des centres médico-psychologiques (CMP) qui se soldent souvent par des refus de prise en charge. Plusieurs équipes avaient déjà vécu au moins un suicide dans leur centre, dans des contextes où les besoins d'accompagnement étaient largement identifiés étaient restés sans solution.

« Après le souci quand on est face à une personne qui est en difficultés psy, nous on a tellement pris l'habitude de devoir gérer tout seul, que souvent quand on alerte les services psychiatriques à proprement parler, c'est que la personne est en crise. Soit envers elle, soit envers le matériel ou envers les autres. Et là soit la personne adhère à ce qu'on lui propose, c'est-à-dire qu'on fasse venir quelqu'un ou qu'on l'amène aux urgences, soit on appelle le samu, on dit que la personne est en crise et qu'il faut venir. Et dans les deux cas, souvent c'est une fin de non-recevoir, c'est-à-dire que le jour même la personne elle ressort. »²⁷⁵

Au regard de cette détresse des équipes, la prise en charge des besoins en santé mentale est alors ressortie comme un enjeu de tensions entre les équipes sociales de structures d'hébergement, les acteurs médicaux et médico-sociaux du territoire, ainsi qu'avec l'Agence régionale de santé.

Malgré sa spécialisation dans les personnes en situation d'addiction et l'intervention de plusieurs acteurs spécialisés, même la cheffe de service du CHU a tout de même décrit un centre « *très isolé du point de vue de la psychiatrie* »²⁷⁶ et a déploré n'avoir pas réussi, en six ans, à mettre en place des liens avec la psychiatrie de secteur. Plusieurs cheffes de service ont évoqué avoir alerté l'ARS sur des situations précises, perçues comme dangereuses, sur lesquelles elles n'ont pas eu de retours. Les centres en diffus ont reporté être confrontés à un problème de domiciliation face à la sectorisation de la psychiatrie. Alors que les hébergées du CH 3 (CADA) sont domiciliés à l'adresse du siège du CADA, l'équipe se voit refuser des prises en charge par le CMP du secteur auquel appartient le siège, selon l'argument que la domiciliation ne correspond pas au lieu d'habitation. Parallèlement les CMP des secteurs d'habitation ont logiquement refusé par absence de domiciliation. Face à cette contrainte de sectorisation, comme l'a expliqué la psychologue de l'équipe régionale à propos d'un résident d'un centre ayant fait une tentative de suicide, les équipes vont jusqu'à essayer de changer la domiciliation

²⁷⁵ Directrice de pôle départemental d'une association gestionnaire, responsabilité du pôle hébergement asile, ; ancienne cheffe de service, novembre 2020

²⁷⁶ Cheffe de service du CH 11 (CHU) depuis son ouverture en 2014, septembre 2020.

pour améliorer les chances de prise en charge : « On a essayé de jouer avec l'équipe sociale pour lui mettre une autre domiciliation pour qu'il soit orienté vers un autre CMP. Parce qu'en fait la dernière fois qu'ils avaient orienté quelqu'un aux urgences pour une tentative de suicide, la personne s'est vraiment suicidée au final. Et il y avait eu le même schéma »²⁷⁷

Finalement les équipes mobiles de psychiatrie sont souvent apparus comme les seuls acteurs réellement disponibles dans l'accompagnement des problèmes de santé psychique. Sept des onze centres enquêtés ont dit être en contact avec l'une des deux EMPP du département. Néanmoins les interventions des EMPP restent une prise en charge « très ponctuelle » qui ne s'inscrit pas dans un suivi et qui aboutit rarement à une orientation. Face aux refus de prise en charge, les équipes sociales d'hébergement ont exprimé un sentiment de désengagement des acteurs de la psychiatrie dans l'accueil des exilés. Comme le rapporte ces deux anciennes cheffes de servie, les équipes peuvent être confrontées à des refus de prise en charge au nom d'une lecture sociale des problèmes psychiatriques.

« Directrice de pôle hébergement 1 : « - Quand on a eu des passages à l'acte sur des moments de crise intense où la personne voulait se tuer, parfois c'est carrément la police qui est venue, mais d'autres moments où le monsieur se tape la tête contre les murs, se fait mal, dit qu'elle veut mourir, on appelle le SAMU et il faut vraiment être force de persuasion, presque à menacer le samu pour qu'ils viennent quoi. Parce qu'on nous dit « Vous êtes un centre d'hébergement migrants, nous on n'est pas là pour des problèmes de papiers », ça je l'ai entendu. Donc je dis « mais là il ne se tape pas la tête contre les murs pour ses papiers, c'est qu'il ne va pas bien ».

Directrice de pôle hébergement 2 : - Ils disent que c'est social « mettez leur un toit sur la tête et vous verrez ça ira mieux ». Ils disent ça pour les SDF « Mettez leur un toit sur la tête » et pour les migrants, c'est les papiers

Directrice 1 : - C'est ça, c'est pas psychiatrique, parce que s'ils ont un hébergement c'est bon, ils auront plus de problème »²⁷⁸

C'est alors sur la question des besoins en santé psychique que les équipes ont exprimé le besoin le plus fort d'un étayage et d'un soutien par l'ARS. Dès lors, plusieurs centres avaient fait des demandes de financements d'interventions individuelles ou collectives de psychologues libéraux pour répondre à l'absence de réponse des CMP. En pratique parmi les centres enquêtés ; seuls le CH2 (CADA) et le CH10 (CHU) bénéficiaient de telles interventions. Le CH2 bénéficiait de l'intervention hebdomadaire de deux psychologues pour des ateliers collectifs ou individuel, l'un réservé aux enfants, l'autre aux adultes sur l'accompagnement à la parentalité. Au moment où nous avons interrogé l'équipe, le CHU venait d'obtenir le détachement d'un psychologue du CSAPA pour effectuer des consultations un jour toutes les deux semaines. À contre-courant des revendications des équipes sociales, j'ai cependant retrouvé au sein de l'ARS locale une forme de résistance à des financements pour des suivis psychologiques individuels au sein des structures d'hébergement dans le cadre des actions de prévention et promotion de la santé

« Sur l'enveloppe du Fond d'intervention régionale, j'ai presque 90% des demandes de budget qui sont du temps psychologue pour des entretiens individuels. Mais pour moi ce n'est pas nécessairement la solution face aux problèmes de santé psychique. Je ne suis pas convaincue par cette approche. Cela peut passer par les loisirs, le bien être, de passer par des ateliers qui représentent un sas. [...] Une des stratégies c'est les amener à penser la santé mentale autrement

²⁷⁷ Psychologue, équipe mobile sanitaire, décembre 2020.

²⁷⁸Entretien groupé deux directrices de pôle associatif régional gestionnaire de structures d'hébergement gérées par une même association ; novembre 2020.

qu'uniquement par le biais d'un psychologue. C'est-à-dire que la santé mentale, a fortiori pour ceux qui ont des parcours un peu chaotiques ; ça peut être simplement avoir des activités en commun. C'est-à-dire proposer des ateliers culturels, sociaux ce que font certains hébergeurs sociaux mais moi je les vois pas passer alors que c'est finançable dans un programme de prévention. Alors il faut que ça soit un peu sous-tendu par un enjeu santé mais ça rentre. Mais en tout cas diversifier un peu les modalités d'intervention et qu'on ne réduise pas la santé mentale à la mise à disposition d'entretiens psychologiques, dont nous on interroge vraiment la pertinence »²⁷⁹

On retrouve ici une position institutionnelle que l'on pourrait qualifier de « dépsychologisation » de l'accompagnement en santé des exilés. Plusieurs arguments structurent cette position de l'ARS, qui selon la représentante de la délégation territoriale est partagée avec ses interlocuteurs du siège régional. Le premier est financier et renvoie à la conception et la répartition des budgets. Une psychothérapie ne relèverait pas de la prévention mais du soin et de l'orientation. Par ailleurs, dans la mesure où ce n'est pas le pôle Prévention et promotion de la santé qui a en gestion le financement des acteurs de la santé mentale, ni même des EMPP qui sont gérées par la direction de l'offre de soins, financer des consultations de psychologie ne serait pas de son ressort. Les approches sociales et éducatives apparaissent alors comme une réponse alternative, moins coûteuse et plus globale, à la crise du secteur de la psychiatrie. La représentante du pôle PSS de l'ARS locale a proposé aux structures d'hébergement de financer davantage des ateliers socio-éducatifs, tels que des ateliers cuisines avec les mineurs non accompagnés, ou des activités sportives avec des hébergés de centres d'hébergement du DNA.

Au cœur des enjeux financiers, notre interlocutrice à l'ARS a également suggéré des motivations financières spéculatives pour les intervenants, sur un ton presque suspicieux : « *C'est une manne pour les psychologues libéraux, il ne faut pas perdre de vue le business qu'il y a derrière. Y a des psychologues qui ont sécurisé 3000 € de revenus sur une année. À un moment donné il faut aussi interroger ça »²⁸⁰.*

L'ARS a par ailleurs porté un regard critique sur la coordination médico-sociale dans les interventions individuelles et collectives effectuées par des psychologues dans les structures d'hébergement.

« On a surtout des demandes pour faire venir un psychologue, qui propose une permanence d'accueil ou des entretiens individuels mais en fait ça ne marche souvent pas très bien. Parce qu'en fait la question est celle du lien avec l'équipe qui accueille et parfois c'est vraiment une sous-traitance. Y a pas de co-évaluation avec les travailleurs sociaux ; nous c'est ce qu'on va essayer de promouvoir cette année, c'est la montée en qualité des interventions »²⁸¹

Cette réflexion suggère des difficultés de coordination entre les acteurs effectuant des interventions en structures d'hébergement et les équipes sociales. On retrouve par ailleurs une remise en question de l'engagement des équipes sociales dans l'accompagnement des personnes, à travers l'idée d'une logique de « sous-traitance » et une absence de coordination médico-sociale. Nous reviendrons dans le chapitre 8 sur ces enjeux de coordination dans le cadre d'interventions d'équipes médico-sociales sur les lieux d'hébergement.

Cette réalité d'une injonction à la « dépsychologisation » des problèmes de santé des exilés va à contre-courant non seulement du discours scientifique sur la santé mentale particulièrement fragile des

²⁷⁹ Directrice du Pôle Prévention et promotion de la santé, ARS départementale, février 2021

²⁸⁰ *Ibid.*

²⁸¹ *Ibid.*

exilés mais aussi de leur reconnaissance dans les politiques publiques comme un axe prioritaire de l'accès aux soins des plus précaires (dans les PRAPS notamment). Ce paradoxe auquel se confrontent en première ligne les exilés et les équipes sociales qui les accompagnent font écho à ce qu'avait analysé Didier Fassin concernant les politiques publiques de lutte contre le mal-être des adolescents et la toxicomanie depuis les années 1990. En parallèle d'une sanitarisation des questions de déviance dans les discours et les politiques publiques, reposant notamment sur l'affirmation du lexique de la souffrance, il opposait une réalité marquée par une « dépsychiatisatrisation » au sens d'une « désaffectation des psychiatres à l'égard des publics les plus en difficulté » et d'un détournement des compétences thérapeutiques des psychologues au profit d'activités d'animation sociales et culturelles (dans les points d'accueil écoute jeunes notamment) (Fassin, 2006).

Conclusion

Ce chapitre consacré aux pratiques d'orientation des exilés en dehors des dispositifs de soin gratuit a mis en lumière les stratégies, arbitrages et contraintes dans l'accompagnement des exilés vers le droit commun. Dans l'ensemble, la recherche de ressources en villes est apparue comme une mission peu formalisée, limitée non seulement par l'offre médicale très réduite sur le territoire mais aussi une carence de moyens pour déployer une telle prospection. Les pratiques décrites et les difficultés d'accès à l'information soulevées montrent que cette prospection demeure un processus incertain.

Face au manque de ressources humaines, l'orientation vers la médecine de ville est marquée par une injonction à l'autonomie des exilés dans l'accès à la médecine de ville, parfois pour trouver un service mais surtout pour s'y rendre. Les équipes sociales d'hébergement limitent au maximum les accompagnements physiques, dédiés à des cas particuliers de vulnérabilité ou de demandes de médecins. Quand il est proposé, il n'est alors pas seulement une réponse aux contraintes d'accessibilité territoriale et/ou physique des exilés, mais représente aussi un mode de régulation de la relation de soin. L'analyse des logiques d'orientation vers la médecine de ville témoigne d'une part importante des orientations parisiennes, malgré une approche localiste défendue par quelques professionnelles. Les principaux critères dans ces choix d'orientation sont des critères relatifs à l'accessibilité fonctionnelle des services (disponibilité rapide, acceptation CSS, etc.) qui permettent de répondre aux besoins, mais aussi des critères permettant l'autonomie des exilés dans les démarches : l'accessibilité par les transports en commun, la possibilité de consultations sans rendez-vous. Ces arguments principaux agissent alors plutôt en faveur des ressources parisiennes, en particulier pour les ressources spécialisées.

Enfin ce chapitre a permis de montrer comment les pratiques d'orientation sont aussi le produit de négociations entre les professionnels qui accompagnent les exilés et les professionnels de santé qui les reçoivent. Les conditions exigées par les soignants viennent répondre au contexte de pression sanitaire et à certaines difficultés dans la prise en charge des exilés. Elles contribuent à transférer des tâches sur les équipes sociales ou médico-sociales qui tentent de « faire soigner » les exilés, et les positionnent parfois dans des situations inconfortables. Les difficultés d'orientation vers la médecine de ville sont globales, concernent toutes les spécialités, toutefois c'est dans les soins psychiques qu'elles sont apparues les plus importantes pour les équipes sociales. L'injonction à une forme de

« dépsychologisation » de l'ARS ou de services de santé face à la détresse des équipes suggère des dynamiques de relégation de cet enjeu de santé des acteurs de la santé vers les acteurs de l'action sociale.

PARTIE 3

De la dispersion des exilés à celle des équipes médico-sociales : le déploiement du « hors-les murs » face à la « crise de l'accueil »

L'enjeu de cette dernière partie est d'analyser le développement de l'intervention médico-sociale mobile comme réponse à l'évolution de l'accueil des exilés sur le territoire. Avant d'explicitier notre questionnement, il convient de bien s'accorder sur les différents termes mobilisés. Nous entendons par intervention mobile toute démarche de l'action médicale ou médico-sociale conduisant les soignants à sortir des lieux traditionnels de soin pour aller soigner les personnes directement sur les lieux où ils se trouvent. Comme évoqué dans le chapitre 2, l'intervention mobile est associée à la posture d'« aller-vers » qui associe au déplacement une démarche proactive rompant avec l'idée que l'intervention ferait systématiquement suite à une demande exprimée. « Aller-vers », consiste à aller à la rencontre des personnes pour proposer ses services, dans l'optique de faire émerger une demande, et d'accompagner vers les services adaptés. Il y a dès lors de nombreuses manières d'aller-vers, n'impliquant pas systématiquement le déplacement des équipes sociales ou médico-sociales : mettre en place des appels téléphoniques réguliers des personnes âgées isolées ou identifier, pour les contacter, les personnes en situation de non-recours au RSA²⁸², sont autant de façons « d'aller-vers » les personnes éloignées des institutions. Toutefois, la majorité des actions revendiquant cette démarche passe bien par le déplacement physique des personnels de l'action sanitaire et sociale en dehors de leurs lieux d'intervention habituels (guichets, locaux associatifs, hôpital, etc.) pour se rendre directement sur les lieux de vie des individus ciblés.

En second lieu, il convient de relativiser la nouveauté de la posture « d'aller-vers » et de la mobilité des acteurs de la santé sociale en rappelant que se déplacer pour soigner est en réalité une démarche ancienne de l'action sanitaire et sociale. Revenir sur cette histoire va également mettre en lumière les logiques qui ont guidé ces modalités d'intervention dans l'histoire. En médecine, la visite à domicile existe en effet depuis l'époque médiévale et a longtemps été le principal mode d'accès aux soins (Sournia, 2016) : en l'absence de modalités de transports efficaces, ce sont surtout les médecins qui se déplaçaient auprès de leurs patients. Ce n'est qu'à partir du XIX^{ème} siècle que le processus d'institutionnalisation des soins dans les établissements hospitaliers, le développement des transports, la concentration des services de santé dans les espaces urbains ou encore la diminution de la démographie médicale ont contribué à un déclin de la visite à domicile. Elle reste néanmoins une modalité relativement importante d'accès aux soins pour les personnes en situation de mobilité réduite (personnes âgées, en situation de handicap physique) et résiste également sur certains territoires ruraux. Parallèlement l'intervention médicale sur les lieux de vie des personnes s'est développée au cours du XX^{ème} siècle dans la médecine d'urgence. En 1955 sont créés les premières équipes mobiles de réanimation françaises, qui interviennent à domicile mais aussi – ce fut l'un des motifs de leur création - auprès des accidentés de la route dans le but d'effectuer les premiers soins sur place et assurer un transport médicalisé rapide vers l'hôpital. La réussite de ces premières expériences dans l'augmentation du pronostic vital des patients va conduire à la création en 1965 des services mobiles

²⁸² Cette démarche est l'objectif de l'expérimentation Territoires Zéro non recours lancée en 2023 dans le cadre du pacte des solidarités.

d'urgence et de réanimation, coordonnées dès 1968 par les services d'aide médicale d'urgence (SAMU) grâce au numéro 15.

L'histoire de la « mise en mobilité » des équipes médicales suggère alors qu'elle est historiquement venue répondre à deux enjeux : l'éloignement des services de santé, qu'il soit lié aux incapacités individuelles ou territoriales à se déplacer, et la réponse à l'urgence vitale. Dans l'action médico-sociale auprès des personnes en grande précarité, l'intervention mobile va cependant connaître au cours du XX^{ème} siècle un développement sous une autre forme spécifique : celle de la maraude. Comme l'analysent Pascale Pichon et Bertrand Ravon (2006), la maraude représente « le pendant de la visite à domicile pour les populations qui en sont privées ». Les premières initiatives de « travail de rue » auprès des personnes sans domicile ont d'abord été portées par des associations caritatives, telles que la Croix-Rouge française ou l'Ordre de Malte, mais c'est véritablement la création des samu sociaux dans les années 1990 qui va représenter l'institutionnalisation de la maraude comme modalité d'intervention à la fois médicale et sociale auprès des sans-abris. Fondé par un ancien membre de Médecins Sans Frontières, le samu social s'inspire de l'urgence médicale, la médecine coloniale et l'intervention humanitaire, envisagé comme une forme de « poste médical avancé » auprès des populations les plus éloignées des soins (Emmanuelli, 2007). C'est aussi avec les samu sociaux que s'est conceptualisée la démarche « d'aller-vers » dans la lutte contre le non-recours, décrite comme l'un des trois principes de l'urgence sociale (Cefaï et Gardella, 2011). Depuis les années 2000, la multiplication de maraudes associatives témoigne du succès de cette posture d'intervention dans la lutte contre le non-recours. Ces actions se développent dans les interstices sociaux et spatiaux de l'action médico-sociale publique ciblant des problématiques sociales (prostitution, addiction...), des populations et des espaces marginalisés (camps et bidonvilles, squats) mal pris en charge par d'autres formes d'actions (Chambon, 2018, Ligi et al., 2018). Ce succès de la posture de « l'aller-vers » repose alors sur le fait qu'elle est apparue non seulement comme une réponse au phénomène de non-recours dans un contexte de bureaucratisation et de complexification des démarches administratives mais aussi comme un engagement et une manière d'innover dans le champ professionnel de l'action auprès des populations précaires. Pour finir, il semble important de préciser que le développement de l'intervention mobile, s'impose comme une dynamique transversale de l'action sanitaire et sociale bien au-delà de l'action auprès des plus précaires. Elle apparaît comme l'une des composantes majeures du « virage ambulatoire »²⁸³ du système de santé et de la « désinstitutionnalisation »²⁸⁴ des soins, deux termes de plus en plus courant pour qualifier le (re)déploiement du soin hors de l'hôpital. Ainsi plusieurs spécialités médicales comme la gériatrie, les soins palliatifs, la psychiatrie (pas seulement les EMPP) connaissent une multiplication d'équipes mobiles afin de favoriser l'accompagnement des patients à domicile ou au sein d'autres services (Dubois et al., 2008, Gamblin et al., 2013, Kannas & Pastour, 2019). Dans le champ médico-social, le secteur du handicap connaît également un développement important d'équipes dédiées à l'accompagnement en dehors des

²⁸³ Erigé parmi les objectifs prioritaires de la stratégie nationale de santé 2018-2022, le « virage ambulatoire » est un processus de transfert de soins dispensés à l'hôpital vers la médecine de ville ou vers le secteur hospitalier sans nuitée (unités de chirurgie ambulatoire, hôpital de jour, consultations). Les enjeux de ce virage sont la déconcentration hospitalière et la réduction des dépenses de santé associées. En pratique sa mise en œuvre pose d'autres enjeux en matière de réduction des inégalités d'accès aux soins (Bontemps, 2022).

²⁸⁴ C'est la psychiatrie qui a en premier utilisé cette notion pour désigner la diminution des séjours de longue durée à l'hôpital ou en structures médico-sociales spécialisées au profit d'une prise en charge dite en « milieu ouvert », sur les différents lieux de vie des patients (Chapireau, 2021).

institutions spécialisées : équipes mobiles d'appui médico-social, équipes mobiles d'aide à la scolarisation (Rizk, 2020). Loin de désigner la fin des institutions, le développement de l'intervention mobile serait ainsi une forme de renouveau des pratiques permettant l'extension territoriale de l'action sanitaire et sociale et la lutte contre les inégalités de santé.

Si elle n'est pas une nouveauté, l'intervention mobile dans le soin et l'action médico-sociale a cependant été relativement peu décrite et principalement abordée par les sciences sociales en tant que posture d'intervention. Des travaux de sociologie ont ainsi décrit les savoir-faire pratiques et relationnels mobilisés par les intervenants, qu'ils soient professionnels ou bénévoles, dans la gestion de la proximité et de l'intimité (Pichon & Ravon, 2006, Djaoui, 2011). De plus en plus de témoignages de professionnels de terrain proposent un retour réflexif sur l'ajustement constant de leur posture, des enjeux de « bonne distance » et d'adhésion à l'accompagnement dans ce contexte d'intervention où ils sont eux-mêmes initiateurs de la rencontre (Plouquet, 2009, Adloff, 2018). Concernant spécifiquement l'intervention auprès de publics exilés, des travaux ont souligné les enjeux de médiation linguistique et culturelle dans l'intervention « d'aller-vers » pour faire émerger, recueillir une demande et accompagner vers un parcours de soins (Mellier, 2006, Chambon & Goff, 2016). Toutefois, peu de travaux ont abordé les enjeux de positionnement des professionnels relativement aux politiques migratoires qui se jouent sur les espaces de vie des exilés. Du fait de l'émergence relativement récente de « l'aller-vers » dans les politiques publiques, peu de travaux ont analysé le sens donné à cette notion en tant que catégorie d'action publique territorialisée et les actions mobiles demeurent peu présentes des réflexions sur la gouvernance territoriale des solidarités (Paugam & Duvoux, 2013, Aguilera & Rouzeau, 2020). Par ailleurs, l'intervention mobile a très peu été décrite en tant que configuration territoriale et partenariale de l'action médicale ou médico-sociale ni en tant que condition de travail. La dimension spatiale des actions « hors-les-murs », la manière dont elles modifient les conditions et l'organisation du travail social et médico-social et les enjeux de coordination qu'elles supposent demeurent encore peu appréhendés (Petiau, 2019, Pian & Hoyez, 2022, Sempé & Siffert, 2022).

A la lumière de cette littérature, l'objet de cette partie est d'analyser le déploiement de l'intervention mobile comme une reconfiguration de l'espace territorial mais aussi de « l'espace politique » (Fassin, 1996) de l'intervention médico-sociale auprès des exilés. Alors que l'intervention mobile bouscule la spatialité des actions, les organisations passant « d'une forme industrielle à une forme réticulaire » par une dissémination des lieux d'intervention (Hirlet & Pierre, 2017), celle-ci introduit alors l'idée que le soin tout peut se penser et se faire dans des espaces qui n'y sont initialement pas dédiés. Nous supposons alors que derrière le fait de se déplacer se joue une transformation plus globale de l'activité médico-sociale, à la fois de la posture professionnelle, des conditions de travail, et des enjeux de coordination. Cette partie interroge ainsi comment la mobilité des professionnels représente aussi une transformation des « territoires vécus » de l'intervention (Bresson et al., 2016), c'est-à-dire des manières dont les acteurs, politiques et « opérateurs », construisent et expérimentent l'intervention médico-sociale.

Notre propos est organisé en deux chapitres. À partir du développement des actions « hors-les-murs » des deux RDS et de la mise en place de l'équipe mobile sanitaire régionale « migrants », le chapitre retrace le processus de « mise en mobilité » des acteurs médico-sociaux locaux auprès des exilés et les enjeux de positionnement professionnels et politiques associés. Ainsi ce chapitre

s'intéresse au sens donné à ces interventions, pour les tutelles publiques et pour les professionnels qui les exécutent, et à la manière dont elles renouvellent le rapport des acteurs de la santé sociale aux politiques migratoires. Le chapitre 8 analyse davantage ce processus de mise en mobilité comme reconfiguration des conditions de travail et des relations partenariales. Alors que les équipes mobiles sont porteuses d'une « promesse organisationnelle de souplesse et de coordination » (Castra & Sainsaulieu, 2020), nous analysons comment se joue la disponibilité et la coordination des acteurs de la santé sociale dans un contexte d'intervention mobile.

CHAPITRE 7

La « mise en mobilité » de l'action médico-sociale pour répondre à l'accueil des exilés.

Une reconfiguration du soin et de la posture d'accompagnement

Lors de mes premiers jours d'enquête de terrain auprès du RDS Sud en mars 2019, les actions dites « hors-les-murs » de l'équipe me sont présentées comme des actions ponctuelles en structure d'hébergement ou en campement d'habitat précaire, faisant suite à des sollicitations de partenaires ou directement de l'ARS. Pour les effectuer, le réseau reçoit une enveloppe annuelle de 10 000€, au titre de la prévention et promotion de la santé dans le cadre du PRAPS : une somme qui à elle seule ne permet pas de financer grand-chose « *même pas un demi-poste d'infirmier* »²⁸⁵ me précise le directeur, mais qui permet toutefois de compléter le financement principal du réseau. Fin 2021, le directeur me confirme le changement officiel du statut du réseau : à partir du 1^{er} janvier 2022 celui-ci ne sera plus financé en tant que « réseau de santé précarité » mais au titre « d'équipe mobile santé précarité », l'un des dispositifs créés par les réformes du Ségur de la santé 2020. Il en est de même pour le RDS Nord. Entre ces deux années s'est opérée une transformation institutionnelle des réseaux en équipe mobile, propulsant les actions effectuées en dehors de leurs locaux comme modalité principale d'intervention. Comment alors se sont opérés ce déploiement et cette reconnaissance institutionnelle de l'intervention mobile auprès des populations exilées précaires sur le territoire ? Que signifie-t-elle concrètement dans l'évolution des pratiques ?

Que cela soit par la sollicitation des acteurs établis sur le territoire à sortir de leurs locaux ou l'émergence d'une équipe exclusivement mobile, ce chapitre analyse comment l'intervention mobile s'est développée comme réponse aux logiques de répartition territoriale dans les politiques migratoires (opérations de mise-à-l'abri, ouverture de structures d'hébergement, démantèlements de camps). Néanmoins il ne s'agit pas seulement de mettre à jour un processus de « mise en mobilité » plus ou moins linéaire mais aussi d'interroger les logiques qui le sous-tendent. Aussi deux axes de réflexion structurent l'analyse de ce processus de « mise en mobilité » tout au long du chapitre. En premier lieu nous nous intéressons à l'évolution des objectifs et registres d'action qui guident et motivent ces actions, en lien avec l'évolution de la commande publique. Comme évoqué en introduction de partie, l'histoire de l'intervention mobile en médecine est venue répondre à deux principaux enjeux : l'éloignement des services de santé et la réponse à des situations d'urgence médicale et/ou sociale. Dans quelle mesure ces registres sont-ils alors encore articulés, éventuellement renouvelés dans le développement des interventions mobiles auprès des exilés ? Si oui, de quelle urgence parle-t-on ? Comment évolue dans ce déploiement de l'intervention mobile l'arbitrage entre la démarche proactive « d'aller-vers », chère aux professionnels, et la réponse à des commandes publiques ? Entre les objectifs d'accompagnement individuel des exilés vers le système de santé, et la réponse à des enjeux de santé publique ? D'autre part il s'agit d'être attentif à l'articulation de ce déploiement de l'intervention mobile avec le recours aux autres dispositifs plus « sédentaires ». Dans

²⁸⁵ Directeur du RDS Sud lors d'un entretien, avril 2019.

le contexte d'une offre de services de santé gratuits très limitée et d'une saturation de la médecine de ville sur le territoire, dans quelle mesure l'intervention mobile auprès des exilés porte-t-elle une fonction de régulation du recours aux soins des populations ?

Cherchant à démontrer un processus, ce chapitre suit donc une progression partiellement chronologique. Dans les deux premières parties nous retraçons l'évolution des équipes médico-sociales au regard des politiques d'accueil des exilés sur le territoire et des événements sanitaires. Dans un premier temps, un regard rétrospectif sur l'évolution des RDS met en lumière comment ce processus ne s'inscrit pas seulement sur les quelques dernières années mais bien dans une histoire plus ancienne des réseaux dans leurs interventions sur le territoire. Cette partie revient également sur la mise en place de l'équipe mobile sanitaire régionale « migrants » en 2018 pour intervenir dans des centres d'hébergement du DNA, incarnant une mobilité de l'action médico-sociale au service de l'extension territoriale de l'accueil des exilés. Alors que les années 2020 et 2021 ont été marquées par la pandémie de Covid-19, notre seconde partie se concentre sur la mobilisation des deux réseaux de santé dans la gestion locale de l'épidémie auprès des exilés sur le territoire. Elle met en lumière comment ce contexte sanitaire et politique particulier a contribué à accélérer et institutionnalisé cette mise en mobilité. Dans ces deux premières parties nous allons analyser les logiques et registres qui définissent ces interventions mobiles et soulever des inconforts exprimés par les professionnels dans leur réalisation. Ces inconforts sont liés à l'inadaptabilité des lieux à la pratique des soins, mais aussi, surtout, au fait qu'ils s'y jouent des politiques migratoires de régulation et répression des populations migrantes. Ainsi, quittant une approche chronologique, notre dernière partie se concentre sur les enjeux et difficultés de positionnement professionnel et politiques que rencontrent les professionnels médico-sociaux face à l'articulation de leurs interventions avec les politiques migratoires.

1. Du développement du « hors-les-murs » des RDS à la mise en place de l'équipe mobile sanitaire régionale : la mobilité comme réponse à l'accueil des exilés

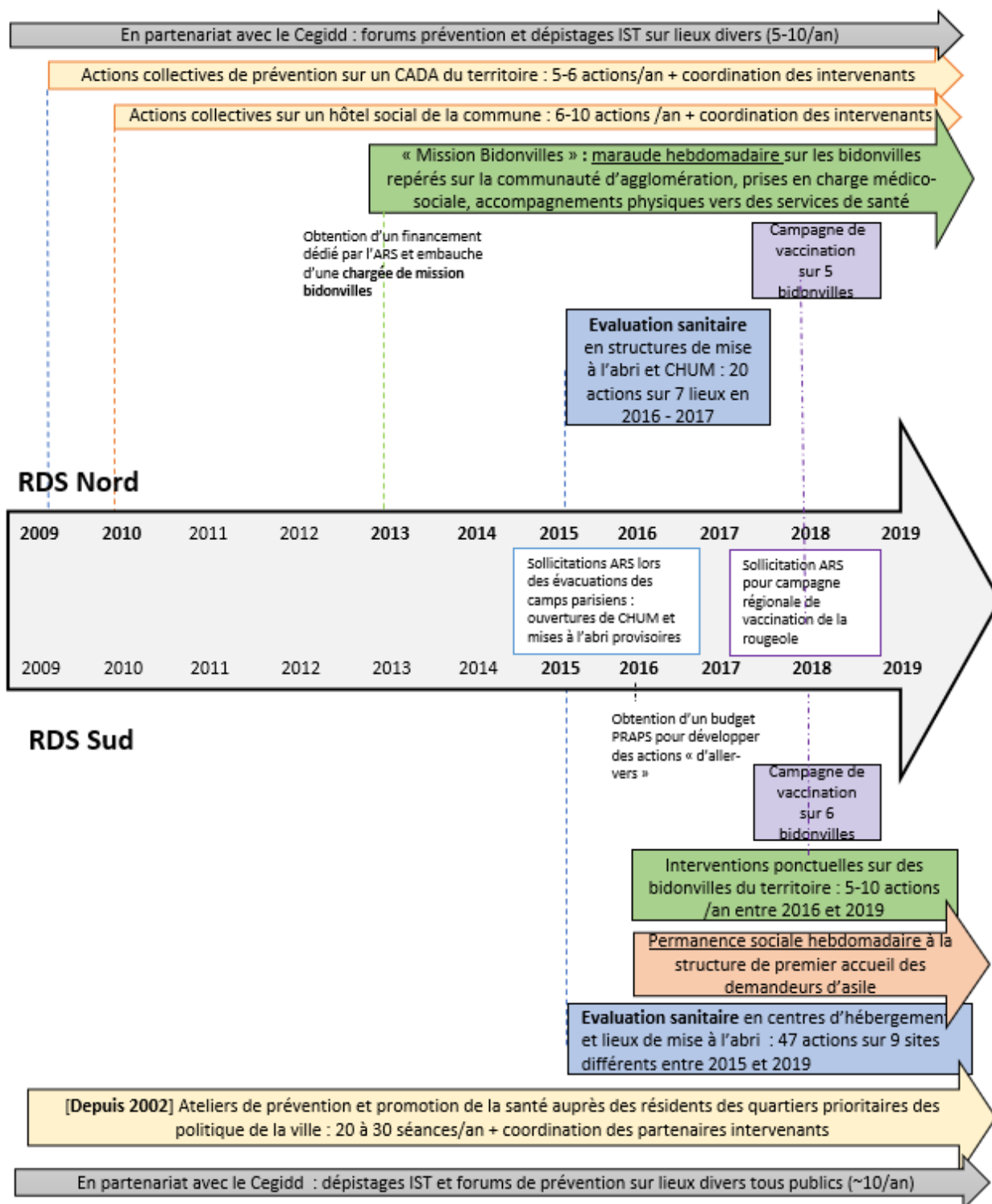
Cette première partie analyse le développement de l'intervention mobile par les deux RDS depuis leur création jusqu'en 2020 ainsi que la mise en place de l'équipe mobile sanitaire régionale en 2018 comme réponse à l'accueil des exilés.

1.1. Des réseaux de santé précarité de plus en plus mobiles, au service d'une diversité de registres du soin

Selon l'expression de la directrice du RDS Nord, s'extraire de leurs locaux pour se rendre visible auprès des personnes éloignées du système de santé « fait partie de [leur] ADN ». Comme évoqué dans le chapitre 2 (partie 1.2), les réseaux ville-hôpital ont en effet joué un rôle important dans le décroisement spatial de l'accès aux soins, que cela soit par l'accompagnement à domicile des malades du sida ou les maraudes de rue visant à la réduction des risques (Defert et al., 2005). Dès la fin des années 1990, les deux réseaux avaient ainsi porté des initiatives de rue dans le champ de la prévention (programmes d'échanges de seringue, prévention et sensibilisation à la réduction des risques). Celles-ci ont cependant été progressivement transférées aux partenaires spécialisées dans l'addiction (CAARUD, CSAPA). Toutefois, avec l'institutionnalisation comme réseaux de santé précarité, ils ont développé depuis les années 2000 différentes activités « hors-les-murs » directement

sur des lieux de vie ou d'accueil de personnes en situation de précarité. La chronologie du déploiement de ces actions sur la **Figure 10** ci-dessous fait apparaître que celles-ci sont anciennes et diverses dans l'activité des réseaux, faisant néanmoins apparaître une multiplication des interventions, en particulier pour le RDS Sud, à partir de l'année 2015. Nous allons revenir plus en détail sur ce déploiement.

Figure 10. Synthèse des activités « hors-les-murs » des réseaux de précarité entre 2009 et 2019



I. Siffert, 2022, à partir des données d'activités des réseaux de santé

1.1.1. « Aller-vers », une démarche ancienne et plurielle des réseaux de santé précarité dans la lutte contre le non-recours

Avant 2015, on distingue dans le répertoire d'actions des RDS trois principaux types d'actions mobiles :

Un premier type d'actions (en gris sur la figure) qui est aussi le plus ancien, est l'organisation de dépistages et la tenue de stands d'informations relatifs aux infections sexuellement transmissibles. Ces actions généralement co-organisées avec les CeGIDD locaux sont un héritage de l'apparition des RDS dans le contexte de l'épidémie du sida. Parmi toutes les activités des RDS, il s'agit alors de la seule dont certaines interventions ne sont pas spécifiquement dédiées à des populations en situation de précarité. En effet, bien que la majorité sont réalisées dans des centres d'hébergement social (aussi bien des CADA/HUDA que des CHRS, des foyers de travailleurs migrants, des hôtels sociaux), certaines ont lieu sur des espaces publics (gares par exemple) ou des événements organisés par des partenaires locaux : forums de communauté d'agglomération, établissements scolaires, universités.

Le second type d'actions (jaune sur la figure) sont des animations collectives de prévention et promotion de la santé mises en place progressivement dans les années 2000. Evoquées dans le chapitre 2, le RDS Sud organise depuis 2001 des « ateliers sociolinguistiques » centrés sur la prévention et la connaissance du système de santé, auprès de populations issues de quartiers prioritaires des politiques de la ville. Reconduites tous les ans, ces actions sont inscrites dans un contrat de ville, en partenariat avec le CCAS de sa commune, qui bien souvent met à disposition des locaux pour accueillir les ateliers. De son côté le RDS Nord effectue depuis 2009 des actions collectives dans un CADA installé dans une commune voisine et depuis 2010 dans un hôtel social installé sur sa commune. Pour les deux RDS, ces actions collectives sont principalement des séances d'information sur différentes thématiques du champ de la prévention et la promotion de la santé (organisation du système de santé, accès aux droits, prévention des IST, vaccination, hygiène bucco-dentaire, contraception) pour lesquelles les réseaux font intervenir différents partenaires de l'action médico-sociale (CPAM, PMI, CeGIDD, sage-femmes, associations caritatives locales). Dans ces actions, les réseaux ne sont pas seulement intervenants mais coordinateurs des interventions des différents partenaires. Leur mise en œuvre repose alors sur l'important ancrage partenarial des réseaux et représente un temps d'organisation et de coordination conséquent au regard des nombreuses réunions de préparation ou bilan indiquées dans les rapports d'activités. Ces actions nous renvoient au rôle des réseaux dans la coordination et l'animation territoriale des partenaires de l'action sanitaire et sociale (Cf. Chapitre 5). Elles s'inscrivent par ailleurs dans un temps relativement long puisqu'il s'agit à chaque fois d'un programme de plusieurs séances à destination d'un même groupe, réparties sur l'année selon un calendrier fixé avec les partenaires.

Enfin, le troisième type d'actions (vert sur la figure) sont des maraudes auprès de populations vivant en situation d'habitat précaire. Plus spécifiquement le RDS Nord porte depuis 2013 une « mission bidonvilles » sur sa communauté d'agglomération. Le développement de cette mission est à replacer dans le contexte de la mise à l'agenda de la résorption des bidonvilles en France au début des années 2010. En 2012, une circulaire interministérielle relative à l'anticipation et l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements « illicites » prévoit le déploiement d'actions d'évaluation

sociale et médico-sociale des populations vivant en bidonvilles.²⁸⁶ Sur l'ensemble du territoire français vont alors émerger des « missions bidonvilles » financées par les ARS en partenariat avec les collectivités territoriales et les associations intervenant déjà auprès des populations en bidonvilles, notamment dites « Roms ». En Seine-et-Marne, le RDS Nord obtient ce financement qui va lui permettre l'embauche d'une coordinatrice dédiée. La mission prend dès lors une place importante dans l'activité du réseau : non seulement une maraude hebdomadaire sur des bidonvilles ou des squats mais aussi des accompagnements dans les démarches administratives, des accompagnements physiques très réguliers vers les services de santé. Cette mission représente aussi toute une action de repérage et de suivi des campements s'installant sur le territoire. Comme insiste ici la directrice du réseau, elle représente un important travail relationnel avec les populations, dans un temps long afin que s'établisse une relation de confiance :

*« En fait y a eu la rencontre de ces populations avec des médecins bénévoles de l'équipe. Ils se sont approchés, ils ont commencé à s'intéresser à ces populations qui n'étaient prises en charge par personne. On a commencé à ramener vers le réseau, à y aller. Quand on a vu l'ampleur des dégâts sur la santé, on a alerté l'ARS et on a obtenu des financements. C'est comme ça qu'on a eu une mission bidonville et un poste de chargée de mission. Donc ça a permis de travailler avec ces populations et de rattacher nos médecins qui y allaient à un dispositif de PASS mobile. Parce que c'était encore trop prématuré, trop compliqué de rattacher ses familles à un dispositif médical fixe. Maintenant ça commence à venir, elles commencent à prendre des rendez-vous. Mais au début ils n'honoraient pas les rendez-vous, il a fallu des années, que la confiance s'établisse et qu'elles rentrent dans la logique de soin ».*²⁸⁷

On retrouve bien ici la description d'une démarche de lutte contre le non-recours consistant à aller au-devant d'une population très éloignée des services d'aide par une médiation progressive visant à progressivement « ramener vers » le soin. Le recrutement d'une personne dédiée à la coordination met également en avant la forte dimension partenariale de l'action. En effet cette mission a donné lieu à un rapprochement avec les autres acteurs impliqués dans l'accompagnement des populations « Roms » sur le territoire, en particulier l'antenne locale du collectif nationale Romeurope. La professionnelle justifie le fait de privilégier des maraudes sur les bidonvilles au regard du temps de médiation nécessaire auprès des populations pour les faire venir jusqu'à une consultation. Cependant, comme elle a pu l'exprimer par la suite, cet objectif d'inscription des personnes dans des démarches de soin se heurte aussi à un autre enjeu, celui de réguler la demande auprès de son dispositif de consultations gratuites en ville (PASS ambulatoire) :

*« Les maraudes du mardi, c'est la PASS en dehors de la PASS. Si tous nos patients vus par nos médecins ambulants devaient passer par la PASS ambulatoire, on ne pourrait pas. Donc ça nous permet de ne pas engorger la PASS. On oriente parfois ces familles vers nos médecins en ville mais y a tout un temps de travail avant que les personnes soient suffisamment autonomes pour aller chez un médecin. Donc on fonctionne comme ça dans les bidonvilles ».*²⁸⁸

Dans le contexte d'un nombre très réduit de places de consultations gratuites en villes, limité par des quotas mensuels pour chaque médecin partenaire, on comprend que « l'aller-vers » permet de compenser les insuffisances des services fixes en même temps que de réguler leur sollicitation. Cette

²⁸⁶ Circulaire du 26 août 2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites.

²⁸⁷ Directrice du RDS Nord, février 2021.

²⁸⁸ *Ibid.*

fonction plus ou moins conscientisée et assumée par les acteurs médico-sociaux des actions « hors-les-murs » questionne alors dans quelle mesure celles-ci permettraient de tenir à distance certaines populations migrantes des services de santé sédentaires. Dans un article sur les effets sociaux des pratiques « d’aller-vers » E. Baillergeau, et Grymonprez analysent des configurations dans lesquelles la mise en place d’interventions sur les lieux de vie des patients est envisagée par les services ordinaires sédentaires comme un moyen de transférer la responsabilité qu’ils ont auprès des individus les plus marginalisés. Certains services manifesteraient des refus de prise en charge et des pratiques de réorientation systématiques de certains cas identifiés comme « les plus complexes » vers les équipes effectuant du travail de rue. Les sociologues analysent alors comment dans ces situations, « l’aller-vers », a contrario de son ambition initiale, contribue à maintenir voire renforcer les frontières symboliques qui séparent les populations cibles des guichets sociaux ou des services de soin (Baillergeau & Grymonprez, 2020). L’incitation aux actions hors-les-murs pour certaines populations migrantes sur le territoire étudié, en particulier les populations non-francophones et/ou vivant en familles élargies ou en communautés (ici les populations roumaines et moldaves) interrogent sur de tels mécanismes plus ou moins conscientisés de mise à distance. Nous reviendrons sur cet enjeu dans la seconde partie de ce chapitre.

Si elles ciblent des publics dans des contextes résidentiels différents, ces trois types d’actions « hors-les-murs » des deux réseaux se retrouvent sur plusieurs aspects. D’abord, une dimension spatiale très locale : elles concernent en effet essentiellement des lieux situés sur les communes des réseaux ou des communes voisines. Ensuite, une forte inscription partenariale, que cela soit avec les équipes des structures d’hébergement, des partenaires médico-sociaux intervenant dans les actions collectives, des partenaires associatifs. Ces actions sont différentes manières de créer de la rencontre entre les populations exilées en situation précaire et les acteurs médico-sociaux : donner aux populations la visibilité des ressources qui existent sur le territoire, sensibiliser et impliquer les partenaires à l’accueil de populations exilées. Enfin, ces différentes interventions sont inscrites dans une temporalité de long terme que ce soit dans l’idée de revenir chaque année auprès d’un partenaire de l’hébergement pour proposer ses services aux nouveaux hébergés, ou dans la perspective de suivre des familles dans la durée, dans leur progression auprès du système de santé et la perspective d’une autonomie dans leurs démarches de recours aux soins. À partir de 2015, nous allons voir comment les réseaux vont être mobilisés pour intervenir auprès des populations exilées vivant sur le territoire dans des temporalités d’intervention bien différentes.

1.1.2. La mobilisation dans la gestion des mises à l’abri et des épidémies locales : vers un « hors-les-murs » au service d’une logique de veille sanitaire

Entre 2015 et 2020, deux nouveaux types d’interventions « hors-les-murs » entrent au répertoire d’action des deux RDS (cf. **Figure 10**). Les premières sont des mobilisations à partir de mai 2015 dans des ouvertures de centres d’hébergement et des opérations de mise à l’abri provisoire (en bleu sur la figure) pour effectuer des bilans de santé auprès de personnes évacuées de campements parisiens ou relocalisées de pays Européens dans le cadre des accords de relocalisation. Si nous allons voir que ces mobilisations par l’ARS se sont faites systématiquement au dernier moment, elles ont pris place dans la routine des réseaux de santé avec des périodes de mobilisation variables au rythme des évacuations et des ouvertures de structures sur le territoire. Le RDS Sud a été particulièrement mobilisé sur l’ensemble de la période 2015-2019 du fait de l’ouverture de nouvelles structures d’hébergement du

DNA sur son territoire de proximité. Il est notamment intervenu à plusieurs reprises à l'ouverture d'un PRAHDA sur une commune voisine en 2017, puis surtout en 2018 lors de l'ouverture du CAES avant que ne soit mise en place l'équipe mobile sanitaire régionale dédiée.

Les secondes sont des actions de vaccination et dépistage sur des campements d'habitat précaire (en violet sur la figure). En 2018, suite à une épidémie de rougeole sur un bidonville francilien, l'ARS Île-de-France mobilise des acteurs intervenant auprès des populations précaires sur tous les départements (réseaux de santé, PASS) pour effectuer une opération de vaccination massive auprès des populations vivant en habitat sur le territoire. Sur le département, ce sont alors les deux RDS qui se voient confier la mission d'organiser la vaccination des populations vivant en bidonvilles sur le département. Sur une période d'environ six mois, les deux montent en partenariat avec les CeGIDD locaux des équipes mobiles de vaccination.

A la différence des actions présentées plus haut, ces deux types interventions ne sont pas à l'initiative des réseaux ou d'une demande d'une partenaire mais sont le fruit d'une mobilisation par l'ARS pour répondre à une demande sanitaire précise, centrée sur les enjeux de santé publique, et dans des temporalités de l'urgence.

1.1.2.1. Des interventions effectuées dans l'urgence du calendrier politique ou de la menace sanitaire

A l'image de ce qu'on déjà décrit Camille Gardesse sur deux petites et moyennes villes périurbaines (2020), Daniela Ristic sur les territoires ruraux du Limousin et de la Calabre (2020) ou encore Anne-Cécile-Hoyez sur le territoire breton (2021), c'est dans une temporalité de l'urgence et sous le régime de l'exception que ce sont faites les ouvertures des centres accueillant les personnes mises à l'abri lors du démantèlement de Calais entre 2015 et 2017. Le territoire de Seine-et-Marne n'a pas échappé à la règle. Plus qu'à une urgence sanitaire, les sollicitations des deux RDS par l'ARS dans les ouvertures de structures d'hébergement sur le territoire sont venues répondre à l'urgence du calendrier d'ouverture des centres d'hébergement. En septembre 2015, à l'ouverture du premier CHUM sur le département, sur une commune située à une trentaine de kilomètres au Sud de Melun, le médecin coordinateur du RDS Sud est contacté la veille directement par le directeur de l'hôpital, lui-même sollicité en urgence par la Préfecture et l'ARS. Une équipe est déployée dès le lendemain pour soutenir la Croix rouge française, association gestionnaire du nouvel hébergement dans l'accueil d'une cinquantaine de réfugiés. L'événement est médiatisé, il s'agit pour la France de l'un des premiers accueils de « réfugiés Merkel » suite à l'engagement de l'État dans les programmes européens de relocalisation des demandeurs d'asile depuis d'autres pays européens (2015-2017). L'équipe du réseau est alors marquée par le nombre de personnes mobilisées par la Croix Rouge, presque autant que de réfugiés accueillis. Comme l'analysent Michael Lipsky et Steven Smith (2011), la qualification d'un contexte d'urgence humanitaire permet la mobilisation de moyens et d'efforts perçus comme « extraordinaires », au regard de leurs moyens habituels. On peut également voir derrière ce déploiement de moyens exceptionnels et la forte mise en visibilité médiatique de ces opérations de mise à l'abri une stratégie politique visant à rassurer les populations locales sur l'accueil de populations exilées sur le territoire, dans un contexte où les ouvertures de structures ont souvent soulevé dans les communes autant de vives oppositions qu'un élan de solidarité.

On retrouve également une temporalité de l'urgence dans le cadre d'actions de dépistage en bidonville. Lorsque l'ARS sollicite les deux RDS pour la campagne de vaccination contre la rougeole,

il s'agit de planifier des interventions le plus rapidement possible dans la crainte d'une diffusion d'une épidémie. À partir d'un recensement de bidonvilles effectués par la Préfecture sur leurs territoires respectifs, la mission consiste à évaluer l'immunité infectieuse au sein de la population et effectuer en conséquence le rattrapage vaccinal reposant sur deux injections. La mission est plus simple pour le RDS Nord qui a une expérience forte auprès des populations Roms dans le cadre de sa mission bidonvilles, néanmoins l'équipe se voit renforcée pour financer de l'interprétariat. De son côté le RDS Nord va obtenir de l'ARS une enveloppe dédiée d'un montant de 10 000€ afin d'embaucher du temps infirmier et de l'interprétariat. Néanmoins, loin d'être ici perçus comme « extraordinaires », les financements pour cette action se sont avérés largement insuffisants au regard des moyens finalement déployés. Comme l'a partagé le directeur, le réseau a investi dans cette mission bien plus de temps et de moyens que celui prévu initialement par l'ARS. Un dépassement selon lui révélateur d'approches du soin différentes entre les acteurs de terrain et leur tutelle financeuse :

« L'enveloppe attribuée pour la mission était de 10 000€ et devait durer 3 mois. Dans les faits, une infirmière a bossé 5 mois dessus. Et ce que PARS a eu du mal à comprendre c'est que nous avons fait bien plus que seulement vacciner. On a fait également des consultations médicales sur place, on a fait venir le camion du CLAT, des médecins du CeGIDD et des médecins bénévoles du réseau, on a distribué des médicaments... L'accès au terrain a été difficile : certains n'ont pas voulu qu'on les voit ou qu'on les vaccine, certains ont fait le 1er vaccin mais pas le rappel [...] On a également eu du mal à trouver des interprètes voulant aller sur le terrain : cela manquait d'interprètes, alors même que le budget dépensé pour l'interprétariat était déjà de 1900€. On a dépassé un peu le budget et j'ai estimé à 6000€ l'aide bénévole apportée ».²⁸⁹

Le directeur souligne le décalage entre la vision biomédicale de PARS pour qui l'action est pensée en termes de dispositif d'intervention ponctuel, en réponse à une problématique de santé publique précise, et de l'autre celle des équipes saisisent des opportunités d'intervention pour proposer une réponse « globale » et inscrire leur action dans une logique d'intégration dans un parcours de soins. Dans ce type d'actions les réseaux tentent de renouer avec cette démarche « d'aller-vers » visant à faire émerger une demande et accompagner plus durablement vers les soins. Mais comme ici suggéré, ils sont limités par leurs moyens et la prise en compte insuffisante par l'ARS de l'inscription de l'enjeu de santé ciblé dans un contexte de précarité bien plus large, supposant des moyens de médiation plus importants et une réponse médico-sociale de plus long terme.

1.1.2.2. Des interventions entre soin et surveillance sanitaire

Au-delà des temporalités et moyens, ces actions représentent pour les équipes un recentrement sur les enjeux de santé publique. Dans ces rapports d'activités, le RDS Nord a lui-même qualifié ses interventions en structures d'hébergement et de mise à l'abri sous le nom de « veille sanitaire ». Notion centrale de la santé publique, la veille sanitaire renvoie à l'« ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un événement pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce »²⁹⁰. La veille sanitaire pense la santé en termes de risques collectifs : risques épidémiques liés à la diffusion d'un pathogène ou encore risques sanitaires d'origine environnementale ou industrielle. Elle repose alors principalement sur des actions de surveillance de l'état de santé et des expositions de la population ciblée ainsi qu'un système d'alerte

²⁸⁹Directeur du RDS SUD, mars 2019

²⁹⁰ Définition donnée par l'Institut de veille sanitaire – Santé publique France

(maladies à déclaration obligatoire, signalements à l'ARS...) et d'actions (protocoles, plans d'urgence, dispositifs dédiés à l'image des CLAT). Aux échelles nationales et régionales, des structures de veille sanitaire sont chargées de la collecte et l'analyse en continu des événements pouvant représenter un risque pour la santé publique. Les RDS n'ont pas eu un tel rôle de collecte de données, néanmoins derrière la perspective de proposer un premier contact avec le système de santé, l'un des enjeux de ces sollicitations par l'ARS était bien la détection, et le cas échéant la gestion de maladies contagieuses comme la gale ou la tuberculose particulièrement redoutées sur ces lieux d'accueil collectifs.

Ce lexique de la surveillance sanitaire nous renvoie alors aux approches hygiénistes qui ont structuré les représentations et approches de la santé des exilés au début du XXème siècle, centrées sur la détection des maladies infectieuses et la prévention des risques épidémiques (cf. Chapitre 1). Cette posture du soignant venu pour contrôler l'état de santé rappelle notamment à la figure de l'infirmière-visiteuse. Rapidement évoquée en introduction de partie, ces infirmières surnommées « visiteuses d'hygiène » effectuaient des visites de repérage des maladies contagieuses et d'éducation à l'hygiène auprès des malades et de leur famille. Elles ont incarné l'irruption de la doctrine hygiéniste dans la sphère domestique au début du XXème siècle (Henry, 2012). Au sortir de la première guerre mondiale, elles ont joué un rôle majeur dans la lutte contre la tuberculose et la prévention de la mortalité infantile, se retrouvant en première ligne dans la mise en œuvre des politiques publiques émergentes en matière de prévention.

La mise en place de telles actions de veille sanitaire auprès des exilés suggère ainsi comme l'approche hygiéniste est encore très structurelle des représentations de la santé des exilés et apparaît exacerbée dans les contextes politiques exceptionnels qu'on représenté les opérations de démantèlement et mise à l'abri à partir de 2015. Les logiques de surveillance sanitaire ont en effet pris une place croissante dans les mesures de démantèlement des campements parisiens et calaisiens entre 2015 et 2017. Dans le Nord-Pas-de-Calais, dès octobre 2015 Santé publique France avait mis en place sur les campements de Calais et Grande Synthe un « dispositif de veille sanitaire renforcé » visant à la surveillance épidémique de la grippe, la rougeole, et la varicelle sur toute la période de démantèlement des camps (Chaud et al, 2017). En Île-de-France la surveillance sanitaire s'est vue renforcée en 2016 avec la mise en place d'équipes infirmières mobiles pour effectuer non seulement des bilans de santé dans les CHUM mais aussi toute une activité de recueil de données de santé épidémiologiques (Guisao et al., 2017). Nous verrons plus loin que l'équipe régionale intervenant dans les CAES s'est inscrite étroitement dans cette approche.

1.1.2.3. Inscrire dans le soin face aux logiques du provisoire

Si ces pratiques de surveillance répondent à des risques que les acteurs médico-sociaux n'ont pas niés, les acteurs reprochent à ce type d'interventions de mettre au second plan la réponse aux autres problématiques de santé et aux enjeux d'accès aux soins dans le temps. Comme l'ont rapporté les professionnels, ces opérations d'évaluation sanitaire ne peuvent porter un objectif d'accompagnement vers les soins au même titre que les interventions « hors-les-murs » habituellement menées par les équipes :

« Ce sont vraiment des interventions d'urgence qui répondent à un besoin ponctuel, un besoin de diagnostic ponctuel sur le moment. On n'est pas du tout sur les autres types d'actions collectives ou les maraudes qui s'inscrivent dans le temps et qui ont pour but l'insertion des personnes d'une

manière globale par la santé. C'est pas du tout le même objectif, un objectif de santé publique en fait »²⁹¹

Les logiques du provisoire qui structurent l'accueil des exilés dans les structures d'hébergement provisoires ou les politiques de résorption des bidonvilles empêchent une démarche d'accompagnement vers les soins et génèrent des frustrations pour les professionnels de santé. Cela concerne par exemple la remise de résultats suite à des examens (prélèvement, dépistage) lors de bilans de santé effectués dans les lieux de mise-à-l'abri. Une situation rapportée par l'un des RDS dans le cadre d'une intervention sur un gymnase en 2016 illustre comment les logiques d'hébergement très provisoire mettent à mal : alors qu'une suspicion de tuberculose est faite lors d'une évaluation sanitaire sur un gymnase, le réseau et le CLAT organisent un dépistage collectif. Ils prélèvent 95 des 120 personnes présentes et prévoient de revenir pour remettre les résultats. Le CLAT prépare un document individuel de résultats à remettre à chacune des personnes afin que l'information puisse être transmise par les personnes aux soignants qu'elles rencontreraient dans leur prochain hébergement et identifie 4 personnes à revoir pour suivi. Alors qu'une visite de remise des résultats est prévue la semaine suivante, le gymnase est fermé et évacué vers d'autres structures sans que le réseau ni le CLAT ne soient prévenus, rendant alors impossible le rendu des résultats et le suivi des personnes repérées. Ce cas pointe aussi les difficultés de mise en œuvre liées à l'absence de visibilité et de communication relative à la fermeture des structures d'hébergement par les partenaires gestionnaires d'hébergement social ou les tutelles institutionnelles. Concernant les actions en bidonvilles, les acteurs se confrontent aux politiques de résorption qui peuvent mettre à mal des interventions. En 2018, les équipes avaient déplorées ne pas avoir pu réaliser toutes les interventions prévues, notamment ne pas avoir pu revenir pour faire les rappels de vaccination à cause d'expulsions des campements programmées par la Préfecture, pour lesquels ils n'avaient pas été avertis. Nous reviendrons plus longuement sur ces enjeux dans la seconde partie de ce chapitre.

Au-delà de ces enjeux de continuité d'intervention, l'absence de visibilité sur la fermeture des structures provisoires ou la durée de présence des personnes qui y sont hébergées (dans le cadre du CAES surtout) est un frein à l'inscription des personnes dans un parcours de soins. Les professionnels rencontrent des difficultés à programmer des examens, des rendez-vous avec des partenaires (EMPP, CeGIDD) ou même dans leurs propres dispositifs (consultations gratuites, entretiens sociaux), dans une perspective de ramener vers le système de santé. En pratique la programmation d'examens médicaux ou de consultations médicales ou sociales pour des personnes vues dans ces contextes se soldent très régulièrement par des rendez-vous non honorés et la perte de vue des patients : *« Quand je programme des patients du CAES pour la consultation dentaire, je suis quasiment sûre qu'ils vont être annulés la veille quand je vais rappeler le CAES pour confirmer, ou alors qu'ils ne vont pas venir. Souvent je programme des personnes en plus pour pas que ça soit perdu »*.²⁹²

Les temporalités et objectifs associées à ces interventions montrent bien comment celles-ci viennent moins répondre aux besoins sanitaires et sociaux des populations ciblées qu'à la crainte d'une « crise sanitaire » ou l'urgence de la « crise migratoire ». En 2018, nous allons voir que c'est dans

²⁹¹ Chargée de prévention au sein du RDS Nord, mai 2021.

²⁹² Assistante sociale et coordinatrice de la consultation dentaire, RDS Sud, juin 2019.

cette même perspective de répondre aux évolutions de la géographie de l'accueil des demandeurs d'asile que l'ARS Île-de-France est venue mettre en place l'équipe mobile sanitaire régionale.

1.2. L'équipe mobile sanitaire régionale « migrants » : l'intervention mobile au service des politiques migratoires

Rapidement présentée dans le chapitre 2, l'équipe mobile sanitaire régionale a été créée en 2018 dans le cadre de l'ouverture des centres d'accueil et d'évaluation des situations (CAES) sur le territoire francilien. Au regard de son évolution, cette équipe mobile incarne le développement de l'intervention mobile au service de l'extension territoriale du DNA et des logiques d'urgence qui structurent les politiques d'hébergement des exilés.

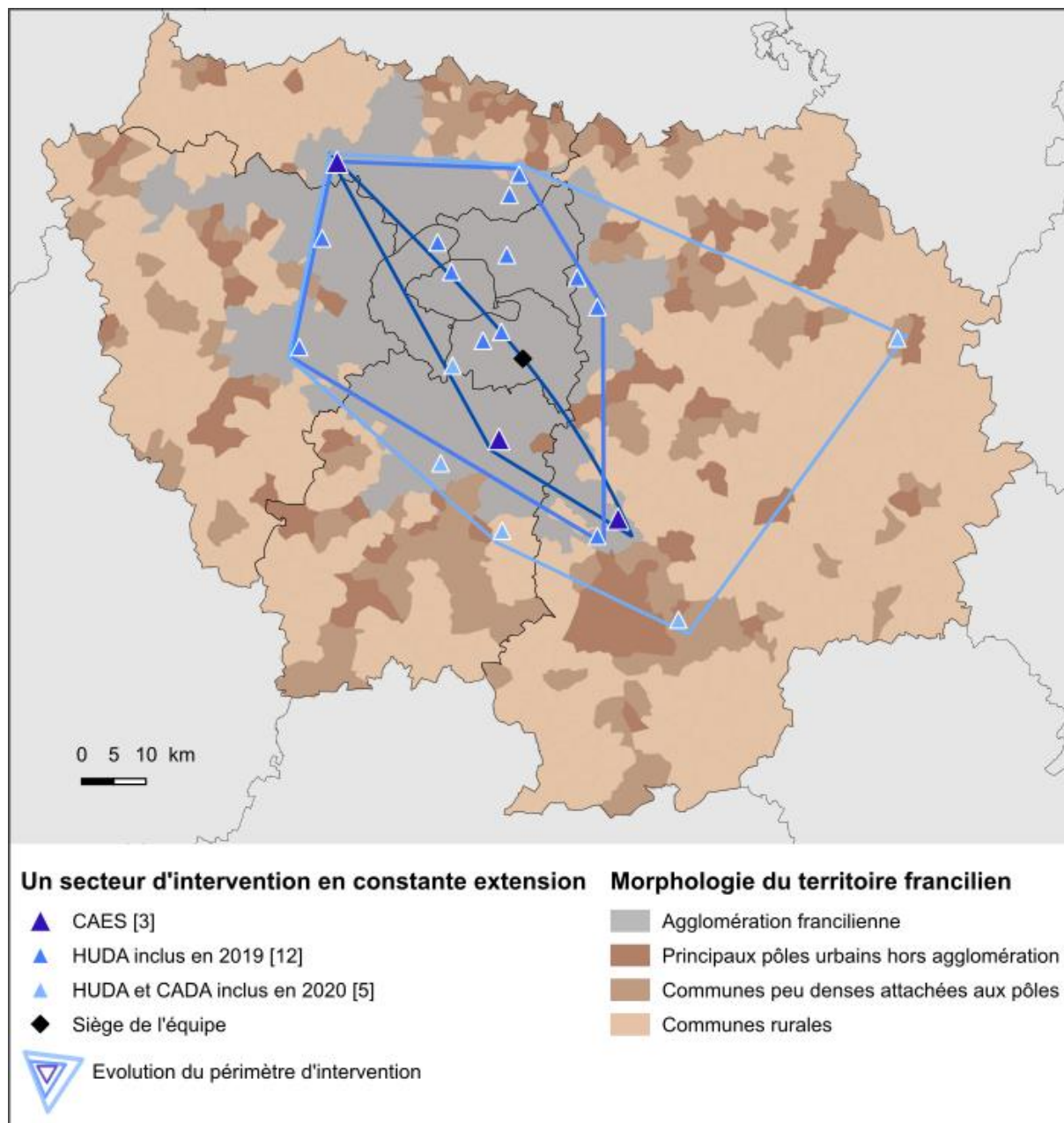
1.2.1. Mobilité et flexibilité au service de la territorialisation du dispositif national d'accueil

L'ouverture au printemps 2018 de six CAES en région parisienne dans le cadre de la réforme du DNA a immédiatement posé la question de la prise en charge médico-sociale des personnes accueillies dans ces structures provisoires. Comme pour les ouvertures des CHUM en 2015-2017, les premières semaines ont fait l'objet de mobilisations des acteurs locaux de l'action médico-sociale, essentiellement les PASS et, là où ils existent, les réseaux de santé précarité. En Seine-et-Marne, comme évoqué plus haut, le RDS Sud a effectué entre mars et juin 2018 six interventions au CAES ouvert sur une commune voisine. Cependant, il apparaît très vite que les structures existantes sur les territoires, les réseaux de santé et les PASS, ne sont pas en mesure d'absorber la demande en soin que représente l'ouverture de ces centres accueillant entre 150 et 200 personnes et au turn over très important. La mise en place d'équipes mobiles dédiées est ainsi venue répondre à l'insuffisance des dispositifs sédentaires existants. Sur le modèle de ce qui avait été mis en place au centre de premier accueil (CPA) installé boulevard de la Chapelle à Paris, l'ARS IDF met alors en place sur les six sites un dispositif d'accès aux soins *in situ*. Celui-ci repose sur deux mesures : d'une part des interventions sur chaque site d'un médecin détaché de la PASS la plus proche pour effectuer des consultations. Pour les 6 PASS concernées, une enveloppe de l'ARS IDF est versée pour recruter entre 0,2 et 0,3 ETP de temps médical. La seconde mesure est la création de deux équipes mobiles d'infirmiers et médiateurs interprètes pour effectuer des bilans de santé et un travail d'orientation et de coordination médicale avec le médecin. Ces deux équipes ont alors été créées ex-nihilo sur la base d'un appel à projet de l'ARS Île-de-France. Gérée par la Croix Rouge française, partenaire central de l'État dans la gestion de dispositifs médico-sociaux, l'équipe que nous avons étudiée, s'est vu confier les trois CAES situés en grande couronne, tandis qu'une autre s'occupe des trois centres ouverts à Paris et en petite couronne.

A sa création l'équipe compte seulement deux infirmiers et un médiateur interprète qui alternent quotidiennement sur les trois sites qu'ils ont à charge. Toutefois, l'équipe va rapidement connaître une extension progressive de son périmètre d'intervention afin de répondre aux évolutions territoriales du DNA et combler des besoins dans les interstices de l'action médico-sociale, qu'ils soient liés à l'ouverture de nouvelles structures ou à des insuffisances sur des hébergements existants. Dès 2019, l'ARS étend les interventions de l'équipe à une quinzaine d'HUDA hôteliers où intervient déjà une équipe mobile dédiée à l'accompagnement social mais rencontrant des difficultés dans

l'accompagnement vers les soins. À l'été 2020 s'ajoutent cinq autres centres d'hébergement, CADA ou HUDA, où des équipes sociales sur place font face à des difficultés d'orientation de leurs hébergés vers le système de santé. En janvier 2021, l'équipe coordonnée par une cheffe de service compte sept infirmiers, quatre médiateurs interprètes et deux psychologues pour intervenir dans 18 dispositifs d'hébergement du DNA répartis sur l'ensemble de la région francilienne (cf. **Carte 12**).

Carte 12. Evolution du secteur d'intervention de l'équipe mobile sanitaire régionale « migrants »



I.Siffert, 2023.

L'extension progressive du secteur d'intervention dans la commande publique qui définit les missions de l'équipe mobile illustre comment celle-ci est déployée par l'ARS pour répondre aux besoins émergents dans l'accueil des demandeurs d'asile sur la région. L'intervention mobile couplée à l'échelle régionale sont ici au service d'un ajustement de l'offre médico-sociale à l'évolution de la géographie des besoins. L'équipe mobile régionale incarne un recours à la mobilité des professionnels

pour combler efficacement, c'est-à-dire sans multiplier les équipes locales, des besoins dans les interstices de l'action médico-sociale.

Par ailleurs, si l'intervention en structures d'hébergement du DNA représente l'activité principale de l'équipe, elle est également mobilisée par l'ARS, et cela depuis sa création, en tant que renforts sanitaires sur différentes missions ponctuelles. Ces missions sont des évaluations sanitaires lors d'opérations de mise à l'abri suite à des évacuations de campements ou squats parisiens, plus rarement à l'occasion de l'ouverture de structures d'hébergement d'urgence « de droit commun » lors de la trêve hivernale. Là encore, elles peuvent avoir lieu sur l'ensemble du territoire régional, selon les lieux investis pour les mises-à-l'abri. Comme l'a expliqué la cheffe de service, dans ces situations, il est alors demandé que l'équipe soit réquisitionnable très rapidement pour ces opérations qui dépendent généralement de décisions de la Préfecture et sont alors non seulement prévues au dernier moment et prioritaires sur la mission principale :

*« Par exemple dernièrement vous avez sans doute entendu parler du démantèlement du campement de Saint-Denis. C'était initialement prévu 2000 personnes, et au final on a eu 3000 personnes présentes. Et donc ça, c'est vraiment dernière minute, de par l'ARS, donc ça change aussi toute notre organisation. Ça va toujours être 'On a entendu que, dans une semaine, il y a ceci qui devrait arriver, tenez-vous prêts'. Donc moi je fais le planning et on attend, parce que ça va être le vendredi pour le lundi ou le jeudi pour le lundi ».*²⁹³

En parallèle de son activité de routine dans les centres d'hébergement du DNA, cette équipe semble donc être envisagée par sa propre tutelle comme une forme de Samu infirmier spécialisé dans l'évaluation sanitaire du public exilé précaire. La modalité d'intervention mobile permet à l'ARS à la fois d'étendre sa réponse médico-sociale au gré de l'évolution de la géographie du DNA, d'autre part de mobiliser facilement une main d'œuvre lors de besoins exceptionnels au rythme du calendrier des politiques de mise-à-l'abri. La manière dont la cheffe de service présente les sollicitations de l'ARS pour des missions ponctuelles suggère cependant comment celles-ci complexifie fortement l'organisation du travail. Nous reviendrons alors dans le chapitre suivant sur la manière dont cette flexibilité au service de l'évolution du DNA représente un travail d'ajustement perpétuel pour l'équipe et contribue aussi à brouiller les contours de leur mission, entre accompagnement et réponse à l'urgence.

1.2.2. Des bilans sanitaires au service d'une veille sanitaire et épidémiologique

En termes d'approche clinique, la mise en place de l'équipe mobile sanitaire représente aussi l'affirmation d'une approche de la santé des exilés sous le prisme de la veille sanitaire et épidémiologique. Dans le cadre des bilans de santé infirmiers, l'équipe mobile sanitaire effectue en effet un travail important de recueil de données démographiques sociales et épidémiologiques pour l'ARS. Pour chaque patient elles doivent reporter à la fois des observations médicales, sur les antécédents, les motifs de consultation, le diagnostic, les constantes, les actions et orientations effectuées mais également un ensemble d'informations socio-démographiques sur la situation sociale et économique dans le pays d'origine et d'accueil, la situation familiale, le parcours migratoire. Sur le modèle de ce qui avait été fait avec les bilans de santé dans certains CHUM et au sein du pôle santé du CPA de Paris en 2016, toutes ces données sont transmises à l'Observatoire du Samusocial de Paris

²⁹³ Cheffe de service de l'équipe mobile sanitaire régionale, novembre 2020.

missionné par l'ARS pour traiter, analyser ces données et produire des synthèses sur l'état de santé de la population accueillies dans les CAES. Ces bilans infirmiers sont ainsi utilisées comme un espace de recueil de données démographiques et sanitaires servant à décrire la population exilée évacuée des campements et son état de santé. On retrouve ici les ressorts de ce que Didier Fassin appelle l'approche épidémiologique de la santé des exilés, c'est-à-dire une approche qui « repose sur l'utilisation de données quantitative et de tests statistiques, [qui] privilégie la dimension collective sur la dimension individuelle et débouche sur des propositions de santé publique plutôt que de médecine clinique » (Fassin, 2021) et dont le risque est à contrario de mettre au second plan les enjeux sociaux de la santé des exilés.

Les professionnels de l'équipe ont posé un regard mitigé sur cette activité de recueil de données ; à plusieurs égards. D'abord au regard du temps nécessaire, au détriment de la disponibilité de l'équipe pour voir un maximum de personnes : « *les consultations duraient une heure, c'était vraiment pas possible pour nous, on pouvait pas répondre à la demande* »²⁹⁴, mais surtout au regard de sa pertinence dans la mission de soin :

*« Tu vois par exemple la question « Jusqu'à quel niveau scolaire avez-vous étudié ». Certes ça peut être intéressant mais moi je m'en fiche en fait pour ma consultation qu'il soit allé jusqu'en CP ou jusqu'à la faculté. Mais eux ils s'en fichent pas parce qu'ils pensent que ça peut influencer sur des choses...Je pense qu'on a un regard différent...je sais pas mais trouve qu'il y a des questions qui ne sont pas nécessaires ».*²⁹⁵

« Eux » désigne ici l'ARS Île-de-France, tutelle et financeur, ainsi que le Samusocial de Paris, gestionnaire de l'autre équipe mobile intervenant en petite couronne. L'infirmière évoque ici un groupe de travail qui a eu lieu au cours de l'année 2020 sur l'évolution de la grille du questionnaire structurant les bilans infirmiers, qui ont cristallisé des désaccords et tensions. Alors que l'équipe souhaitait alléger le nombre de questions, l'ARS et le Samusocial ont au contraire plaidé pour en ajouter, notamment sur le parcours et la situation socio-économique des exilés, afin d'approfondir certaines analyses. L'infirmière exprime alors ici son décalage avec cette approche épidémiologique de l'accès aux soins des exilés. Cependant, comme elle l'a elle-même relevé cette partie de leur mission fait partie de la commande publique de laquelle ils ne peuvent s'extraire : « *Mais bon de tout façon on n'a pas le choix, notre boss c'est l'ARS et malheureusement la Croix Rouge dit un peu Amen à tout* »²⁹⁶. Cette remarque nous renvoie à l'histoire et au statut de l'équipe qui conditionnent une faible capacité de résistance aux décisions et logiques des pouvoirs publics. L'équipe régionale est un dispositif récent, créé ex-nihilo sur la base d'un appel à projet, composée essentiellement de professionnels salariés qui répondent à une commande très précise de l'ARS. À la différence des réseaux de santé qui sont les acteurs historiques de l'action auprès des exilés sur le territoire, elle ne bénéficie pas de bénévoles militants, ni de professionnels ancrés de longue date sur le territoire et faisant figures d'entrepreneurs de cause et de résistants aux décisions des pouvoirs publics (cf. Chapitres 2 et 5).

²⁹⁴ Infirmière de l'équipe mobile sanitaire présente dans l'équipe depuis sa création en 2018, juillet 2020.

²⁹⁵ *Ibid.*

²⁹⁶ *Ibid.*

1.2.3. Une équipe soumise à l'incertitude des politiques migratoires

L'équipe mobile sanitaire est financée par l'ARS sur la base d'une convention renouvelée chaque année selon les besoins. Si elle n'a fait que grossir au rythme des besoins du DNA pendant les trois premières années, son évolution reste en pratique incertaine et dépendante de l'existence des CAES, eux-mêmes définis selon une convention annualisée et renouvelée chaque année entre l'OFII et l'association gestionnaire. Alors que la pérennité de l'équipe est soumise à celle des structures d'hébergement où elle intervient, l'incertitude se reporte sur les contrats des professionnels, provisoires pour la majorité d'entre eux. En 2020 sur les 14 professionnels composant l'équipe mobile sanitaire, seuls une infirmière et un médiateur-interprète étaient en contrat à durée indéterminée. Le recours croissant à des contrats temporaires dans l'action sanitaire et sociale n'est pas propre au secteur de l'asile et fait partie des transformations managériales relevant de la nouvelle gestion publique que nous avons rappelés dans le chapitre 2. Cependant, il apparaît ici au service des logiques provisoires qui structurent les politiques migratoires. Il garantit une flexibilité managériale dans l'éventualité où la fermeture des CAES conduirait l'équipe à réduire très fortement son activité, ce dont les professionnels ont pleinement conscience :

« Sandra (Infirmière) : - On ne connaît pas l'avenir des CAES [...] On est presque tous en CDD dans l'équipe. Je crois que y a que Radim et Nadia* qui sont en CDI. L'équipe mobile sanitaire on est sur le pôle migrants et on ne sait pas si on va continuer.*

Mehdi (Médiateur-interprète) : - Et tu penses pas qu'ils vont nous passer en CDI ?

Sandra : - Non, je pense pas car c'est l'ARS qui donne les missions et si y a pas de mission, qu'est-ce qu'ils vont faire de nous ?

Mehdi : - Mais des migrants, y en aura toujours. Même si y a un camp qui est fermé, y'aura un autre camp qui va se former

Sandra : - C'est ça. Donc je comprends pas... Mais c'est comme ce qu'il s'est passé pour les centres COVID, y a eu des infirmières recrutées pour quelques mois. Moi je pense que ça sera ma situation toute ma vie »²⁹⁷

Cet échange entre professionnels fait apparaître à la fois une incompréhension face aux logiques du provisoire qui sous-tendent les politiques d'accueil et notamment d'hébergement des demandeurs d'asile et une lucidité quant au fait que la précarité de leur statut professionnel en sont les conséquences directes. Un autre élément intéressant de cet échange est le rapprochement qu'effectue l'infirmière entre le provisoire structurant les politiques d'accueil des demandeurs d'asile, et la gestion de l'épidémie de Covid-19. Consciente d'une forme de précarisation durable de son statut professionnel, l'infirmière se perçoit ici comme une forme de réserve sanitaire, une variable d'ajustement selon les événements migratoires et sanitaires.

Cette première partie a retracé le développement de l'intervention médico-sociale mobile auprès des exilés précaires sur le territoire depuis les années 2010. Concernant les réseaux de santé précarité, nous avons vu que les interventions « hors-les-murs » sont loin d'être nouvelles et répondent à deux principaux enjeux : la prévention collective et individuelle et l'accompagnement des personnes vers les services de santé. Néanmoins, si les missions de santé publique, de sensibilisation et prévention des risques sont historiquement ancrées dans les missions des RDS, leur mobilisation pour de l'évaluation sanitaire en structures de mise-à-l'abri ou des opérations de vaccination depuis 2015 témoigne de la réaffirmation de ces enjeux en première ligne de l'accompagnement médico-social des

²⁹⁷ Extrait d'entretien avec une infirmière et un médiateur-interprète de l'équipe mobile sanitaire, novembre 2020.

personnes en situation de précarité. Ces actions représentent un recentrement sur les risques infectieux et la permanence voire la réactivation d'approches hygiénistes de l'accompagnement social des exilés. Dans cette même dynamique, la mise en place de l'équipe mobile sanitaire régionale en 2018 est venue institutionnaliser une activité médico-sociale au service de l'extension spatiale de l'accueil des exilés dans le DNA, des logiques de gestion de crise et d'urgence qui structurent les politiques migratoires, et d'une approche à la fois hygiéniste et épidémiologique de l'accompagnement vers les soins des exilés. Par ailleurs il apparaît que le développement de ces interventions médicales directement sur les lieux de vie des exilés répond à un enjeu de régulation et de non saturation des dispositifs de soins gratuits fixes qui ne sont pas calibrés pour répondre à l'évolution de la demande sur le territoire. Alors que l'année 2020 a été marquée par un contexte de crise sanitaire, sociale et politique inédit, nous allons voir comment ces logiques et registres d'intervention ont été non seulement exacerbés mais aussi institutionnalisés dans le cadre de la gestion de l'épidémie de Covid-19.

2. La mobilisation dans la crise sanitaire du Covid-19, d'un contexte extraordinaire à l'institutionnalisation de la « mise en mobilité »

Cette seconde partie se concentre sur la mobilisation des acteurs médico-sociaux du territoire dans la gestion locale de l'épidémie de Covid-19 auprès des populations précaires. Plusieurs arguments nous ont conduit à y dédier une partie. D'abord au regard de son exceptionnalité : le caractère inédit d'une telle pandémie en fait un contexte sanitaire et particulier qu'il est difficile de ne pas considérer « à part ». Le printemps 2020 d'abord, mais finalement toute l'année qui a suivi jusqu'en décembre 2021, ont constitué une période particulière marquée par la réorganisation de la plupart des activités humaines. Par ailleurs c'est aussi la période que j'ai directement observée et qui a constitué presque l'essentiel de la période d'enquête de terrain, malgré les contraintes qu'il a représenté pour mener une enquête ethnographique (cf. Chapitre 1).

La mobilisation dans la gestion locale de l'épidémie de Covid-19 offre un observatoire particulièrement intéressant des logiques qui guident la mise en mobilité de acteurs médico-sociaux auprès des exilés. Alors que le contexte sanitaire a d'abord fait l'objet d'une mobilisation « hors-les-murs » exceptionnelle, nous allons voir comment celle-ci s'est installée plus durablement dans la routine des réseaux de santé avant que la réforme du Ségur de la santé 2020 ne vienne institutionnaliser cette « mise en mobilité » des équipes, dans une ambiguïté entre démarche d'« aller-vers » et gestion de crise migratoire et sanitaire.

2.1. Logiques et pratiques d'une mobilisation exceptionnelle dans un contexte de crise sanitaire

La mise en place d'équipes mobiles a été une des réponses centrales dans la gestion de l'épidémie sanitaire du Covid-19 tout au long de son évolution et auprès de différents publics. Alors que les mesures de confinement ont accentué les contraintes de mobilité des individus, le déploiement d'équipes mobiles a permis le maintien de malades à domicile ou en EHPAD dans la double perspective de ne pas saturer les hôpitaux et de limiter la circulation des malades et donc du virus. À l'apparition du vaccin en 2021, seront également déployées des équipes mobiles complémentaires aux centres de vaccination pour accélérer le processus de vaccination et atteindre des populations en

situation d'isolement géographique ou de mobilité limitée (personnes âgées, personnes en situation de handicap...). Concernant spécifiquement les publics en situation de précarité, des équipes ont été déployées dès le printemps 2020 pour enrayer la dispersion du virus auprès des personnes vivant à la rue, en situation d'habitat précaire ou en structure d'hébergement social²⁹⁸. En Seine-et-Marne, ce sont les deux réseaux de santé précarité qui ont été sollicités par l'ARS dès la fin du mois de mars pour intervenir sur des campements d'habitat précaire suspectés d'être des clusters de contamination. Le contexte dans lequel ils ont été réquisitionnés témoigne alors comment la création d'équipes mobiles est venue répondre à un triple objectif : non seulement prévenir et limiter la diffusion du virus, prendre en charge les malades, mais aussi réguler la sollicitation des services d'urgence par les populations précaires.

2.1.1. Créer des équipes mobiles Covid-19 dédiées aux personnes vulnérables : « aller-vers » au service d'une régulation des services de santé ?

Fin mars 2020, les deux principaux services d'urgences du département (hôpitaux de Melun et Meaux) font remonter à l'ARS une multiplication de sollicitations pour des symptômes du Covid-19 par des personnes roumanophones ou russophones semblant provenir de lieux d'habitat précaire sur le territoire. La non maîtrise du français met alors en difficulté les services d'urgences qui n'ont pas de moyens d'interprétariat. Par ailleurs le traçage des cas contacts révèle que ces patients proviennent pour la plupart de deux squats, l'un situé au nord du département, l'autre au sud, occupés par des familles originaires de Moldavie, Roumanie et d'Ukraine pour la plupart en demande d'asile, et dont on estime qu'ils rassemblent entre 500 et 700 personnes. La multiplication de cas en quelques jours au regard de l'effectif de population estimé inquiète fortement sur l'existence de clusters de contamination. Lorsque l'ARS sollicite fin mars les réseaux de santé pour monter en urgence deux « équipes mobiles précarité covid », l'enjeu est bien double : endiguer la dispersion du virus sur les deux lieux par la prévention et le dépistage mais aussi réguler la sollicitation des urgences. Alors que les tests de dépistage (PCR/) ne sont pas encore disponibles, les équipes ont pour mission d'évaluer sur la base d'un examen clinique, les potentiels cas présents ainsi que les personnes ayant potentiellement développé le Covid en amont. L'enjeu est de faire sur place le tri selon les situations médicales : orienter les cas graves vers l'hôpital (souvent en appelant directement les pompiers ou le Samu) et à l'inverse prendre en charge sur place les patients ne présentant pas un besoin d'hospitalisation.

La crise sanitaire a remis sur le devant de la scène la question du triage à l'entrée des dispositifs de soin : face au manque de lits dans les services de réanimation, il a parfois fallu arbitrer dans l'accès aux soins de réanimation en fonction des chances de survie, de l'âge. Cependant, à l'instar des analyses de Jean-Paul Gaudillière, Caroline Izambert et Pierre-André Juven (2021), alors que les médecins, médias et politiques ont focalisé l'attention sur les pratiques de tri clinique à l'accès à la réanimation, ils ont ignoré et invisibilisé comment la gestion des besoins dans ce contexte critique a largement reposé sur d'autres formes de triages bien plus larges, aux différents ressorts politiques et

²⁹⁸ Voir le rapport de Santé Publique France suivant : Vandentorren S, Laporte A, Delmas G, Hamel E, Shah J, Allaire C, *et al.* Lutte contre la Covid-19 auprès de populations en grande précarité en France : partage des connaissances sur les stratégies de dépistage. Saint-Maurice : Santé publique France, avril 2021. 12 p.

sociologiques. Les sociologues parlent d'un « triage systémique » pour évoquer ces logiques de tri diffuses « qui résultent des politiques de santé, des investissements en infrastructures, des actions des institutions, des dynamiques de hiérarchisation des populations, des pathologies ou des outils d'intervention ».(Gaudillière et al., 2021). La mobilisation des deux RDS du territoire dans la gestion de l'épidémie montre comment la création d'équipes mobiles, en tant que modalité d'intervention permettant de soigner les personnes sans qu'ils n'aient à se déplacer, répond étroitement à de telles logiques de triage systémiques et a ici permis de tenir à distance les populations de l'hôpital. Marqué par un enjeu exacerbé de non saturation des services de santé, le contexte épidémique a ainsi exacerbé la fonction de régulation et filtrage des interventions « hors-les-murs ». Pour autant, si l'enjeu était bien de tenir à distance certains patients de l'hôpital, il ne s'agissait pas de les exclure du soin. Au contraire, comme à leur habitude, les RDS ont cherché à répondre aux besoins des personnes au-delà des risques épidémiques et à se positionner, malgré les conditions précaires d'intervention, dans une posture d'accompagnement vers les soins.

2.1.2. Une mobilisation extraordinaire au service d'une réponse globale : saisir des opportunités de soin

Plus encore qu'en 2015, les équipes ont bénéficié en avril 2020 de moyens « exceptionnels » par rapport à leurs moyens habituels : face aux besoins importants de médiation linguistique, l'ARS départementale va parvenir à mobiliser des interprètes russophones du tribunal (en arrêt d'activité) ou des étudiants en langues pour effectuer de l'interprétariat sur les camps. Les RDS ont par ailleurs bénéficié des renforts de la réserve sanitaire nationale, dont la mobilisation fut là aussi exceptionnelle. L'**Encadré 4** ci-dessous décrit plus précisément la création et la mobilisation des équipes.

Encadré 4. Retour sur la création et l'intervention de deux équipes mobiles entre avril et juin 2020 dans la gestion locale de l'épidémie de covid-19

Au Sud, les liens forts entre le réseau et l'hôpital amènent à la création d'une équipe réunissant le personnel du RDS, de l'Unité de santé publique et de la PASS. Alors que le squat de Roms focalise la majorité des interventions, l'équipe effectue parallèlement une veille téléphonique auprès des associations gestionnaires d'hébergement et programme des interventions de dépistage dans les centres où sont suspectés des cas. Si le RDS et la PASS maintiennent leur consultation hebdomadaire dans leurs locaux, le reste de la semaine est dédié à ces actions de dépistage et consultations primaires « hors-les-murs ». Les interventions sur le squat et/ou les structures d'hébergement sont presque quotidiennes. Entre fin mars et fin mai 2020, l'équipe formée effectuera 43 interventions sur le squat représentant environ 840 consultations, 18 interventions en structures d'hébergement social (foyers de travailleurs migrants, CADA, CHU, hôtels...) et 5 sur des aires de gens du voyage installées sur le territoire.

Côté Nord, le RDS qui n'a plus de médecin coordinateur depuis quelques mois, lance un appel à volontaires dans son réseau et monte une équipe mobile composée de médecins généralistes ayant répondu favorablement. L'équipe commence ses interventions début avril. Confrontés à une très forte demande en soin, elle effectue 115 consultations sur ses 2 premiers jours d'intervention. Cependant mi-avril la mort d'une adolescente des suites du Covid-19 alors que l'équipe était intervenue la veille va fortement complexifier les interventions. L'équipe fait face à une montée de la défiance des populations, subit plusieurs agressions qui vont l'amener à suspendre ses interventions. Nous reviendrons plus précisément dans la troisième partie de ce

chapitre sur l'évolution de la défiance des populations à laquelle ont été confronté le RDS Nord et les stratégies mises en place pour y répondre. En pratique l'équipe est finalement intervenue 9 fois sur le camp et aura effectué environ 370 consultations.

Les actions effectuées par les deux réseaux sur la période montrent comment les équipes se sont saisies du contexte et de ces moyens particuliers pour répondre aux besoins des personnes bien au-delà du dépistage du Covid-19. Sous des barnums installés sur le parking du squat, le RDS Nord effectue 115 consultations sur ses 2 premiers jours d'intervention. Au Sud, l'équipe mobile récupère rapidement une pièce vacante du squat qu'elle transforme en cabinet de fortune pour des consultations. Les jours où ils sont deux médecins à intervenir, le second effectue des tournées sur le squat, en allant à la rencontre de ceux ne les sollicitant pas directement sur le cabinet : l'équipe renoue avec « *une médecine de sac à dos* »²⁹⁹ dans une démarche proactive d'identification des personnes ayant des symptômes du Covid-19 mais aussi d'autres problèmes de santé. Toutefois, dès leurs premières interventions sur les squats, les professionnels ont été confrontés à une très forte demande en soins, se décrivant eux-mêmes comme « envahis » par des demandes très diverses auxquels ils ont alors cherché à répondre en parallèle des enjeux de diffusion du virus.

*« On s'est très vite vus être débordés par les demandes pressantes des personnes, un besoin urgent de rencontrer les médecins, une incapacité d'attendre leur tour, tout le monde se bousculait, les gens essayaient de rentrer par tous les côtés malgré le pseudo système de passage et de sécurité qu'on avait essayé de mettre en place ».*³⁰⁰

*« On a essayé d'être dans une démarche de dépistage clinique des cas de covid qui ne seraient pas venus vers nous. À l'époque on ne disposait pas de tests PCR en quantité suffisante ; donc on faisait prise de température, saturation, un interrogatoire et éventuellement un examen clinique. Mais on a été surtout beaucoup sollicités pour des demandes de soins primaires variées auxquels on a essayé de répondre mais avec des difficultés au vue du nombre de personnes dans le camp et des moyens dont on disposait ».*³⁰¹

Le médecin souligne ici les difficultés à répondre conjointement au risque épidémique et à la forte demande en soins primaires générée par leur visite. Il exprime l'inconfort des professionnels à gérer cette demande dans un contexte où les moyens, certes renforcés, demeurent toujours insuffisants, et les conditions d'intervention particulièrement dégradées. « *Les interventions sur le squat, il faut le dire, c'est dans les rats et les poubelles* »³⁰² souligna une infirmière. Précisons qu'à ses conditions d'hygiène très précaires se superposait un risque sanitaire renforcé par un manque de matériel de protection individuelle alors que le virus circulait activement. Dans les deux premières semaines, les équipes n'ont pas les moyens de distribuer des masques à tous les patients et appliquent des logiques de rationnement en n'en fournissant qu'aux patients présentant des symptômes du virus.

Les difficultés à répondre aux demandes proviennent également du fait que de nombreuses sollicitations ne relevaient pas du soin mais de problématiques sociales et administratives dépassant largement leur mission initiale, telles que des demandes au sujet du versement de l'allocation de demandeur d'asile ou la gestion des déchets. Au Nord, l'équipe s'est notamment vue négocier avec la municipalité pour que celle-ci remette en place le ramassage des poubelles du camp en plaidant des

²⁹⁹ Médecin coordinateur du RDS Sud, mai 2020.

³⁰⁰ Directrice RDS Nord, mars 2021.

³⁰¹ Médecin coordinateur RDS Sud, mai 2020.

³⁰² Infirmière coordinatrice, CeGIDD, mai 2020.

risques sanitaires liées à la dégradation de l'hygiène des lieux. Ces sollicitations des populations à la marge des questions sanitaires font écho à ce qu'ont décrit A-C. Hoyez et C. Bergeon dans leur analyse du rôle des équipes médico-sociales sur des squats de populations exilées à Poitiers et Rennes : les équipes soignantes peuvent s'appuyer sur leur légitimité professionnelle pour se faire médiateurs dans les relations avec des acteurs opposés à la présence du squat, par exemple les municipalités (Bergeon & Hoyez, 2015). Mais ce sont alors des contextes où les intervenants dépensent beaucoup d'énergie à sortir de leur position de soignant pour occuper d'autres fonctions de médiation sociale.

En termes de pratique médicale, la grande majorité des consultations sur les squats ou en structure d'hébergement (pour l'équipe au Sud) concernaient d'autres pathologies que le Covid-19 : demandes de traitement pour des maladies chroniques (diabète, hypertension...), grossesses généralement non suivies, infections virales variées. Comme l'explique cette infirmière, autant que de dépister le virus, les interventions ont surtout permis de détecter et prendre en charge des situations de vulnérabilités de personnes en situation de renoncement aux soins :

« Après moi j'étais contente, parce que même si on n'a pas découvert de covid, y a des gens que j'ai orientés, qu'on a pris en charge. Y a des gens qui avaient 20 de tension, je ne pouvais pas les laisser comme ça. Donc j'ai fait venir des pompiers pour les envoyer sur l'hôpital parce qu'en fait ils ne voulaient pas aller sur l'hôpital, ils ne voulaient pas se faire soigner. Les médecins généralistes recevaient moins, et puis les gens n'osaient pas sortir. Donc, moi j'en ai orienté sur les urgences non pas à cause du covid mais dus à leur pathologie : des HTA, des diabétiques qui n'avaient plus d'insuline, etc. »³⁰³

La satisfaction exprimée par cette professionnelle montre comment cette réponse aux besoins primaires est ce qui a donné sens aux interventions, tout autant voire davantage que la lutte contre la diffusion du virus. L'infirmière évoque ici l'importance du renoncement aux soins, déjà très fort pour les populations précaires et qui ont été exacerbés par les discours et dispositifs incitants à ne pas se rendre dans les services de santé. Cependant, cette hiérarchie entre la réponse aux besoins de santé primaires et la mission de santé publique peut varier dans le temps, selon l'importance de la menace sanitaire, et selon les professionnels. Ainsi, lorsque fin mai, le médecin coordinateur de l'équipe mobile au Sud décide d'organiser une nouvelle action de dépistage sérologique et de vaccination, il s'agit bien de remettre les enjeux de santé publique au premier plan. Alors que l'équipe diagnostique deux cas de varicelle chez l'adulte, l'incertitude du niveau d'immunité sur le squat conduisent l'ARS et le médecin coordinateur à planifier une action de dépistage et vaccination. Là encore le médecin va se saisir de cette demande pour effectuer une campagne de prévention bien au-delà de la varicelle : profiter de faire des sérologies de détection des anticorps de la varicelle pour tester d'autres pathologies comme le VIH et les hépatites mais aussi le COVID-19 afin d'évaluer le taux d'immunité, proposer à ceux qui ne sont pas immunisés de la varicelle non seulement une vaccination mais un rattrapage vaccinal global. À nouveau renforcée par l'ARS en moyens humains (médecins et interprètes), l'équipe mixte RDS – PASS – USP déploie cette action de santé publique sur 8 jours d'intervention durant lesquels plus de 200 personnes seront prélevées et/ou vaccinées. Toutefois, dans cette période, le médecin a alors décrit la forte demande en soins primaires davantage comme un frein aux actions de prévention :

³⁰³ Infirmière ayant participé aux actions de l'équipe mobile Sud, juillet 2020.

*« L'objectif c'est vraiment de faire du dépistage massif, pas juste répondre aux besoins de consultations. Je suis pour une approche globale mais là on déploie quand même beaucoup de monde. Surtout que des consultations, on en fait beaucoup depuis 2 mois. Et puis pour faire des consultations je n'ai pas besoin d'un tel dispositif. Là c'est une action sérologie varicelle à la base dont l'objectif est de mesurer en priorité l'immunité collective pour la varicelle et le covid sur le campement ».*³⁰⁴

Cette mobilisation sur les premiers mois de la crise sanitaire montre comment les équipes se sont saisies d'un contexte exceptionnel pour répondre à une demande sociale et sanitaire bien au-delà de la réponse à l'urgence épidémique et plus généralement de la commande publique : proposer des consultations de soins, faire des orientations, répondre à des demandes sociales, effectuer un dépistage élargi des maladies infectieuses. Cette mobilisation renvoie à cette culture des réseaux de santé à proposer, face à une problématique précise, une réponse toujours plus globale (Poutout, 2005). Les réseaux ville-hôpital, par leur histoire, incarnent particulièrement cette posture en santé publique auprès des populations précaires. Comme l'a été le sida dans les années 1990 (et peut l'être encore de façon ponctuelle), la prise en charge d'une pathologie infectieuse n'est qu'une porte d'entrée pour une réponse élargie aux besoins sanitaires et sociaux. Par ailleurs, elle éclaire aussi l'arbitrage structurel du positionnement des réseaux entre une réponse à des enjeux de santé publique collectifs et une approche, certes globale, mais individualisée des besoins en soin. Enfin, la description de cette mobilisation témoigne aussi comment le soin hors-les-murs peut représenter des conditions d'intervention très dégradées, tant au niveau des conditions matérielles d'intervention que dans la gestion de la demande, en particulier sur des lieux où vivent des populations nombreuses.

2.2. La routinisation du contexte épidémique et l'affirmation d'un « aller-vers » à plusieurs registres

Cette phase de mobilisation « extraordinaire » renouant avec la médecine humanitaire ne pouvait s'installer dans la durée. Au Sud, la reprise des activités du CeGIDD et de la PASS en juin 2020 a mis fin à l'équipe formée entre les trois services. Au Nord, comme évoqué ce sont davantage les difficultés de médiation liées à la mort d'une adolescente qui ont forcé à mettre un terme aux actions (cf. **Encadré 4**, *supra*). Néanmoins les équipes n'ont pas mis fin pour autant à leur action auprès des publics rencontrés pendant ces quelques mois. D'un point de vue épidémiologique, la fin de l'année 2020 et l'année 2021 ont été marquées par une alternance de périodes de fortes et plus faibles incidences. Alors que la situation sanitaire va en quelque sorte s'installer dans le paysage médico-social, l'un des enjeux pour l'ARS du maintien des équipes mobiles formées au printemps va être de continuer à gérer et prévenir des clusters au rythme des vagues successives. Par ailleurs, un autre élément important pour comprendre la mobilisation des RDS sur cette période est la reprise active des mesures de démantèlement des campements d'habitats précaires, parisiens et locaux. Comme l'a confirmé l'Observatoire des expulsions collectives des lieux de vie informels³⁰⁵, alors que le confinement et la prolongation de la trêve hivernale jusqu'au 10 juillet avaient contribué à limiter les expulsions sur la majorité du territoire national, l'été 2020 va marquer une reprise plus active des

³⁰⁴ Médecin coordinateur, RDS Sud, juin 2020.

³⁰⁵ Rapport annuel de l'Observatoire des expulsions de lieux de vie informels – Période du 1^{er} novembre 2019 au 31 octobre 2020. <https://www.observatoiredesexpulsions.org/fr/login#publications-wrapper>.

opérations de démantèlements et mise à l’abri. L’argument est notamment sanitaire, puisqu’il s’agit d’éviter la formation de clusters qui sont favorisées par les conditions de vie précaires. À Paris, dès le 29 juillet une opération d’évacuation d’un campement à Aubervilliers génère la mise à l’abri d’environ 1500 personnes³⁰⁶. Au niveau local, le démantèlement en octobre 2020 des deux gros squats qui avaient été au centre des mobilisations au printemps va augurer une période très active de résorptions de bidonvilles jusqu’à l’été 2021. Dans ce contexte sanitaire et politique, un grand nombre des interventions mobiles des deux RDS ont alors été articulées à la gestion de la crise épidémique et/ou à la mise en œuvre locale des politiques de démantèlement de campements et bidonvilles plus ou moins locaux.

Le **Tableau 10** ci-dessous présente une classification des actions « hors-les-murs » du RDS Sud entre l’été 2020 et septembre 2021 selon l’action réalisée et l’acteur initiateur de la mobilisation. Elle permet de dégager trois grands types d’actions répondant à des enjeux sanitaires et politiques différents : des actions de santé publique, des actions dites de « repérage » et des actions d’accompagnement à l’accès aux droits et aux soins.

Tableau 10. Classification des 84 interventions « hors-les-murs » du RDS Sud entre août 2020 et septembre 2021 selon le type d’action et l’acteur initiateur de la démarche.

Type d’activité Suite à sollicitation de	Santé publique		« Repérage »	« Sensibilisation » et accompagnement à l’accès aux soins	
	Dépistage Covid-19	Vaccination Covid-19		Evaluation /sensibilisation sanitaire et sociale collective	Situations individuelles
ARS	20	4	1		
Préfecture et ARS			4		
Partenaire de l’hébergement		6			
Partenaire médico-social		1	5	3	2
Réseau lui-même			9	17	12
TOTAL	31	19	19	34	

Réalisation : I.Siffert, 2022, à partir des données d’activités du RDS Sud en 2020 et 2021

Les termes de « repérage » et « sensibilisation » ont été repris au réseau lui-même dans la catégorisation de ses actions « hors-les-murs ». Les actions que nous avons appelées « situations individuelles » correspondent à des actions dites de « sensibilisation » qui correspondent à des déplacements pour des situations individuelles : accompagnement vers un service de santé, éducation thérapeutique, remise d’un résultat ou de matériel pour une personne ou une famille. Il apparaît alors que le RDS initie plutôt autour de l’accès aux droits et aux soins et l’ARS sur les actions de dépistage et vaccination. Les missions de repérage sont davantage partagées.

Les actions de santé publique en structure d’hébergement ou sur des squats et bidonvilles ont été sur cette période essentiellement des actions de dépistage du COVID 19, puis à partir de juin 2021, de la vaccination. Ces actions ont été principalement sollicitées directement par l’ARS, marginalement

³⁰⁶ Données issues d’un article publié par le quotidien *Le Monde* le 29 juillet 2020 sur la base de la dépêche AFP. https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/07/29/seine-saint-denis-la-police-evacue-le-vaste-campement-de-migrants-d-aubervilliers_6047564_3224.html

directement par les partenaires de l'hébergement (pour la vaccination uniquement). Elles sont venues répondre à deux contextes : d'une part lors de la remontée par un centre d'hébergement d'un cas positif, suite à laquelle l'ARS sollicitait les réseaux pour effectuer dans un délai le plus bref possible un dépistage collectif; d'autre part des opérations de mise à l'abri où la commande est alors d'effectuer un dépistage des personnes à leur arrivée dans les structures d'accueil. Par exemple, les deux réseaux ont été mobilisés par l'ARS Île-de-France dans l'évacuation très importante d'un campement installé à Saint-Denis le 17 novembre 2020³⁰⁷. L'infirmière du RDS Sud passa la journée à effectuer des tests de dépistage sur deux centres d'hébergement d'urgence tandis que 2 membres du RDS Nord sont intervenus dans un hôtel du territoire en soutien à une équipe envoyée par l'ARS. On retrouve ici l'esprit des interventions de veille sanitaire effectuées par les réseaux dans les mises à l'abri depuis 2015, néanmoins recentrées ici essentiellement sur la détection de la Covid-19.

Ce que l'équipe du RDS Sud a appelé les actions de repérage correspondent à une première visite sur un bidonville ou un squat encore inconnu, plus rarement un hôtel. Il s'agit d'entrer en contact avec les habitants pour se faire connaître, évaluer l'effectif et repérer d'éventuelles problématiques médico-sociales. Il s'agit ici d'une forme de veille territoriale, étroitement associée aux actions de démantèlement des squats et bidonvilles sur le territoire, qui vise à identifier les lieux de réinstallation suite à la résorption de précédents bidonvilles. L'enjeu est aussi bien souvent de retrouver des personnes déjà connues mais perdues de vue suite à des démantèlements ou une mise à l'abri à l'hôtel et dont les situations de santé étaient préoccupantes. La classification de ces actions de repérage selon l'initiateur de la démarche montre qu'elles sont majoritairement à l'initiative des équipes elles-mêmes et que les équipes peuvent aussi compter sur leurs partenaires sociaux ou médico-sociaux pour cette action de veille. Il s'agit de partenaires impliqués dans l'accompagnement de personnes vivant en bidonville (collectif RomEurope, MRAP, équipe mobile psychiatrie précarité). On observe néanmoins que sur cette période, 5 parmi les 19 actions de repérages faisaient suite à une demande de la Préfecture et/ou de l'ARS. Dans ces contextes, les repérages s'inscrivent alors dans le cadre de la préparation de démantèlement : alors que la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) missionne des associations gestionnaires d'hébergements sociaux pour recenser des familles et leur proposer un hébergement, l'ARS missionne parallèlement les équipes mobiles des réseaux pour effectuer des évaluations sanitaires et notamment identifier des situations qui justifieraient des mises à l'abri prioritaires. À partir de la fin de l'année 2020, l'ARS départementale s'est mise à transmettre directement à l'infirmière coordinatrice du RDS Sud une extraction des données de la plateforme numérique Résorption Bidonvilles³⁰⁸ dans la perspective de faciliter des interventions sur les bidonvilles et squats émergents sur le territoire. Cette pratique témoigne d'une implication croissante de l'ARS dans les politiques de résorption des bidonvilles qui se reporte alors directement sur les missions demandées à ses opérateurs. Entre prospective des besoins, recherche de patients vulnérables

³⁰⁷ Il s'agit de la soixante-sixième opération de démantèlement d'un camp de grande ampleur sur la capitale depuis le printemps 2015. Entre 2500 et 3000 personnes auraient été évacuées vers 26 centres d'accueil et gymnases répartis sur l'ensemble de la région Île-de-France https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/11/17/evacuation-d-un-important-campement-de-migrants-au-pied-du-stade-de-france-a-saint-denis_6060013_3224.html.

³⁰⁸ Outil numérique conçu par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), pour faciliter le suivi de la formation de bidonvilles entre les différents acteurs (associations, collectivités...) impliqués dans les politiques de résorption et relogement. <https://resorption-bidonvilles.beta.gouv.fr/> « Outil d'information, de partage et de pilotage pour accélérer la résorption des bidonvilles »

en situation d'instabilité résidentielle, et préparation indirecte des opérations de démantèlement, ces actions de « repérage » servent des enjeux différents selon l'acteur qui les sollicite.

Enfin les actions de « sensibilisation » et accompagnement vers les soins correspondent à des interventions sur les lieux d'habitat précaire visant à se faire connaître des populations et proposer un accompagnement dans les démarches d'accès aux droits. En pratique, il s'agit d'interventions de 2 à 3h pendant lesquelles l'infirmière coordinatrice du « hors-les-murs » et un travailleur social, très ponctuellement accompagnés d'un médecin, se rendent sur un squat ou un campement pour répondre aux demandes médicales des personnes et lancer des démarches d'accompagnement à l'accès aux droits. L'infirmière réalise des prises de constantes et surtout oriente les personnes vers les services de soins gratuits. Le travailleur social fait le point sur la situation des droits et quand nécessaire, récupère des documents. Nous avons distingué au sein de cette catégorie les actions faisant l'objet d'un accompagnement individuel et justifient alors des déplacements pour une personne ou une famille : pour effectuer un accompagnement vers des services de santé, pour de l'éducation thérapeutique ou un suivi de maladie chronique. Ces actions sont majoritairement à l'initiative du réseau lui-même. Ponctuellement ces actions peuvent faire suite à des signalements de partenaires (EMPP, Samu social, CCAS...), à l'image par exemple d'une intervention dans un hôtel pour une femme avec un nourrisson signalée par la Maison des solidarités. L'infirmière s'est rendue à l'hôtel lui distribuer du matériel d'hygiène et de puériculture. Cet exemple et de façon générale les signalements pour des situations individuelles renvoient à un rôle de samu médico-social qu'endossent ponctuellement ces équipes, se substituant d'ailleurs parfois aux équipes officielles du Samu social, ou à celles chargées de l'accompagnement social à l'hôtel. Ces actions viennent aussi répondre à l'augmentation de la visibilité du réseau auprès de partenaires. Comme a pu l'expliquer l'infirmière, le maintien d'une activité de consultations « hors-les-murs » sur les squats du territoire est en partie motivée par la crainte d'une saturation de la consultation hebdomadaire par les habitants :

« À [ville où il y a un squat], on voudrait continuer des interventions environ une fois par semaine pour répondre aux besoins, les envoyer faire des bilans, remettre aussi les résultats. Patrick [le directeur] est inquiet que tout le monde vienne à la consultation du jeudi. Moi je lui ai dit qu'il fallait trouver du temps médical dans ce cas, car sans ça ne me paraît pas possible. Il m'a dit qu'il allait chercher du côté des médecins bénévoles ».³⁰⁹

On retrouve à nouveau l'argument de réguler par « l'aller-vers » la demande auprès des autres dispositifs de consultations sédentaires. Il est intéressant de se demander ce qui provoque cette inquiétude. Est-ce la peur de devoir refuser du monde à la consultation ? Comme nous l'avons vu dans le chapitre 5, ce qui provoque l'inconfort des professionnels est moins le fait de devoir refuser des personnes, auquel ils sont largement habitués, que l'enjeu de distribution de la ressource limitée (ici les places à la consultation hebdomadaire) entre différentes catégories de demandeurs qu'ils identifient et construisent (migrants isolés, familles, Roms, MNA...). Nous avons vu que cet enjeu de « répartition équitable » justifie même parfois la mise en place de certaines règles d'admission voire de quotas (Cf. Chapitre 5, partie 3). Ici, l'inquiétude du directeur semble venir de l'hypothèse que si l'équipe arrête d'aller sur les squats, alors les habitants viendront à la consultation et prendront toutes les places. L'incitation à continuer les interventions sur les squats en miroir d'une crainte de saturation confirme comme l'action « hors-les-murs » est une variable d'ajustement supplémentaire dans ces

³⁰⁹ Infirmière, RDS SUD septembre 2020

enjeux de répartition des ressources médicales rares. « Aller-vers » permet de compenser les insuffisances des services fixes en même temps que de réguler leur sollicitation : limiter la demande, justifier la mise en place de quotas. Le sous-dimensionnement chronique des services sédentaires entretient cette fonction ambivalente des interventions mobiles entre création et régulation de la demande en soin.

Cette typologie d'actions « hors-les-murs » entre l'été 2020 et l'automne 2021 est loin d'être complètement nouvelle. En effet, les équipes ont toujours effectué des actions de santé publique de vaccination et de dépistage en collaboration avec le CeGIDD. De même le repérage des besoins des populations du territoire en se rendant sur les lieux de vie est une démarche inscrite au répertoire des deux RDS. Avec sa « mission bidonville » depuis 2012, le RDS Nord en particulier est confronté depuis de nombreuses années aux politiques de résorption des bidonvilles et à ses effets sur le suivi médico-social. Il ressort néanmoins de cette période une part très importante d'actions de santé publique par rapport à la routine habituelle. On retrouve également une articulation croissante de certaines actions avec les politiques de résorption des camps, sur laquelle nous reviendrons plus loin. En 2020, les réformes du Ségur de la santé sont venues confirmer l'institutionnalisation des interventions mobiles comme outils du répertoire d'action ordinaire en affirmant cette double fonction de l'intervention hors-les-murs, entre démarche prospective de repérage des besoins et contrôle sanitaire.

2.3. De la gestion de crise au Ségur de la santé : vers l'institutionnalisation de l'intervention mobile dans l'action auprès des exilés précaires

Le 17 mai 2020, alors que deux mois de crise sanitaire sur le territoire ont mis en lumière une crise plus globale, financière et humaine, du système hospitalier français, le ministre des Solidarités annonce le lancement du Ségur de la santé. Il s'agit d'une consultation des acteurs du système de santé dans la perspective d'une réforme globale de celui-ci. La concertation porte sur différents sujets comme la revalorisation des carrières, l'organisation des soins dans les territoires, la gouvernance et l'inclusion des soignants aux prises de décision, les innovations et la recherche dans le champ sanitaire, ou encore la lutte contre les inégalités de santé. En juillet 2020, elle aboutit à la signature des « Accords du Ségur de la Santé » autour de 33 mesures et la promesse d'un investissement inédit : 9 milliards d'euros pour la revalorisation des métiers et 19 milliards dédiés à différentes transformations du système de santé. Alors que la consultation a souligné le rôle des équipes mobiles dans la gestion de la crise auprès des populations précaires, la mesure 27, dédiée à la lutte contre les inégalités de santé a consacré la posture « d'aller vers » en attribuant 49,9 millions d'Euros, soit 40% de l'ensemble de son budget, au financement d'équipes mobiles. Cette mesure annonce d'une part le renforcement des équipes mobiles psychiatries précarité, d'autre part la création de 5 dispositifs médico-sociaux mobiles : les PASS mobiles, les appartements de coordination thérapeutique (ACT) « hors-les murs », les lits halte soins santé (LHSS) mobiles, les services de soins infirmiers précarité et les équipes mobiles santé précarité (EMSP). Par ces nouveaux dispositifs, le Ségur 2020 a entériné l'intervention mobile comme instrument d'action publique territorialisée dans l'action médico-sociale auprès des populations précaires. L'ARS IDF parlera d'ailleurs dans ses appels à projets de la création d'un « dispositif territorialisé d'aller-vers » avec comme enjeu de couvrir l'ensemble de la région par au

moins l'un de ces dispositifs mobiles³¹⁰. Ces nouveaux dispositifs confirment également comment la mobilité des équipes médico-sociales a bien vocation à s'étendre au-delà des contextes d'urgence sociale et sanitaire (à l'image des dispositifs de samu) et à s'inscrire comme un mode d'intervention ordinaire auprès des populations précaires.

2.3.1. Les équipes mobiles santé précarité, une mobilité entre « aller-vers » et gestion de crise

Dans le cadre de la mise en œuvre du Ségur, les deux réseaux de santé précarité seine-et-marnais ont été incités par la délégation départementale à déposer une candidature pour devenir équipe mobile santé précarité (EMSP). Si la définition officielle de ces équipes met en avant leur démarche prospective et leur rôle d'interface médico-sociale³¹¹, la vision de l'ARS de ces nouveaux dispositifs confirme en réalité leur positionnement ambivalent entre une réelle démarche « d'aller-vers » et une activité de santé publique au service des politiques migratoires :

« Notamment sur les équipes mobile santé précarité, nous on distingue deux types d'interventions : l'intervention de proximité, y compris par auto-saisine de l'équipe pour faire repérage, évaluation, orientation, le truc classique quoi. Et puis, à l'issue de la période d'épidémie de COVID, on s'est rendu compte qu'il y avait parfois des besoins de, nous, demander aux acteurs de déployer des actions de santé publique, collective, type dépistage. Pas que le COVID, ça peut se poser dans un certain nombre de situations. Mais ça veut dire aussi qu'il y a une régulation ARS. Donc vis-à-vis des acteurs, on va vous demander d'opérer sur un secteur, pour des actions précises, et en gros vous ne pourrez pas refuser quoi. On formalise un peu ce qu'il s'est passé dans le cadre du COVID avec des missions de santé publique à effectuer sur les territoires [...] Dans ma tête c'est très simple, ça peut-être des épidémies au sein de collectivités, de l'infectieux, où on dit aux équipes 'on a besoin de vous il va falloir vacciner, dépister, que sais-je'. Et puis aussi de temps en temps des opérations de type mise à l'abri de populations en squat ou campement dont on a aucune idée de l'état sanitaire. Donc on va dire 'écoutez on a 80 personnes qui viennent d'arriver, donc il va falloir se mettre en lien avec l'hébergeur, faire un état des lieux sanitaires de la situation de ces personnes, prendre en charge et diriger ceux qui ont des besoins relativement urgents, sécuriser un peu ça. »³¹²

Le « truc classique » décrit par la professionnelle de l'ARS correspond à une démarche proactive « d'aller-vers » visant à repérer des lieux où se sont installées des populations en situation de précarité sur le territoire afin d'aller y proposer soi-même une aide. L'autre type d'intervention correspond aux actions de santé publique (vaccination, dépistage) ou ce que les acteurs ont appelé eux-mêmes de la « veille sanitaire » dans des contextes de mise à l'abri ou la gestion d'événements sanitaires. Pour ce type d'action les EMSP semblent alors être envisagées comme des équipes mobiles de santé publique mais qui serait spécifique aux populations migrantes précaires dans la mesure où les CeGIDD endossent ces activités pour les autres populations précaires. Si l'interlocutrice relie directement

³¹⁰ L'ARS Île-de-France publie en juin 2021 un appel à manifestation d'intérêt intitulé « Prise en charge sanitaire des personnes très démunies par des équipes mobiles et mise en place d'un dispositif régional et territorialisé d'aller-vers » et en septembre 2021 un « Appel à projet pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité en Île-de-France ». Ces documents sont visibles sur le site de l'ARS IDF.

³¹¹ « Les EMSP permettent d'aller à la rencontre de personnes en situation de grande précarité, là où elles vivent, et de mettre en œuvre des modalités d'accompagnement dans une approche « d'aller-vers », quelle que soit leur situation administrative. Ces équipes dispensent des soins adaptés, réalisent des bilans de santé, concourent à l'éducation à la santé des personnes accompagnées, proposent un accompagnement global adapté aux besoins des personnes. Elles ont un rôle d'interface avec les acteurs du champ sanitaire, médico-social et social, assurent des actions de prévention, de médiation et de prise en charge globale pour favoriser l'orientation des personnes vers les établissements, services et professionnels adaptés. Elles peuvent intervenir dans le cadre de permanences délocalisées au sein de structures sociales ou médico-sociales et y dispenser des actions de formation ou des actions de sensibilisation » (Appel à projet pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité en Île-de-France, ARS Île-de-France, septembre 2021).

³¹² Représentante de l'ARS départementale, septembre 2021.

l'institutionnalisation de ce nouveau type de mission au contexte du COVID – 19, alors apparu comme le révélateur de besoins particuliers et très rapides, l'analyse des activités « hors-les-murs » des deux réseaux de santé a bien révélé que ces activités ne sont pas nouvelles. Ces EMSP représentent moins une innovation qu'une manière d'affirmer la régulation par l'ARS des actions de santé publique commandées aux acteurs, et notamment celles liées aux opérations de démantèlements de camps et mises à l'abri. En effet, alors que l'interlocutrice de l'ARS suggère que les acteurs seront a priori laissés très autonomes sur leurs démarches de repérage, l'insistance sur le fait qu'ils ne « pourront pas refuser » ces interventions, même en dernière minute, est révélatrice du poids des enjeux politiques qui y sont associés. Derrière cette régulation de l'ARS se trouvent les demandes de la Préfecture et de la DDCS pour assurer une surveillance médico-sociale lors des opérations de mise à l'abri ou sur les campements que l'ARS reporte sur ses « opérateurs ».

L'équipe mobile sanitaire régionale et désormais les EMSP représentent une mise en mobilité de l'action médico-sociale en réponse à l'évolution des besoins sur le territoire et notamment aux logiques de répartition territoriale des politiques migratoires. En entretien, la directrice du pôle prévention et promotion de la santé de l'ARS départementale a explicité une logique de graduation du niveau d'intervention selon les territoires, au regard des logiques de répartition territoriale des exilés, et dans un contexte de ressources limitées :

« Vue la taille du département, vue la répartition de la demande – y a quand même une concentration de structures AHI, asile et de squats – on a des secteurs où on va avoir besoin d'une offre globale complète, et des secteurs, notamment sur l'est du territoire, où on sait très bien qu'on n'aura pas les moyens de mettre aussi des équipes. Et donc on demandera aux acteurs d'être capables de porter sur ces secteurs des actions de santé publique ou des missions d'évaluation de première ligne d'urgence. »³¹³

Rappelant les importantes inégalités territoriales dans l'offre de soins (chapitre 1, partie 2), cet extrait illustre comment les équipes mobiles doivent permettre de couvrir les territoires non couverts par des services fixes, à intervenir dans les interstices de la territorialisation sanitaire et combler les nouveaux besoins liés à l'accueil d'exilés sur le territoire. En effet, derrière l'anticipation de « missions d'évaluation de première ligne d'urgence », la représentante de la délégation départementale projette des futures opérations de mise à l'abri et l'ouverture de nouvelles structures d'hébergement sur la façade rurale du territoire. Au-delà d'une extension des secteurs d'intervention, c'est finalement un secteur d'intervention à géométrie variable qui caractérise ces nouvelles équipes mobiles. À l'image de l'équipe mobile régionale, ces équipes sont envisagées comme des variables d'ajustement de l'offre médico-social du territoire à l'extension spatiale du DNA et/ou des opérations d'évacuation et de mise à l'abri vers différents lieux d'hébergement (hôtels sociaux, gymnase...). Avec les EMSP, l'ARS formalise à une échelle plus locale, infra-départementale, des équipes mobiles sur le modèle de l'équipe mobile sanitaire migrant régionale : flexibles, spécialistes des publics migrants en situation précaire, mobilisables selon le calendrier politique et les événements sanitaires.

Par ailleurs la multiplication des dispositifs mobiles par le Ségur affirme le développement de l'intervention mobile au service de la régulation de la demande par les populations précaires exilées :

³¹³ Directrice du pôle prévention et promotion de la santé, ARS départementale, septembre 2021

« L'idée d'une PASS mobile c'est « aller-vers » pour ramener vers les PASS. Il ne s'agit pas de soigner les gens dans la rue mais d'avoir une première approche, un premier contact. S'il y a une petite blessure on ne va pas s'empêcher de mettre un pansement, mais l'idée c'est d'être un moyen de raccrocher les gens vers les dispositifs de droit commun. Et ça peut aussi être à notre demande, d'aller faire une campagne de dépistage, une campagne de vaccination. Donc là ça peut avoir du sens aussi. En campement Roms par exemple. On ne va pas faire venir tout un campement rrom aux urgences ou à la PASS, ça n'aurait pas de sens. L'aller-vers permet de traiter sur place »³¹⁴

Cette remarque d'une représentante de l'ARS contient une ambivalence : « il ne s'agit pas de soigner dans la rue...mais cela permet de traiter sur place ». En même temps qu'elle rappelle la vocation théorique des interventions mobiles à « faire venir », notre interlocutrice exprime les limites de cette ambition : en contexte de grand nombre, il s'agit plutôt de traiter sur place. Elle suggère alors la vocation de cet « aller-vers » à justement, ne pas « trop » faire venir.

Ces équipes mobiles santé précarité, et de façon générale les dispositifs créés par le Ségur de la santé 2020, incarnent l'institutionnalisation des équipes mobiles comme modalités d'intervention ordinaire auprès des publics précaires. Cette montée en puissance de « l'aller-vers » dans le répertoire d'actions semble aller de pair avec une régulation plus affirmée des pouvoirs publics sur certaines actions. Synonyme d'une potentielle perte de leur liberté d'intervention dans les marges de la commande publique, c'est aussi cette régulation des pouvoirs publics qui inquiète les professionnels quant aux perspectives d'évolution de leurs activités.

2.3.2. Le Ségur vu par les professionnels : plus mobiles mais moins « d'aller-vers » ?

Comme le suggère cette réaction d'une travailleuse sociale au sujet de la conversion des réseaux de santé en équipe mobile santé précarité, l'enjeu qui se pose est de pouvoir maintenir leurs activités prospectives et d'accompagnement vers les soins face à la perspective d'une augmentation des sollicitations pour des activités de santé publique :

« Quand je suis arrivée au réseau le truc qui donnait le plus de sens à mon travail c'est le fait d'aller à la rencontre de ceux qui étaient les plus éloignés du soin et ne venaient pas vers nous. Aujourd'hui j'ai l'impression de consacrer mon temps à accompagner des personnes qui sont déjà dans des circuits de prise en charge et devraient être accompagnés dans le cadre de leur hébergement. Maintenant que l'ARS veut nous enlever la coordination des parcours de soins, qu'est-ce qu'il nous reste ?[...]. Ils sont en train de nous enlever des choses pour nous confier des missions genre dépistage, vaccination...mais nous on s'en fout de ça. »³¹⁵

Davantage qu'une réelle mission d'aller-vers, la travailleuse sociale voit dans le dispositif des EMSP une mission de substitution à d'autres services, notamment des CeGIDD qui sont les porteurs habituels des missions de dépistage et de vaccination. Elle exprime la crainte de s'éloigner des démarches médico-sociales proactives auprès des personnes les plus marginalisées et d'agir non plus en réponse à la non demande des populations mais essentiellement à des demandes de partenaires. Cette crainte de transformation de son activité vers une mission de santé publique est associée à celle de perdre sens à son métier. Cette remarque nous renvoie au fait que les démarches proactives à la rencontre des personnes marginalisées, même quand elles sont minoritaires dans le travail, occupent une place importante dans la conception vocationnelle de leur métier et alimentent fortement l'engagement des

³¹⁴ Représentante de l'ARS Île-de-France, juin 2021.

³¹⁵ Assistante sociale, RDS Nord, juin 2021.

intervenants, qu'ils soient professionnels ou bénévoles (Ravon et al, 2000). Elles incarnent notamment une forme de liberté d'action, dans les marges de la mission de routine et/ou de la commande publique. Le sociologue Cyprien Avenel analyse l'intérêt croissant pour les démarches « d'aller-vers » comme une réaction à la bureaucratisation de l'action médico-sociale, à la superposition des dispositifs et des guichets administratifs pour « retrouver le service de la relation dans la relation de service » (Avenel, 2021). Les actions sur les lieux de vie des personnes seraient une manière pour les professionnels de l'action médicale ou sociale de se réancrer sur le terrain là où les démarches administratives les en auraient éloignés. Ce qu'exprime ici la travailleuse sociale au sujet du nouveau dispositif d'équipe mobile santé précarité est alors paradoxalement le sentiment inverse. Derrière la revendication « d'aller-vers », elle voit la perspective d'une régulation plus forte par l'ARS et d'une orientation plus affirmée de ses actions vers des missions de santé publique, au détriment des démarches de lutte contre le non-recours aux soins. Pour les professionnels, ces dispositifs représentent une forme de détournement de la posture « d'aller-vers ». On retrouve aussi l'expression d'un décalage avec l'ARS dans la conception de ce qui fait sens pour les acteurs. Face à la crainte de s'éloigner de son engagement vocationnel, cette même travailleuse sociale a alors exprimé une volonté de résistance institutionnelle, c'est-à-dire de son association, envers leur principale tutelle. « *L'ARS s'en fout de l'action de long terme qu'on fait auprès des populations. Du coup on va rechercher d'autres financements pour pouvoir faire les activités qui ont de l'importance pour nous* »³¹⁶. Cette volonté associative de rechercher de nouveaux financements témoigne d'un désir d'émancipation de l'ARS et plus généralement de la régulation gouvernementale de ses activités.

Cette seconde partie centrée sur la mobilisation dans la gestion de l'épidémie de Covid-19 nous a permis d'analyser que celle-ci n'a pas réorienté mais plutôt exacerbé, entériné et institutionnalisé des logiques déjà visibles depuis 2015 dans les mobilisations des équipes dans les évacuations de campements et les ouvertures des structures d'hébergement du DNA. En renforçant le poids des interventions de santé publique dans l'activité des réseaux, le contexte de gestion épidémique a participé à remettre au premier plan les priorités de surveillance sanitaire dans la prise en charge médico-sociale des personnes migrantes en situation précaire, réactualisant l'approche hygiéniste de la « santé des migrants ». Au-delà de la mobilisation particulière dont elle a fait l'objet, nous avons vu que la gestion de crise a conduit, via la réforme du Ségur de la santé dont elle est partiellement le fruit, à consacrer « l'aller-vers » dans les politiques de lutte contre les inégalités de santé. La mesure 27 du Ségur est ainsi venue institutionnaliser une dynamique de mise en mobilité des acteurs médico-sociaux dédiés aux populations précaires. Sur le modèle de l'équipe sanitaire régionale migrants, le remplacement (financier en tout cas) des RDS en équipes mobiles santé précarité incarne un développement de l'intervention mobile au service des dynamiques de répartition territoriale des exilés et de logiques de gestion de « crise », qu'elle soit épidémique et/ou relative à l'accueil des exilés.

L'intensification des politiques de résorption des bidonvilles locaux et des campements parisiens s'est traduite par une implication croissante de l'ARS dans la mise en œuvre locale des politiques migratoires. L'implication de la Préfecture dans les commandes d'interventions via l'ARS ou parfois directement auprès des équipes médicales témoigne de l'évolution des rapports de force des politiques

³¹⁶ *Ibid.*

migratoires sur la mise en œuvre des politiques sanitaires. Dans quelle mesure assiste-t-on alors à un gouvernement du sanitaire par les politiques migratoires ? Quelles conséquences pour les professionnels dans leurs interventions ? En revenant sur les difficultés de médication rencontrées par les équipes dans certains contextes d'intervention sur les lieux de vie des personnes, nous allons nous concentrer sur les enjeux et difficultés de positionnement que rencontrent les professionnels médico-sociaux face à l'articulation de leurs interventions avec les politiques migratoires.

3. Les vertiges du pouvoir de l'« aller-vers » face aux politiques migratoires

La montée des discours, pratiques et politiques répressives de l'immigration, et particulièrement des exilés en situation précaire, accroît les tensions qui pèsent sur les bénévoles et professionnels de l'action sociale et médico-sociale, pris en étau entre leur éthique professionnelle et l'encadrement de leur mission par les services publics (Bouquet & Jaeger, 2011). C'est ce qu'illustrent notamment les polémiques autour de la reconnaissance d'un « délit de solidarité », expression renvoyant à la pénalisation des citoyens venant en aide aux personnes étrangères en situation irrégulière³¹⁷. Nous supposons que ces tensions sont exacerbées en contexte d'intervention « hors-les-murs ». En effet, dans la mesure où les intervenants se retrouvent directement sur les lieux où se jouent les politiques « d'ordre public » relevant de la régulation des populations exilés (démantèlements de campements, mise à l'abri), l'acte de soin n'est plus intermédié par un lieu politiquement neutre que serait le cabinet médical et peut au contraire se trouver articulé à ces politiques. Ainsi cette partie s'inscrit dans les réflexions sur les tensions traversées par le travail social ou médico-social face à des commandes publiques de plus en plus ambiguës entre accompagnement et gestion des flux migratoires (Hamidi & Paquet, 2019) et s'intéresse aux enjeux de positionnement des professionnels de l'action médico-sociale en situation d'intervention « hors-les-murs ». Comment ces acteurs chargés de la mise en œuvre des politiques publiques, tributaires des ressources et des logiques de l'État, négocient-ils leur position sur le terrain, leur « posture de proximité » (Roche, 2005) alors que se jouent sur leurs espaces d'intervention des procédures politiques dépassant largement la question du soin ? Quelle perception de leur « pouvoir d'agir » ?

3.1. Intervenir sur les lieux de vie des exilés, une démarche qui expose à des situations déstabilisantes

Si l'intervention sociale ou médico-sociale sur les lieux de vie des personnes est couramment associée à une posture de contrôle et de vérification des conditions de vie, elle expose pourtant les intervenants à des situations où ils n'ont pas du tout le contrôle de ce qui se passe. Comme l'écrit Agnès Gauthier au sujet de la visite à domicile, l'intervention hors-les-murs peut exposer les

³¹⁷ En France, la loi réprime l'entrée, le séjour et la circulation des personnes étrangères en situation irrégulière. L'aide apportée à ces migrants, notamment quand elle profite à des fins lucratives, de la détresse des migrants, peut constituer aussi une infraction pénale. Si le délit de solidarité n'a pas d'existence juridique, l'expression est apparue en 1995 à l'initiative du GISTI pour désigner le risque pour les militants des associations d'aide aux immigrés et autres citoyens de se voir mis en examen et condamnés pour aide au séjour irrégulier, au même titre que les organisateurs de filières d'immigration clandestine.

En 2018 l'affaire de Briançon qui avait mené à la condamnation de 7 militants à des peines allant jusqu'à quatre mois de prison ferme et huit mois avec sursis pour avoir facilité l'entrée en France d'une vingtaine de migrants a vivement relancé les polémiques sur le « délit de solidarité ».

intervenants à une forme de mise en danger de leur position et leurs repères. Ils doivent faire face à des événements imprévus, et des situations auxquelles ils ne sont généralement pas préparés (Gauthier, 2010). En effet, contrairement au bureau ou au cabinet, le domicile ou tout autre lieu de vie est un espace dont ils ne maîtrisent pas le fonctionnement et les activités qui s'y déroulent. Dans cette expérience d'immersion sur un lieu de vie, certaines situations peuvent alors être déstabilisantes et remettre en question les intervenants dans leurs capacités d'action. Le sociologue Pierre Roche parle de « malaises dans la proximité » (Roche, 2005) pour caractériser l'expérience de travailleurs sociaux auprès de jeunes usagers de drogues lorsqu'ils sont confrontés à des activités de revente. Il analyse alors une diversité de sentiments exprimant l'inconfort moral des professionnels face à des situations dépassant largement leur contrôle : crainte de transgresser, d'être sanctionné, complicité, mais surtout impuissance et illégitimité. Nous avons retrouvé de tels « malaises » dans l'expérience des équipes médico-sociales auprès des exilés.

Dans l'intervention auprès des exilés précaires, ces situations relèvent notamment de la confrontation à l'illégalité, relativement aux situations d'irrégularité de séjour et d'occupation illégale de l'espace. Pour les intervenants, l'occupation clandestine de l'espace est par définition banalisées sur les campements d'habitat précaire et les squats, qui font très régulièrement l'objet de procédure d'expulsion ; en revanche elle se joue différemment en structure d'hébergement. À l'image de la situation évoquée par cette infirmière dans le cadre d'intervention de dépistage Covid en structures d'hébergement, ce sont parfois les interventions médico-sociales qui amènent à révéler des situations d'occupation clandestine (suroccupation, prêt de sa chambre à un tiers...) en hébergement social, plaçant l'intervenant dans une position inconfortable :

« Après y a eu des découvertes dans le sens où parfois devait y avoir qu'une personne dans la chambre et en fait y en avait 3 ou 4. Donc ça a posé quelques soucis puisqu'ils n'avaient pas le droit de faire dormir des gens. Y en avaient qui étaient partis au bled et leur enfant était venu et avait pris sa place... Bref y a eu des découvertes, dans le sens où le directeur découvrait en même temps que moi. Donc il prenait l'identité etc... Il ne les mettait pas dehors parce que de toute façon, c'était pas possible, et puis c'était pas leur politique. La consigne on le disait bien ce n'était pas que des gens soient mis dehors au contraire, c'était que tout le monde soit vu. Donc après vous verrez ça après le covid...tranquillement. »³¹⁸

Dans cette situation, le malaise de l'infirmière ne provient pas tant de l'illégalité de la situation que du fait que c'est son intervention qui a conduit à la connaissance de la situation par le directeur du centre d'hébergement. Face à la crainte que l'intervention conduise à une expulsion, l'insistance sur la consigne de « ne pas mettre dehors » vise alors à déresponsabiliser son intervention d'une décision dont elle n'aura dans tous les cas pas le contrôle. Mais les situations déstabilisantes pour les intervenants sont surtout celles où ils évaluent, suspectent à tort ou à raison, des situations de vulnérabilité, des risques pour autrui et/ou pour eux-mêmes. C'est ainsi que cette même infirmière me rapportait une intervention dans un centre d'hébergement où elle a eu l'intuition d'une situation de soumission des résidentes au gestionnaire de la structure :

« Ici j'ai senti qu'il y avait quelque chose. Et j'étais pas la seule, Emeline [collègue du CeGIDD] était avec moi ce jour-là et elle était d'accord. Je lui disais, je sens qu'il y a quelque chose qui n'est pas...bien. Tu vois je sais pas comment expliquer ça, mais j'avais l'impression que le mec couchait

³¹⁸ Infirmière en PASS et au CeGIDD, ayant participé l'équipe mobile précarité covid avec le RDS Sud, juillet 2020.

*avec les femmes dedans... Je sais pas. C'était mon ressenti. Mais qu'est-ce que tu veux que je dise quelque chose ? ...J'étais là pour les tests covid... Et, tu vois, personne de la structure n'a rien dit...Je veux dire, aucune femme ne m'a avoué des choses ».*³¹⁹

Cette situation est dérangeante car l'a exposée à la vulnérabilité des femmes rencontrées, et l'a confrontée à une responsabilité inhabituelle ne relevant pas de la question du soin. Ce qui crée l'inconfort est aussi de manquer d'information, d'être dans l'incertitude. L'infirmière suggère ici qu'elle a discuté avec sa collègue de la situation mais qu'elle n'a pas cherché à en savoir plus pour confirmer ou infirmer son intuition, qu'elle justifie par une illégitimité à investiguer depuis sa position d'intervenante médicale.

J'ai retrouvé ce même sentiment d'illégitimité lors d'une maraude réalisée avec l'équipe de l'un des RDS sur des squats occupés par des familles originaires de Moldavie. Lors de cette maraude, nous avons fait l'expérience d'une défiance particulière de la population qui n'a autorisé qu'une personne à pénétrer à l'intérieur du squat. Après être restée environ 15 minutes à l'intérieur, celle-ci était ressortie très perturbée par une situation dont elle avait été témoin, éveillant en elle de l'inquiétude. L'**Encadré 5**, extrait de mon journal de terrain reprend le débriefing de la maraude entre les professionnelles et illustre la remise en question des intervenantes dans leurs capacités d'action.

Encadré 5. Extrait de journal de terrain, mars 2021 : sentiments d'impuissance et d'illégitimité dans l'intervention sur un squat

Cet extrait est issu du débriefing d'une maraude effectuée sur un squat avec l'un des deux RDS et une association partenaire que nous appellerons ici Un Habitat pour tous ; spécialisé dans l'accompagnement vers l'habitat et le logement des populations sans domicile fixe. La réunion a lieu dans les locaux du réseau environ 30 minutes après l'intervention sur le squat. Nous sommes 4 participantes : Caroline, chargée de prévention et Marine, infirmière au RDS, Victoria, chargée de mission et interprète russophone pour l'association Un Habitat pour tous, et moi-même.

Victoria commence à raconter ce qu'il s'est passé lorsqu'elle a pu rentrer seule dans le squat. Elle commence par expliquer que beaucoup de gens se sont cachés lorsqu'elle est entrée, rendant difficile de savoir combien de personnes il y avait. Elle a été reçue à l'étage par Pedro* un homme qu'elle connaissait déjà et qui semble être un des chefs du squat. « *Mais il y a le monsieur agressif de l'accueil qui est resté à côté de nous comme un garde pour écouter tout ce qu'on disait. Je n'étais pas à l'aise* ». Détaillant son échange avec Pedro, elle revient sur les difficultés de communication avec lui « *Il n'a pas été agressif mais il ne voulait rien dire de précis. Il a insisté sur le fait que seule moi pouvait rentrer, qu'il ne voulait pas que les autres viennent* » [...] « *Mais je sens qu'il se passe des choses bizarres dans ce squat, c'est la première fois que je ressentais ça* ». Elle revient alors sur ce qu'elle a vu dans une pièce à côté, qu'elle ne comprenait pas : « *Il y avait des blancs, pas des Roms. Il y avait des femmes blondes qui faisaient la queue pour rentrer dans une pièce [...] Je suspecte qu'il y a des réseaux. Je ne sais pas de quoi, mais il y a des choses peut-être sombres qui se passent dans ce squat* »

Caroline (chargée de prévention) fait remarquer qu'elle a l'impression d'avoir pu faire encore moins de choses que la dernière fois où elles y étaient allées, où l'équipe avait pu descendre et parler avec quelques personnes. « *Aujourd'hui il y avait moins d'agressivité mais vraiment une mise à distance [...] C'est peut-être à cause de ce que tu décris* ».

³¹⁹ Ibid.

Marine (infirmière) partage le fait qu'elle est « très mal à l'aise » avec la situation et le récit fait par Victoria : « *Je me demande comment on doit réagir... Quelle est notre marge de manœuvre ?* » Ce à quoi Victoria répond : « *Oui, que faire à notre niveau ? Qu'est-ce qu'on doit faire de cette information qu'on a* ».

Marine demande alors si elle ne connaît pas « *des associations qui connaissent mieux cette population et qui pourraient nous aider* ». Victoria évoque alors l'association Trajectoires, basée à Paris, spécialisée dans l'aide des populations migrantes habitant en bidonville et squats en France. Amandine qui connaît un peu l'association suggère de les contacter. Victoria explique qu'elle va en priorité en parler à sa responsable, car elle pense qu'il y a « *quelque chose à faire rapidement* ». Elle est inquiète par rapport au fait que les personnes soient autant méfiantes. « *Ils ne disent rien...Est-ce qu'ils ont peur de quelque chose ?* ». Elle insiste sur la présence de personnes qui ne semblent pas faire partie de la communauté habitant le squat. « *On ne sait pas pourquoi ils sont là, est-ce qu'ils subissent quelque chose ?* ». Pour Marine et Caroline, il apparaît aussi nécessaire d'en parler avec le reste de l'équipe, notamment recueillir l'avis de la directrice et de leurs collègues travailleuses sociales. Marine revient sur la situation vécue quelques mois auparavant sur un autre squat où les deux équipes étaient intervenues dans le passé. Un Habitat pour tous était venue en particulier en aide auprès de deux jeunes, victimes de maltraitance par d'autres personnes du squat et qu'elle a réussi à sortir du squat. « *Comment vous aviez fait ?* »

Victoria : « *C'est vraiment du cas par cas, nous avons réussi à extirper les personnes du squat en les faisant venir à l'association et nous leur avons trouvé des solutions d'hébergement. Au niveau de l'équipe on n'a pas de protocole pour gérer ce genre de situation [...] Mais là ça me semble différent, j'ai l'impression que ce ne sont pas que des situations individuelles* ».

Victoria partage aussi le sentiment de n'être « *pas bien placée pour réagir face à ça* »

Caroline : « *Moi je me demande, est-ce que c'est notre rôle de faire quelque chose ? De prévenir les autorités par exemple ?* »

Marine : « *Oui, que faire à notre niveau en tant que soignant ?* ».

Les trois professionnelles échangent rapidement sur l'hypothèse de prévenir la police mais elles craignent que cela ne fasse qu'accélérer la procédure d'expulsion. « *Est-ce qu'ils vont vraiment s'intéresser à ce qu'il se passe ou juste saisir notre signalement pour expulser tout le monde ?* » s'exprime Caroline. Victoria rappelle alors que pour son association le positionnement est particulièrement compliqué car ils ne sont pas mandatés, en tout cas pas encore, pour agir sur ce squat. Ils interviennent sur leur initiative et budget propres. Alors que je demande si l'ARS pourrait les aider face à cette situation, Caroline me répond : « *L'ARS ils ne feront rien, ils se dédouaneront de toute situation dangereuse en disant qu'il ne faut pas qu'on y aille* ».

Après environ 20 minutes, elles décident de mettre fin au débriefing mais conviennent qu'une autre réunion entre les deux associations au complet serait sans doute nécessaire.

Les échanges entre ces professionnelles témoignent d'abord de l'inquiétude face à l'intuition d'une activité clandestine mal identifiée et semblant exposer des personnes à des situations de danger. Mais la discussion porte très rapidement sur la réponse que peuvent apporter les deux associations. Face à une responsabilité à agir (« *que doit-on faire de cette information* », « *il y a quelque chose à faire* »), les trois intervenantes expriment à la fois un sentiment d'illégitimité et d'impuissance. Comme pour l'infirmière citée plus haut, la légitimité d'intervention est remise en question au regard de la position que les professionnelles s'attribuent elles-mêmes : pour l'équipe du RDS car cela ne ressortirait plus de l'accès aux soins, pour la professionnelle d'Habitat pour tous dont l'association n'est pas mandatée officiellement pour intervenir sur le squat. L'impuissance est exprimée aussi à travers le sentiment de

ne pas être outillé pour réagir face à une situation inhabituelle et ne relevant pas directement de leur domaine d'action. Comme évoque la représentante de l'association, la situation lui semble dépasser les solutions que son association met habituellement en œuvre et la prise en charge au cas par cas des situations. L'évocation d'une institution plus spécialisée témoigne alors d'une volonté des agents de trouver des appuis plus compétents face au constat de leurs propres limites. On retrouve également l'expression du besoin d'en parler au sein de leurs associations respectives, prendre les conseils des collègues et notamment des responsables qui ont à la fois une expérience plus importante et sont des figures décisionnaires. Dans ces situations de désarroi professionnel, les agents cherchent refuge et repères dans leur institution. À ce titre Pierre Roche insiste sur le rôle des espaces de réflexion collective dans la gestion du travail de proximité et notamment dans les moments de « crise » (Roche, 2007)

Si les intervenantes se placent dans une recherche de solutions, l'impuissance est alimentée par le sentiment de ne pouvoir faire remonter leur expérience aux autorités. Ce sentiment s'appuie sur le présupposé que les autorités qu'elles pourraient alerter la police, au regard de la suspicion d'actes illégaux, ou l'ARS, en tant que principale tutelle, mais que cela apporterait une réponse non satisfaisante. Dans la mesure où les équipes médico-sociales se positionnent généralement en opposition des pratiques de la police et des décisions préfectorales envers les populations vivant en squat, la solution d'informer les autorités place particulièrement les agents dans des situations d'injonction contradictoire. Les professionnels sont partagés entre leur responsabilité vis-à-vis de situations de vulnérabilité et le fait qu'alerter la police signifierait potentiellement faire accélérer le processus d'expulsion, ce qu'elles ne souhaitent pas. Nous allons voir que ces difficultés de positionnement par rapport aux populations mais aussi aux autorités face à des situations dépassant largement la question du soin sont fortement alimentées par une peur d'être assimilés aux acteurs mettant en œuvre les politiques de résorption des camps et squats.

3.2. Négocier sa position de soignant dans un climat de défiance politique

Nous revenons ici plus spécifiquement sur l'expérience de l'équipe du RDS Nord auprès des populations moldaves vivant en situation d'habitat précaire sur le territoire car elle offre un observatoire pour analyser les enjeux de positionnement des professionnels face aux politiques migratoires. Alors que la fin de l'année 2020 a vu la reprise d'une politique active de démantèlement des camps et squats (re)formés sur le territoire, l'équipe du RDS Nord a tenté de multiples interventions d'approche des populations dans une perspective de proposer des évaluations sanitaires accompagner vers le soin. Mais à l'image de la situation rapportée dans l'**Encadré 5** ci-dessus, l'équipe a fait face à une montée des refus d'intervention et a expérimenté un sentiment de délégitimation au fur et à mesure de ses interventions, alors même que la demande en soin était initialement très forte. Nous nous appuyons dans la suite sur l'observation de deux réunions menées entre l'équipe du RDS et son partenaire Un Habitat pour tous, aux cours desquelles les deux associations ont exprimé leurs difficultés de médiation auprès de cette population et ont cherché à réfléchir à l'ajustement de leurs pratiques. Dans les échanges entre les professionnels, deux principaux facteurs sont ressortis dans l'analyse des difficultés de médiation rencontrées : d'abord une impression de ne pas répondre aux attentes des populations, puis surtout les difficultés à se positionner en tant que soignant par rapport aux politiques locales de résorption des camps et squats.

3.2.1. Du constat d'une médiation insuffisante...

Pour l'équipe du RDS, c'est d'abord le contexte d'intervention précipitée, répondant à une commande de l'ARS dans une temporalité de l'urgence sanitaire, qui a conduit à des difficultés de médiation avec les populations. En effet les équipes mobiles précarité covid ont subi directement la pression de l'ARS pour intervenir sans délai sur les deux squats identifiés comme cluster de contamination. Pour l'équipe, ce contexte d'intervention précipitée aurait conduit à produire une réponse médico-sociale à côté de la demande des populations :

*« Je voulais rajouter une chose dans l'historique. Lors du premier confinement, on a été mis sous pression par l'ARS pour intervenir très très vite sur le squat de [ville] qui était un squat contaminé où il y a eu plusieurs interventions des pompiers. Sauf que très vite on s'est rendu compte qu'on n'avait pas pris compte des choses essentielles : déjà, on a débarqué dans un lieu où les gens ne nous connaissaient pas, et même si on était médecin, ça n'a pas suffi à ce que les gens nous fassent confiance ».*³²⁰

*« Il y a un vrai décalage entre ce que nous on vise, répondre à l'accès aux soins de ces personnes qui ont des pathologies lourdes, et en fait leur priorité. Car on s'aperçoit que c'est pas forcément leur priorité quand on va les voir. Donc y a déjà un conflit dans la rencontre. »*³²¹

Les priorités des populations dont fait référence ici la chargée de prévention renvoient à des demandes sociales, notamment autour des démarches pour l'allocation de demandeur d'asile, les questions d'organisation de l'hygiène dans l'espace qui tendent à prendre le dessus sur l'accès aux soins dans les contextes d'habitat précaire (Bergeon & Hoyez, 2015), ou encore des demandes médicales concernant un accès à des traitements très spécifiques, souvent prescrits dans un autre pays, pouvant faire l'objet d'une addiction, et que les médecins ne souhaitent pas reconduire. Dans le contexte de la lutte contre le covid, l'équipe a eu l'impression de faire naître une demande supposant une réponse bien plus importante et bien plus large que celle à laquelle ils étaient venus répondre et largement au-delà de leurs moyens. Cela a conduit à une impression de répondre « à côté » des besoins exprimés par les populations, finalement ne pas répondre à une demande qu'ils sont pourtant venus provoquer. On retrouve là une des tensions inhérentes à la démarche « d'aller-vers » : la demande qui émerge n'est pas forcément compatible avec ce que les initiateurs sont en mesure d'apporter. Ici les acteurs se sont vite retrouvés en tension entre un objectif de santé publique (dépister, prévenir la diffusion de la covid) et les besoins de soins diverses et variées. Comme l'ont analysé déjà plusieurs travaux en sociologie de l'action sociale et médico-sociale (Bouquet et al., 2007, Gardella, 2017, Marques, 2018), les démarches proactives des soignants sur les lieux de vie des individus pose de façon particulière la question de l'adhésion aux soins. Aller à la rencontre de ceux qui ne demandent rien amène parfois à des refus d'aide, qui questionnent la légitimité des intervenants à continuer leur action, au risque d'être considéré comme du « sur-interventionnisme ». Ces refus de soin apparaissent alors d'autant plus difficiles à accepter que les initiateurs de la démarche d'aide ont connaissance de situations de vulnérabilité des personnes à qui ils proposent leur aide. Ainsi, pour l'équipe du RDS Nord ce sentiment d'échec de médiation auprès de la communauté moldave a été d'autant plus important qu'elle a une expérience importante « d'aller-vers » auprès des populations « Roms » :

³²⁰ Directrice du RDS Nord, réunion partenariale, avril 2021.

³²¹ Chargée de prévention du RDS Nord, réunion partenariale, avril 2021.

« Alors qu'on avait l'expérience à travers les maraudes auprès des populations Roms roumaines que ce travail auprès des populations nécessite du temps pour que la confiance s'établisse. Et tant que le lien n'est pas établi, y a pas de réel travail possible »³²².

La directrice suggère ici que son équipe connaît les enjeux de la mise en place d'une médiation progressive dans la réussite d'une démarche d'accompagnement vers les soins des exilés en situation de grande précarité. En contexte de situation d'urgence pandémique, poussée par la pression de l'ARS, elle a été contrainte d'agir sans prendre en compte ce savoir expérientiel.

3.2.2. ...A un sentiment d'instrumentalisation politique et de « mise en danger » par les pouvoirs publics

Pour l'équipe, la montée de la défiance des populations vis-à-vis de leurs activités est perçue comme une conséquence des politiques de résorption des squats et bidonvilles dans un contexte où le rôle des différents acteurs intervenants sur les campements n'est pas toujours clairement défini. Alors que l'acte de soin n'est plus intermédié par un lieu dédié lui garantissant une certaine neutralité politique, les soignants sont amenés à négocier leur position d'aidant dans le jeu des politiques migratoires qui se jouent sur les espaces où ils interviennent :

« On est face à une population extrêmement méfiante, pour le coup issue d'une histoire de persécution, toujours mal reçue là où elle se déplace, en plus avec tout ce passif qui grossit à chaque fois d'expulsions en réexpulsions. Les associations qui acceptent sont missionnées par les Préfectures pour recenser les personnes en vue d'une mise à l'abri à l'hôtel. Sauf que beaucoup de ces demandeurs d'asile sont en fin de procédure, sont susceptibles d'être expulsés du territoire, certaines ont reçu des OQTF, et donc un repérage représente pour ces familles un risque d'être mis en centre de rétention et expulsé du territoire. Donc se rajoute à la défiance naturelle des populations une méfiance par rapport au risque d'être mis en centre de rétention.»³²³

Ces difficultés de positionnement des soignants sur les campements menacés d'expulsion font écho aux analyses de Franck Enjolras sur les équipes sanitaires intervenant en centre de rétention administrative (CRA) : « Face à une population sous contrôle, angoissée, au devenir précaire, le corps médical négocie sa place entre le devoir de soins et la contrainte des lieux » (Enjolras, 2009). La « contrainte des lieux » désigne moins ici les caractéristiques spatiales des lieux que les relations sociales et les procédures administratives qui s'y jouent. Le sociologue analyse ainsi comment le climat de défiance dans ces lieux régis par les politiques d'expulsion des étrangers oblige les soignants à négocier sans cesse leur position, tant vis-à-vis des détenus que des autres intervenants en CRA au regard des décisions de l'administration pénitentiaire. Alors, de la même façon, les équipes médico-sociales intervenant sur les camps et squats sont confrontés à l'enjeu de clarifier leur position dans les opérations d'évacuation. Ce positionnement doit tenir compte à la fois des rapports sociaux au sein des populations, notamment l'influence des chefs de clan, ainsi que leurs interactions avec les acteurs des recensements : savoir si la Préfecture est déjà passée, savoir ce dont les populations sont informées ou non afin de pouvoir se positionner par rapport aux décisions politiques. Il s'agit aussi de préserver des liens de collaboration avec les associations mandatées pour les recensements, qui sont source d'informations précieuses, et préserver sa légitimité d'intervention auprès de la Préfecture et de l'ARS. Tout l'enjeu du positionnement des équipes est de garantir la neutralité de leurs interventions

³²² Directrice du RDS Nord, mars 2021.

³²³ Directrice du RD Nord, réunion partenariale, avril 2021.

par rapport aux procédures d'expulsion et aux agents qui les mettent en œuvre. En l'occurrence, l'équipe du RDS Nord a ressenti une mise à distance par les populations et une délégitimation de l'aidé médico-sociale :

« Normalement, ils ont une énorme demande d'accès aux soins, on pourrait penser qu'arriver avec des médecins pourrait les apaiser mais en fait pas du tout. Alors qu'au début ils étaient dans la demande de soins, maintenant ils ont une méfiance du soin. [...] Effectivement, on n'est plus dans la catégorie des alliés »³²⁴

On retrouve alors ici une remise en question générale de la légitimité professionnelle des soignants dans un contexte d'incertitude. Cette expérience est d'autant plus déstabilisante que les équipes médico-sociales font traditionnellement partie des acteurs dont la légitimité d'intervention est peu remise en cause, voire parfois la seule intervention légitimée dans un contexte de défiance des pouvoirs publics et des professionnels de l'action sociale (Fassin, 1996).

Dans ce jeu de légitimation de leurs interventions par rapport aux politiques de résorption des camps, les équipes médico-sociales ont alors exprimé la responsabilité des pouvoirs publics dans les difficultés de médiation qu'ils rencontrent :

« Dans quelle mesure le passage des associations avant résorption contribue-t-il à assimiler l'idée que les populations sont virées à cause du passage des associations ? Est-ce que ça ne contribue pas à entretenir ce niveau d'agressivité ? Dans quelle mesure on est utilisé par les pouvoirs publics ? Et est-ce que ça ne nous met pas en danger ? Maintenant quand on va sur les squats on est confronté à toutes les familles qui ont refusé le recensement, donc avec une méfiance exacerbée. Donc je pense que quelles que soient nos interventions il faut tenir compte de cette réalité, du rôle qu'on a fait jouer aux associations dans ce processus, depuis le premier confinement, et qui nous met dans des situations particulièrement inconfortables »
(Directrice, mars 2021)

La directrice dénonce comment son association serait mise en porte à faux par la proximité temporelle entre leurs interventions et les procédures d'évacuation. L'expression d'« utilisation par les pouvoirs publics » suggèrent un sentiment d'instrumentalisation. Elle dénonce l'utilisation des compétences de l'équipe pour mettre en œuvre les démantèlements. Ce sentiment d'être impliqué indirectement et contre leur gré dans la mise en œuvre locale des résorptions de camps s'inscrit dans un contexte, ou, comme nous l'avons vu, certaines interventions sont demandées directement par la Préfecture ou via l'ARS dans la perspective d'une évaluation sanitaire pré-évacuation. Les acteurs dénoncent aussi l'indifférence des pouvoirs publics quant à la dégradation de la relation d'aide suite à leurs interventions. Au-delà d'un sentiment de jouer le jeu des politiques migratoires, on retrouve l'expression de la responsabilité des tutelles étatiques dans l'insécurité à laquelle est exposée l'équipe dans les interventions directement sur les lieux de vie des populations. Si la « mise en danger » mentionnée ici renvoie d'abord à l'insécurité physique, au regard des agressions qu'on subies certains professionnels lors d'interventions, elle renvoie de façon plus globale à la détérioration des relations avec les populations et aux rejets que les professionnels ont expérimenté au fur et à mesure de leurs interventions.

Le positionnement par rapport aux politiques de résorption reste cependant ambigu. Face aux situations de vulnérabilité identifiées sur les camps et squats d'une part, aux difficultés dans la

³²⁴ Directrice du RDS Nord, avril 2021.

médiation auprès des populations, les politiques de démantèlement sont aussi, paradoxalement, perçues comme un levier d'intervention. Ainsi cette remarque de la directrice alors qu'elle dénonçait plus tôt une forme de manipulation par les pouvoirs publics dans les politiques de résorption suggère les tensions et contradictions qui traversent les agents dans leur perception des politiques publiques relatives aux populations migrantes :

« C'est compliqué parce qu'on se demande quel rôle on joue là-dedans, mais en même temps sans l'appui des pouvoirs publics, on s'aperçoit qu'il n'y a pas grand-chose de possible sans se mettre en danger. Ce que vous [= association Habitat pour tous] avez réussi à faire à Croissy Beaubourg, c'est parce que les pouvoirs publics avaient décidé de résorber et avaient mis en place les infrastructures. Nous quand on s'était présenté, en tant qu'association, sans être missionné, les familles avaient le choix de nous dire non. Alors que quand la DDCS et la Préfecture sont intervenues, ils n'ont pas eu le choix et c'est vrai que ça a permis de travailler des choses ».*³²⁵

On retrouve ici notamment l'aveu que les politiques de résorption de l'habitat précaire, qui ne donnent pas d'autre choix aux populations de partir des bidonvilles, peut aussi faciliter le travail des associations pour entrer en relation avec elles et les accompagner. En effet la professionnelle fait référence ici à une opération d'évacuation ayant mené au relogement de toute une famille d'un squat dans un centre d'hébergement d'urgence qui a alors permis une mise en relation avec l'équipe médico-sociale dans un cadre plus stabilisé.

Ces contradictions confirment les difficultés de positionnement des équipes soignantes non seulement par rapport aux populations mais aussi par rapport aux pouvoirs publics. De façon générale, les acteurs associatifs critiquent moins les politiques de résorption de l'habitat précaire que la manière dont elles sont mises en œuvre : le manque de moyens, en particulier pour reloger les populations, les temporalités de l'urgence qui ne permettent pas aux acteurs de mettre en place une médiation adaptée et durable, et enfin le manque de coordination et la mauvaise circulation de l'information entre les différents acteurs. En effet, j'ai pu comprendre au fil des échanges des professionnels comment derrière la dénonciation d'une « utilisation par les pouvoirs publics » se trouve moins la contestation de leurs décisions qu'un sentiment de mise à distance des acteurs dans les procédures d'expulsion. Le manque d'informations sur le calendrier des procédures de résorption est ressorti comme l'un des enjeux centraux dans les difficultés de positionnement exprimées par les professionnels :

*« A la dernière réunion avec l'ARS on leur a dit qu'on était très étonnés de ne pas avoir été mis dans la boucle de la fermeture de ce squat sachant qu'il y a des familles qu'on connaît très bien et qu'il en a plusieurs qui ont des suivis médicaux. Donc l'idée de cette réunion aujourd'hui est de réfléchir à un document qu'on pourrait écrire aux pouvoirs publics pour pointer certaines observations et signifier que nous ne sommes pas dans les boucles d'information ».*³²⁶

Le projet de réclamer aux pouvoirs publics davantage d'information témoigne alors d'une volonté de se positionner en plaidoyer et de défendre leur rôle dans les décisions relatives à la gestion des camps.

3.3. S'adapter voire résister aux politiques migratoires ?

L'existence même de ces réunions au cours desquelles les professionnelles (il n'y avait que des femmes) issues de différentes associations engagent une réflexion sur leurs difficultés de

³²⁵ Ibid.

³²⁶ Directrice du RDS Nord, mars 2021.

médiation, reflète leur engagement professionnel et politique et une volonté de continuer à agir malgré les difficultés. À ce titre, le besoin des professionnels d'exprimer en équipe leurs difficultés de médiation avec les patients souligne l'importance des instances de discussion collective, de supervision et d'analyses de pratiques dont nous avons déjà pu constater qu'elles étaient très largement insuffisantes voire absentes des financements des dispositifs médico-sociaux intervenant auprès des populations en précaires (cf. Chapitre 3). Comme l'ont rappelé eux-mêmes les professionnels, l'enjeu de ce type d'échanges est de réfléchir collectivement à leurs pratiques pour dépasser les difficultés de médiation rencontrées :

« La question d'aujourd'hui c'est comment on peut travailler avec ces publics en si grand nombre sur un même lieu, sans se mettre en danger, et en mettant en place des actions qui ont un sens, une utilité ? »³²⁷

« Par exemple au squat de F. Au début c'était une population essentiellement roumanophone ; les médecins avaient l'habitude d'y aller avec l'équipe habituelle. Mais là le squat s'est étoffé de populations moldaves et du coup se pose la question de l'intervention : Comment ajuster les pratiques ? Est-ce que c'est possible maintenant qu'il a autant de moldaves de continuer les pratiques telles qu'elles étaient faites avant ? »³²⁸

L'enjeu est non seulement de sécuriser les interventions au regard des risques que les professionnels ont expérimenté mais aussi de leur redonner sens au regard de la mise à distance par les populations. Dans leurs échanges les deux équipes ont soulevé à la fois différentes pratiques qui sont apparues comme fonctionnant davantage que les autres et des pistes pour faire évoluer les pratiques

3.3.1. Entre gestion des risques et lutte contre le non-recours, osciller entre « aller-vers » et « faire venir »

L'hostilité d'une partie de la population, et les risques associés tant pour les intervenants que pour une partie de la population illustrent les limites de l'intervention sur les lieux de vie dans la lutte contre le non-recours dans un contexte politique répressif. Face à cela, l'équipe du RDS Nord a constaté une amélioration de la relation de soin lorsque les professionnels réussissent à faire venir les résidents du squat à eux, dans les locaux de l'association, où sont alors possibles des échanges dans un plus cadre neutre, en dehors de la pression communautaire. La secrétaire a réalisé des plaquettes d'information de l'association traduites en russe que les intervenants essaient de distribuer lors des interventions sur les squats et camps, et ce même quand ils n'arrivent pas à rentrer, dans l'optique de donner de la visibilité au réseau auprès de ceux qu'ils n'arrivent pas à atteindre. Mais cette stratégie suppose l'autonomie des personnes ciblées dans leurs démarches, à la fois dans leur mobilité physique et dans la possibilité de s'extraire de la pression des chefs. En pratique, de nombreuses personnes à qui ils proposent de venir dans leurs locaux ne viennent jamais jusqu'à eux. Comme l'a relevé l'une des professionnelles, cette stratégie visant à « faire venir » à eux ne permet pas d'atteindre les plus vulnérables, c'est-à-dire les personnes en incapacité de joindre les dispositifs de soins et/ou de se déplacer :

« Effectivement on arrive à toucher ceux qui ont eu les plaquettes de l'association et qui peuvent venir vers nous. Mais cela limite à ceux qui peuvent venir, car seules les personnes qui peuvent lire

³²⁷ Directrice du RDS Nord, avril 2021.

³²⁸ Chargée de prévention de RDS Nord, avril 2021.

peuvent venir nous voir, et ceux qui ont les moyens de se déplacer. Donc on ne touche pas les plus précaires dans ce dispositif qu'on met en place en laissant les gens contacter le réseau. »³²⁹

On retrouve les arguments inhérents aux démarches d'aller-vers : toucher ceux qui n'ont pas les capacités de demander de l'aide. Bien conscients des limites d'une stratégie visant à ramener jusqu'à leurs locaux, l'équipe a exprimé à la fois la nécessité et la volonté de poursuivre des interventions sur site, avec l'enjeu de trouver un prétexte permettant d'apaiser la défiance des populations :

*« Directrice :- Avec le reconfinement ça serait bien de pouvoir distribuer des attestations de déplacement, du masque et du gel. Selon moi c'est une porte d'entrée neutre.
Infirmière : - Oui, ça serait bien d'essayer. Tu en penses quoi toi, Coline ?
Travailleuse sociale : - Moi je trouve que le prétexte masque et attestation est pertinent. Même si on se fait envoyer bouler, le contexte du confinement [il s'agit du 3^{ème} confinement de mars 2021] justifie qu'on essaye à nouveau. Surtout, s'ils font état de nombreuses difficultés, ça justifie encore plus qu'on essaye à nouveau. »³³⁰*

Deux arguments sont ici exprimés : le premier est la connaissance de situations de vulnérabilité des populations, justifiant une forme de devoir d'agir. Cet argument est de nature déontologique, il traduit le sentiment de responsabilité des professionnels de santé par rapport aux situations dont ils sont témoins. L'autre argument est plus pratique. L'équipe s'appuie sur les besoins matériels spécifiques au contexte du confinement, potentiellement moins susceptibles d'être refusés, afin de persévérer dans les tentatives d'entrée en relation avec les populations. Ces besoins sont alors présentés comme un prétexte d'intervention justifiant leur utilité. Ces deux arguments permettent de conforter l'équipe dans le maintien de ses interventions autant qu'il est une stratégie d'approche des populations.

3.3.2. *S'inscrire en plaidoyer*

Au-delà d'une réflexion sur leurs pratiques d'intervention, plusieurs participants des deux associations ont évoqué le rôle de plaidoyer que leurs institutions peuvent, doivent endosser dans un tel contexte pour mettre en visibilité les situations qu'ils rencontrent. Ils ont insisté sur la nécessité de se rapprocher des pouvoirs publics à la fois pour les alerter de situations et difficultés éprouvées mais aussi mettre en avant ce qu'ils peuvent apporter :

« Médecin bénévole : - Là se pose un petit peu la question, d'un côté de notre impuissance quand il y a des chefs mafieux qui prennent la main. De toute façon on ne peut rien faire, je crois qu'il faut le dire. Après, est-ce qu'il y a un travail possible carrément avec les pouvoirs publics ? Est-ce qu'il ne serait pas temps d'alerter le Préfet, où je ne sais pas qui, ce n'est pas mon domaine. Comment faire en sorte que certaines familles soient quand même mises en sécurité ? » [...] Effectivement on arrive à la conclusion que sans les pouvoirs publics on ne peut pas faire grand-chose. Vous avez l'air de dire qu'à Tournan, du fait de la mise à l'abri, de la stabilité, de la réponse aux besoins primaires, des choses sont possibles et on peut avancer. Est-ce qu'il ne serait pas intéressant de faire une sorte d'évaluation de ce qui se passe à Tournan, bien la présenter, pour arriver auprès des pouvoirs publics avec un modèle à leur proposer, une expérience positive qu'il semble intéressant de renouveler ?

Directrice :- Oui, je te rejoins sur l'idée de faire un écrit commun. Mais moi j'y mettrais les deux, ce qui marche et ce qui ne marche pas. En s'appuyant sur les expériences qu'on a »

L'impuissance exprimée ici est avant tout liée à une peur des « chefs mafieux », davantage qu'à l'ingérence des pouvoirs publics. Faut-il, face à une telle impuissance, faire avec l'État, alors même

³²⁹ Chargée de prévention, avril 2021.

³³⁰ Extrait d'une réunion d'équipe du RDS avec leur partenaire Habitat pour tous, avril 2021.

que l'on ne s'accorde pas sur ses pratiques ? On retrouve dans les propos de la médecin bénévole un dilemme commun aux acteurs de l'action humanitaire engagés dans des crises ou des conflits à l'étranger (Dauvin & Siméant, 2002). Sa proposition montre alors une posture d'alliance et d'interpellation des pouvoirs publics. Ces pratiques de plaidoyer s'expriment comme un devoir au regard des limites de leurs propres interventions, mais sont aussi une façon de valoriser leurs savoirs et expériences avec l'ambition d'influencer les acteurs publics, de faire reconnaître au politique leur « expertise associative » (Lochard & Simonet, 2003) :

« On a des clés, des choses à proposer, c'est pour ça que ça serait intéressant d'aller voir la DDCS et la Préfecture. Vous sur les questions de santé, l'expérience dans les bidonvilles, les squats, les bois, Empreintes avec l'expérience de Tournan qui est intéressante, le fait qu'il y ait dans nos associations la maîtrise du russe et du roumain... Tout ça ce sont des clés importantes. Et puis des analyses aussi, qu'on peut faire en s'appuyant sur ce que fait Rom'Europe, la fondation Abbé Pierre, peut-être même avec des associations en Roumanie et Moldavie. »³³¹

Face à l'impression de mise à distance par les pouvoirs publics, l'un des enjeux est d'affirmer la légitimité de leurs associations pour être davantage impliqués dans les processus de décision d'une part, récupérer davantage de moyens d'autre part. C'est en effet en faisant valoir ses compétences en médiation sur l'un des squats au printemps 2020 que l'association Habitat pour tous avait ensuite été mandatée par la Direction départementale de la Cohésion sociale (DDCS) pour intervenir sur d'autres camps et squats du territoire. La remarque de la responsable témoigne aussi de la forte inscription partenariale de l'association et insiste sur la nécessité d'une mobilisation collective, inter-associative pour mutualiser les moyens et donner davantage de poids aux revendications.

3.3.3. Défendre la priorité du soin par rapport aux enjeux d'ordre public

Au regard du sentiment de délégitimation de l'action sanitaire, le pouvoir d'agir des acteurs médico-sociaux par rapport aux pouvoirs publics se situe également dans leur capacité de négociation de la place des enjeux sanitaires dans la mise en œuvre des politiques dites « sécuritaires ». Le contexte de l'épidémie de la covid-19 a semble-t-il renforcé des tensions entre enjeux sanitaires et sociaux d'un côté, enjeux d'ordre public de l'autre, dans la mesure où les risques sanitaires ont pu être invoqués par les acteurs pour servir des objectifs opposés. Alors que la Préfecture justifiait des évacuations pour lutter contre les risques de cluster, les acteurs médico-sociaux ont invoqué les risques de diffusion du virus liées aux processus de résorption :

« Hier avec l'ARS ce qu'on leur disait, c'est est-ce que c'est toujours judicieux cette stratégie de résorption alors qu'on est à nouveau dans un contexte de pic de contamination et qu'on s'est rendu compte que chaque résorption amenait à éparpiller les familles. Donc l'ARS a pris note de ça pour réinterroger la Préfecture pour voir si ce processus de résorption pouvait être mis au ralenti puisqu'on est à nouveau sur une période de confinement. Donc à voir. Même s'ils ont prévu une fermeture de Ferrières pour la mi-avril et a priori ça ne changera pas, la question se pose pour les autres. »³³²

On peut y voir là une manière d'invoquer les enjeux sanitaires pour différer une politique de résorption qu'ils ne cautionnent pas, en tout cas dans sa mise en œuvre. Mais au regard du rythme soutenu de démantèlement en tout cas sur le département de Seine-et-Marne, les équipes n'ont vraisemblablement pas réussi à faire ralentir le rythme d'évacuations sur le territoire. Tout cela nous

³³¹ Responsable de l'association Habitat pour tous.

³³² Directrice du RDS Nord, mars 2021.

renvoie au rapport de force entre politiques sanitaires et sécuritaires dans la décision des évacuations, plus généralement dans les politiques « d'accueil » des populations migrantes. À l'image de ce qu'analysait déjà la sociologue Sandrine Halfen en 2012 dans la gestion des bidonvilles, il y a généralement autorité des politiques migratoires et sécuritaires sur les politiques sanitaires et sociales, y compris dans un contexte sanitaire particulier impliquant des enjeux de santé publique : « *Il apparaît que lorsqu'il y a tension entre des enjeux qui relèvent de la santé publique (une épidémie de tuberculose, par exemple) et des enjeux qui relèvent de « l'ordre public » (l'occupation sans titre d'un terrain, par exemple), les arguments de santé publique prévalent peu dans les arbitrages* » (Halfen, 2012, p. 122). Dans son rapport sur la situation sanitaire des Roms migrants en Île-de-France, elle évoquait alors plusieurs situations, dans lesquelles des actions menées par les acteurs médico-sociaux avaient été interrompues par des décisions de la Préfecture.

Conclusion

Les deux premières parties de ce chapitre nous ont permis de décrire un processus de mise en mobilité de des acteurs médico-sociaux intervenant auprès des exilés précaires sur le territoire. La mise en place d'une équipe mobile sanitaire régionale dans les centres du DNA et la transformation des réseaux de santé précarité en équipes mobiles sanitaires témoignent de l'affirmation de l'intervention mobile comme modalité ordinaire de l'accompagnement des personnes en situation précaire. Au-delà de la description d'un processus plus ou moins linéaire, nous avons analysé les registres et logiques d'action qui structurent l'intervention hors-les-murs. La mobilisation des RDS dans les démantèlements de campements calaisiens et parisiens depuis 2015 et dans la gestion de l'épidémie de COVID-19 montrent comment l'intervention « hors-les-murs » s'affirme comme modalité au service des logiques d'urgence et de gestion de « crise », au détriment d'une réelle démarche « d'aller-vers » et d'accompagnement progressif vers les services de soins. Par ailleurs, alors que la démarche « d'aller-vers » est construite sur l'idée d'une intervention non pas en aval mais en amont d'une demande d'aide justement pour la faire s'exprimer, pour « voir venir », ou alors « faire aller », la manière dont l'ARS et les équipes médico-sociales elles-mêmes envisagent les actions sur les lieux de vie des personnes suggère comment celles-ci auraient aussi une fonction de régulation de la demande et du recours aux autres services de soin. Là encore, le contexte de la crise épidémique et les enjeux de tri et de désengorgement des services hospitaliers associés à cette période ont exacerbé cette fonction de régulation.

Nous avons également exploré dans ce chapitre certains inconforts professionnels dans la mise en œuvre d'interventions « hors-les-murs » auprès des populations exilés accueillies sur le territoire. Intervenir sur les lieux de vie des personnes, notamment en habitat précaire, expose les intervenants à des conditions dégradées d'intervention médico-sociale. Par ailleurs, les logiques d'urgence dans les sollicitations par l'ARS pour des actions sur les camps ou structures de mise à l'abri représentent des contraintes organisationnelles pour les équipes mais surtout sont peu compatibles avec l'ambition d'une inscription durable dans le soin. Les professionnels se retrouvent alors partagés entre les commandes publiques majoritairement centrées sur des enjeux de santé publique, et la volonté de proposer aux personnes rencontrées une réponse sanitaire plus globale. Ces inconforts sont liés à

l'inadaptabilité des lieux à la pratique des soins, mais aussi au fait qu'ils sont le théâtre des politiques migratoires de régulation et répression des populations exilés. En effet l'intervention sur les lieux de vie des personnes est mise à l'épreuve par un risque d'assimilation de leurs interventions aux politiques d'ordre public. Elle représente des risques physiques pour les acteurs (agressions) mais surtout fragilise le lien de confiance et la légitimité biomédicale des intervenants médico-sociaux. Les acteurs se sentent mis en danger par l'action des pouvoirs publics. Ces difficultés de positionnement supposent alors un effort de médiation supplémentaire tant auprès des patients qu'auprès de l'ensemble des acteurs politiques, sociaux et médico-sociaux afin de clarifier leur rôle dans les politiques qui se jouent sur leurs espaces d'intervention.

Evoqué plus haut, le Ségur de la santé 2020 a consacré le développement d'équipes mobiles dans la lutte contre les inégalités de santé avec la mise en place de cinq nouveaux dispositifs mobiles d'accès aux soins dédiés à l'accès aux soins des plus précaires. Parallèlement, la médecine de ville ressortait à peine revalorisée de ces réformes, amenant les médecins libéraux à dénoncer un « Ségur de l'hôpital »³³³ bien plus qu'un Ségur de l'ensemble du système de santé et réclamer d'autres réformes dédiées. Pourtant, les enjeux d'orientation dans le droit commun que portent la démarche d'aller-vers suggèrent comment le développement de l'intervention hors des espaces traditionnels du soin doit bien être envisagé en miroir du financement de l'ensemble des services de santé et en particulier de la médecine de ville. Si ces nouvelles équipes médico-sociales mobiles représentent certainement des opportunités d'innovation des pratiques dans le champs sanitaire et social, dans quelle mesure représentent-t-elles alors une dynamique de substitution des équipes sédentaires par des équipes mobiles ? A l'aune des difficultés d'orientation dans le droit commun et des processus de régulation sociale et territoriale que nous avons décrit et qui sous-tendent l'intervention mobile, une telle dynamique de mise en mobilité de l'action médico-sociale sans renforcement des services de soins gratuits sédentaires (PASS hospitalières et ambulatoires) et de la médecine de ville interroge le déploiement de l'aller-vers dans la lutte contre le non-recours et les inégalités sociales et spatiales de santé.

³³³ Le 22 juillet 2020, au lendemain de l'annonce des conclusions du Ségur de la santé par le ministre de la santé Olivier Véran, la Fédération des médecins de France avait lancé une plateforme intitulée "l'autre Ségur", appelant les professionnels de santé à des propositions concrètes de revalorisation de la médecine de ville. En septembre 2020 avaient alors commencé des négociations pour un plan de réformes de la médecine de ville qui aboutirent à la signature d'un accord le 30 juillet 2021. <https://www.latribune.fr/opinions/tribunes/un-petit-segur-pour-la-medecine-de-ville-890156.html>

CHAPITRE 8

« L'aller-vers » comme condition de travail et configuration partenariale.

Travail de disponibilité et de coordination dans l'intervention mobile

Des situations décrites dans le chapitre 7 ont montré les difficultés matérielles à soigner en dehors des lieux traditionnels de soin : l'intervention hors-les-murs représente parfois des conditions dégradées d'intervention, tant dans les conditions matérielles d'intervention que dans un sentiment de se voir détourner de sa mission initiale. Après avoir analysé les registres et postures professionnelles associés à l'intervention mobile, nous nous intéressons dans ce chapitre à la mobilité comme condition de travail et configuration partenariale de l'intervention médico-sociale auprès des exilés. Alors que la mobilité interroge le cadre spatio-temporel dans lequel se construit le travail partenarial et les logiques d'orientation, nous interrogeons les enjeux de disponibilité et de coordination partenariale que pose le développement de l'intervention mobile auprès des exilés en situation précaire. Dans quelle mesure le déploiement de l'intervention mobile et l'apparition de nouveaux acteurs essentiellement mobiles renouvellent-ils les enjeux de coordination entre acteurs de la santé sociale ?

Comme nous l'avons vu, les acteurs combinent souvent plusieurs formes d'actions 'd'aller-vers' : maraude de rue ou en campement, permanences dans des structures d'accueil, actions de groupe de parole, et répondent à des demandes d'interventions de la part de différents partenaires. Cette diversité de modalités et la multiplication des partenaires les sollicitant posent alors un enjeu de gestion de son temps et de sa disponibilité pour articuler la réponse à des demandes tout en continuant à effectuer un travail de prospection et de repérage au cœur de la démarche « d'aller-vers ». Ainsi, nous interrogeons dans une première partie comment les acteurs effectuant du soin « hors-les-murs » gèrent leur disponibilité auprès des partenaires et patients qui les sollicitent. Nous questionnons l'articulation entre mobilité, flexibilité et disponibilité. Partant, notre seconde partie interroge les enjeux et difficultés dans la coordination médico-sociale aussi bien au sein de l'équipe qu'avec les partenaires extérieurs. Nous explorons l'hypothèse selon laquelle le travail en équipe est plus complexe en contexte d'intervention mobile, notamment pour se trouver des espaces-temps en collectif. Par ailleurs les interventions sur des lieux d'accueil et d'hébergement gérés par d'autres équipes posent des enjeux de coordination partenariale aux différentes étapes de leur organisation. Nous analysons alors les pratiques de coordination internes et inter-partenariales mises en place et la manière dont elles sont perçues et appropriées par les professionnels. Dans cette partie nous nous intéressons également aux effets de la mobilité sur l'identification de ressources médico-sociales partenaires, et donc finalement sur les pratiques d'orientation.

1. Le « travail de disponibilité » des intervenants mobiles

L'affirmation de la mobilité comme modalité d'intervention dans un contexte d'une baisse croissante de la démographie médicale et d'une pression croissante sur les services de santé interroge de façon exacerbée leur disponibilité. Nous entendons ici par disponibilité d'un service sa capacité à accueillir, à un moment donné, la demande qui lui est faite. La disponibilité est une norme

organisationnelle associée à celles de la performance, et de la flexibilité. Si elle touche particulièrement les services commerciaux pour répondre à la demande des consommateurs (Bouffartigue, 2014), la médecine et l'action médico-sociale, en prise avec la nouvelle gestion publique (cf. Chapitre 3), ne sont pas épargnées. L'un de ses principaux indicateurs de la disponibilité des services de santé est le délai d'attente, de réponse à une demande de prise en charge (consultation, signalement). À l'échelle individuelle, la disponibilité d'un soignant renvoie aussi à sa capacité à répondre aux demandes des patients en dehors des temps de consultations (réceptionner des résultats, répondre à des questions diverses sur la prise d'un traitement, des effets secondaires...) dans un enjeu de continuité de la prise en charge.

Dans la mesure où ils sont amenés à gérer des urgences vitales, ce sont les services d'urgence médicale sur lesquels pèse la plus grande attente en termes de disponibilité et de réactivité. Comme analysé dans le chapitre précédent, la « mise en mobilité » des acteurs médico-sociaux auprès des exilés est associée à la réaffirmation de logiques d'urgence, certes davantage sociale et politique que clinique, mais dans lesquelles les partenaires et ou tutelles qui sollicitent les acteurs ont des exigences de réactivité et de disponibilité immédiat. Alors que les équipes médico-sociales semblent contraintes à une gestion particulière de leur disponibilité, nous questionnons cependant l'hypothèse selon laquelle la mobilité des acteurs médico-sociaux signifierait une plus grande disponibilité et flexibilité. Après avoir caractérisé le positionnement ambigu des équipes mobiles au regard des attentes de leurs partenaires ou tutelles, nous nous intéressons à ce que les sociologues Lise Demailly, Olivier Dembinski et Catherine Déchamp-Le Roux (2014) appellent le « travail de disponibilité » des équipes mobiles, c'est-à-dire « les pratiques et ajustements de pratiques pour produire une disponibilité supplémentaire ».

1.1. Des équipes positionnées entre urgence et accompagnement

Les équipes mobiles dédiées à l'accompagnement médico-social des plus précaires portent des missions ambivalentes voire paradoxales : être en mesure de répondre le plus rapidement possible à des sollicitations de partenaires ou de l'ARS, tout en s'inscrivant dans une démarche d'accompagnement et de ré-affiliation progressive vers le système de santé. À partir de l'exemple des deux équipes essentiellement mobiles étudiées, nous allons voir comment ces attendus complexifient la position et le travail de disponibilité.

1.1.1. « Ni samu psy, ni centre médico-psychologique » pour les plus précaires : l'EMPP dans un positionnement ambigu auprès de ses partenaires

À leur mise en place au début des années 2000, les EMPP sont apparues comme des dispositifs relativement inédits dans l'action médico-sociale, au croisement de la psychiatrie et de l'urgence sociale, au statut difficile à définir. À l'époque, les équipes médico-sociales mobiles intervenant auprès des personnes en situation de grande précarité sont essentiellement les samu sociaux, déployés sur tous les départements depuis 1995, auxquels s'ajoutent quelques initiatives associatives de maraudes locales. La mise en place d'équipes mobiles rassemblant alors non seulement des infirmiers et des travailleurs sociaux mais aussi des psychologues voire des psychiatres a dès lors contribué à assimiler les EMPP à des équipes d'urgence sociale spécialisées en psychiatrie. Comme rappelé par l'éducateur spécialisé, seul professionnel présent depuis la création de l'équipe en 2009, l'équipe a rencontré les difficultés à définir sa mission auprès des partenaires :

*« Au début il a fallu expliquer aux partenaires ce qu'était une EMPP et surtout comment ils allaient pouvoir nous utiliser. Il a fallu être clair pour que nous ne soyons pas perçus comme un Samu psy..., une équipe de gestion de crise. Ça, ça n'a pas été simple... et on le répète encore aujourd'hui. [...] Quand les professionnels du social sont confrontés à des personnes avec des troubles psychiatriques, ils sont dans une situation stressante et veulent que cela soit pris en charge immédiatement. Mais déjà nous on peut pas, on a trop de demande on peut pas proposer une réponse tout de suite. Et puis ce n'est pas si simple, la personne n'est pas toujours d'accord. Car pour intervenir auprès de quelqu'un, il faut créer une alliance avec lui. Il faut pouvoir créer un lien et s'assurer de son consentement à être pris en charge. Il a été difficile de faire passer ce message car les équipes pensaient vraiment qu'on allait les soulager, qu'on allait venir à chaque fois ».*³³⁴

On retrouve ici deux arguments au refus de l'assimilation à des urgentistes : le premier est celui de la disponibilité temporelle de l'équipe au regard de ses moyens et de l'importance de la demande. Le second, plus déontologique, renvoie à la relation entre « aller-vers » et consentement du patient. Dix ans après sa création, l'équipe rencontre toujours des difficultés à se positionner par rapport à la gestion des demandes « urgentes ». Lors d'une réunion d'échanges de pratiques entre l'EMPP et des équipes sociales d'hébergement pour demandeurs d'asile, j'ai en effet constaté comment la question des délais de prise en charge est toujours au cœur des rapports entre l'EMPP et ses partenaires orienteurs et cristallise des tensions. Un représentant de l'EMPP avait alors rappelé la nécessité de passer par les fiches de signalement par mail, ainsi que ses délais d'intervention, de l'ordre de 10 jours après les signalements faits par les équipes. L'équipe avait également reproché aux équipes sociales de les appeler « au dernier moment », pour des personnes nécessitent une intervention en urgence voire une hospitalisation et avait alors rappelé que ça n'était pas son rôle, mais bien celui des services d'urgences psychiatriques ou, à défaut, des urgences classiques. Une tentative de négociation observée lors de cette réunion concernant des sollicitations sur des temporalités de court terme illustre alors la tension entre, d'un côté la détresse des équipes sociales face à l'absence de solutions dans la prise en charge des problèmes de santé psychique, de l'autre l'indisponibilité de l'EMPP :

Cheffe de service (CDS) d'un HUDA : - Si à la marge on a vraiment besoin d'avoir une évaluation dans un délai restreint. Est ce qu'on peut vous solliciter ?

Infirmier EMPP : - C'est les urgences. J suis désolée mais...

Cheffe de service d'un CADA : - Si on vous l'amène ?

Educateur EMPP : - C'est quoi un délai restreint ? Parce que si c'est d'ici une heure, non. Mais ça dépend de ce qu'on entend par restreint.

Infirmier EMPP : - Si vous estimez que c'est urgent, c'est aux urgences qu'il faut l'amener, pas à nous.

CDS HUDA : - Non mais disons que c'est une urgence pas médicale, mais parce qu'une situation administrative va le nécessiter. Je repars sur un cas pratique de l'HUDA : on a quelqu'un qui nous renvoie qu'il y a des visions particulières, il va écrire sur tous les murs de sa chambre, il va avoir des difficultés de cohabitation. Et là on a un résident qui s'est plaint d'une agression sexuelle avec intimidation. Donc on a demandé une orientation à l'OFII mais l'OFII voudrait qu'il ait une évaluation psychiatrique.

Infirmier EMPP : - Là il faudrait notre psychiatre. C'est possible de temps en temps, dans certains cas on lui demande d'évaluer quand on estime que notre évaluation n'est pas suffisante. Ça c'est possible mais...

CDS HUDA : - pas dans l'urgence ?

Infirmier EMPP : - Bah elle est là que le mardi, 2h..

CDS CADA : - 2h le mardi ?

Infirmier EMPP : - Oui pour la réunion d'équipe, et encore pas toujours. Parfois on a réussi à ce

³³⁴ Educateur spécialisé, EMPP, juin 2019.

qu'elle se déplace avec nous ; sur ce temps-là justement, pour aller voir quelqu'un qui était dans la rue. Voilà c'est ça la réalité. Donc à moins de venir avec la personne sur ce créneau, et que ça soit fait rapidement mais franchement c'est compliqué. »³³⁵

Cette tentative de négociation finit, comme souvent, par confronter les équipes sociales à la réalité du manque de moyens de l'EMPP. Ce sont aussi les difficultés à trouver des ressources pour un réel accompagnement dans le temps qui contribuent à brouiller les contours de la mission. En effet, l'EMPP a bien conscience que c'est parce qu'ils ne trouvent pas de possibilités d'orientations en CMP ou chez des psychologues et psychiatres en ville que les équipes sociales en structures d'hébergement font davantage appel à eux. En interne, la mise en place de la consultation « Migrants » (cf. Chapitre 5, partie 1) ou le fait de proposer à des personnes des consultations dans leurs locaux montre d'ailleurs comment ils se sont positionnés eux-mêmes, malgré tout, dans une démarche de suivi en réponse à l'absence de ressources dans le droit commun. Comme l'a suggéré un infirmier, les difficultés à orienter vers le droit commun et la création de cette consultation contribuent à entretenir l'identité floue de l'équipe entre soutien, équipe mobile d'urgence psychiatrique ou centre médico-psychologique (CMP) dédié aux exilés : *« On n'est pas censé faire des suivis thérapeutiques mais du soutien...bon sauf la consultation Migrants. Mais la réalité c'est qu'on n'arrive pas à orienter les personnes. Donc on fait du soutien pendant longtemps... Mais moi j'appelle pas ça du suivi thérapeutique car je ne suis pas psychologue. »³³⁶* Pour cet infirmier, l'inscription des accompagnements dans le temps pose aussi une question de légitimité et de compétence professionnelle dans la mesure où il n'est pas formé à effectuer de l'accompagnement psychologique dans le temps. Rappelons que l'équipe repose majoritairement sur des infirmiers spécialisés en psychiatrie (2 équivalents temps plein) alors qu'elle n'a qu'un ETP de psychologue et une psychiatre détachée de l'hôpital environ une demi-journée par semaine (0,1 ETP).

1.1.2. L'équipe mobile régionale : une équipe positionnée entre accompagnement et réponse à l'urgence par sa propre tutelle.

La difficulté de positionnement entre réponse de court terme et accompagnement se pose également pour l'équipe mobile régionale. Vue dans le chapitre précédent (cf. Chapitre 7, 1.2.), la commande publique définie par l'ARS mêle des interventions régulières sur des lieux d'hébergement du DNA et des interventions ponctuelles sur des lieux de mise-à-l'abri. Ce cahier des charges à deux visages contribue dès lors à positionner l'équipe dans une mission ambiguë entre un enjeu de suivi des personnes et une capacité de réponse à « l'urgence » des opérations de mise-à-l'abri. En pratique, cette double mission implique pour les professionnels de composer un planning d'entretiens individuels ou de permanences régulières sur des lieux d'hébergement tout en préservant une capacité de mobilisation immédiate. Les demandes dernières minutes engendrent de l'imprévu dans l'organisation des interventions sur les différents sites, obligeant les professionnels à revoir constamment leur planning.

La norme de flexibilité est aussi liée à l'extension du périmètre d'intervention de l'équipe et à la diversification des modalités d'intervention associée. En effet, dans les HUDA hôteliers ajoutés en 2019, les interventions ne sont pas effectuées comme dans les CAES selon un planning de

³³⁵Extrait d'une instance de discussion organisée par l'EMPP à destination des équipes gestionnaires d'hébergement social pour demandeurs d'asile, février 2020.

³³⁶ Infirmier, EMPP, mai 2019.

permanences fixes et régulières, mais varie selon l'effectif des centres. Dans les cinq centres les plus importants en termes d'effectifs, l'équipe programme en moyenne deux visites mensuelles selon un planning différent chaque mois. Dans les autres centres, soit la majorité, les interventions se font sur signalement des équipes sociales y intervenant, suite auquel l'équipe tente de proposer une intervention dans un délai de 2 à 4 jours selon les besoins identifiés. Cette logique de signalement suppose alors une flexibilité suffisante pour intégrer au planning de permanences régulières des demandes ponctuelles et au degré d'urgence varié.

Au-delà de contraintes organisationnelles, la redéfinition constante du périmètre d'intervention selon les évolutions du DNA contribue également à transformer et brouiller les contours de la mission. En effet, alors que les hébergés des HUDA et CADA restent bien plus longtemps dans les centres (une année en moyenne) que dans les CAES (15 jours en moyenne en théorie), les professionnels sont amenés à ne plus se limiter à une mission d'évaluation sanitaire ponctuelle mais à se positionner davantage dans une démarche de suivi, en particulier pour les personnes souffrant de maladies chroniques ou de troubles psychiques. Mais comme l'ont suggéré plusieurs professionnelles, cette perspective de suivi suppose une augmentation de leur disponibilité qui n'est pas forcément possible et se heurte à l'incertitude de leur emploi du temps face aux logiques de signalement et missions exceptionnelles :

« Ça a été très fluctuant au niveau de nos missions. Il était question d'évaluation et d'orientation mais aussi de suivi. Alors, dans certaines structures, c'est pas du tout possible, comme les CAES, les personnes peuvent être là une ou deux semaines, cela dit on a bien vu aussi qu'elles pouvaient être là beaucoup plus longtemps notamment dans la situation sanitaire actuelle avec le COVID. Mais voilà notre mission principale, c'est l'évaluation et l'orientation, mais on est amené à faire quand même des suivis dans les HUDA, donc il a fallu être plus présent dans les HUDA. Parce que voir une personne une fois par mois ou une fois tous les deux mois c'était juste pas possible pour un suivi » [...] Après aussi malheureusement notre emploi du temps est amené à être modifié d'une semaine à l'autre, ce qui peut être compliqué pour les suivis. »³³⁷

L'enjeu de continuité des soins pour les personnes restant plus longtemps dans le système d'hébergement suppose une augmentation de la disponibilité qui est difficilement possible au regard de l'effectif de l'équipe et de l'évolution du cahier des charges. Nous verrons un peu plus loin comment les professionnels tentent d'assurer une continuité temporelle de leur accompagnement par le téléphone. Pour être davantage présents dans les HUDA, les deux psychologues de l'équipe initialement à mi-temps avaient ainsi négocié avec la direction dès 2019 pour passer en temps plein. Le budget a finalement été accordé au bout d'une année, mais en même temps qu'une nouvelle extension du périmètre d'intervention, créant alors de nouveaux besoins en même temps qu'un gain de disponibilité.

« Récemment, notre secteur s'est agrandi, on se retrouve au fin fond du 77[Seine-et-Marne] ou du 78[Yvelines], ça devient compliqué. Comment dire... On a un secteur toujours en mutation, toujours en train d'augmenter. Là on a appris que les HUDA allaient fermer, que les gens allaient se retrouver dans des appartements. Y a beaucoup de choses où on doit s'adapter constamment, sauf que le soin psychique demande une constante et donc c'est assez compliqué. »³³⁸

³³⁷ Psychologue de l'équipe mobile sanitaire, décembre 2020.

³³⁸ Psychologue, décembre 2020.

Sont évoquées ici deux dynamiques qui contribuent à la complexification du secteur d'intervention : l'ajout de nouvelles structures collectives en grande couronne qui participe à un élargissement du périmètre global d'intervention et le développement de l'hébergement diffus au profit de l'accueil en collectif qui participe à une dispersion territoriale au sein du périmètre d'intervention. Ces deux faces d'un même processus de reterritorialisation du DNA sont synonymes de contraintes logistiques supplémentaires, notamment l'augmentation des distances à parcourir. L'accueil en appartement diffus signifie aussi une individualisation des interventions, c'est-à-dire le passage d'un modèle de permanence collective vers un fonctionnement de visite à domicile individuelle, à la manière de ce que fait déjà l'équipe auprès de certains HUDA hôteliers. Cette évolution qui diminue la rentabilité des déplacements contribue alors non seulement à en augmenter le nombre, mais ajoute aussi un travail de coordination et de planification de rendez-vous. La distance entre les centres rend difficile la possibilité de visiter deux centres dans la même demi-journée, notamment pour des signalements ou des suivis individuels. Les professionnels ont reconnu faire parfois beaucoup de route pour peu de choses, parfois « *toute une journée pour seulement deux visites.* »³³⁹

Ainsi l'équipe mobile sanitaire régionale est en prise avec deux injonctions contradictoires : assurer un suivi thérapeutique tout en gardant une disponibilité au signalement et aux événements extraordinaires. Ce positionnement ambigu rappelle celui des équipes mobiles de soins palliatifs décrites par Jean Christophe Mino, qui doivent composer entre une volonté d'accompagnement vers la fin de vie au rythme du patient et la réponse à des urgences liées à la gestion de la douleur (Mino, 2007). Pour ces équipes de soins palliatifs comme pour l'équipe mobile régionale, c'est bien la posture d'intervenant mobile qui renforce du côté de ceux qui les sollicitent une norme de disponibilité presque inconditionnelle. Face à ce positionnement entre urgence et accompagnement, la suite de cette première partie s'intéresse à la gestion de leur disponibilité.

1.2. Gérer sa disponibilité, un enjeu de justice sociale et spatiale

Avant de décrire le « travail de disponibilité » (Demailly et al., 2014), il nous semble nécessaire de revenir sur ce qui le justifie et le motive. En tant qu'arbitrage du temps et de ses moyens, la gestion de la disponibilité des équipes porte des enjeux de justice sociale et spatiale entre les patients et les territoires d'intervention.

Ce qui rend nécessaire un travail de disponibilité est à la fois l'augmentation de la demande et la diversification des types d'intervention. Par exemple, l'EMPP doit composer son planning entre des maraudes sur différentes communes du territoire, des permanences dans des lieux d'accueil (restos du cœur) ou des structures d'hébergement, des rendez-vous de soutien dans ses locaux, ou encore ceux de la consultation « migrants ». De même, l'équipe mobile régionale compose entre les permanences régulières, les réponses aux signalements et les mises à l'abri. Face à une disponibilité nécessairement limitée par la taille de l'équipe, l'articulation entre ces différentes modalités d'intervention est un jeu de vases communicants : plus de disponibilité pour un type d'intervention suppose moins de disponibilité pour les autres, au regret parfois des professionnels. Déjà évoqués dans le chapitre 5 (partie 3), cela pose des enjeux de justice sociale entre les différentes catégories d'exilés : pour l'EMPP notamment, la multiplication des permanences dans des structures d'hébergement ouvrant sur

³³⁹ *Ibid.*

le territoire, mais aussi l'intensification de la consultation « migrants » a conduit à une réduction du temps de maraudes de rue depuis 2015. Du fait que « personne ne les y attend », en tout cas officiellement, celles-ci passent au second plan. En pratique l'équipe planifie ses maraudes de rue dans les interstices du reste de ses autres engagements, sur les demi-journées où il n'y a ni permanence extérieure, ni réunion, ni consultations dans ses locaux. Les professionnels ont alors exprimé une frustration importante par rapport à cette recomposition progressive de l'activité en faveur des interventions en institutions et un sentiment de s'éloigner de la rue. Pour pallier cette frustration, ils se saisissent des annulations au dernier moment de rendez-vous pour improviser des départs en maraudes. Mais au regard du temps très limité, celles-ci restent nécessairement limitées à leur commune ou éventuellement des communes alentours. On retrouve alors non seulement des enjeux de justice sociale (répartir son temps en fonction des catégories de patients) mais aussi spatiale en risquant de léser certains territoires. En effet, la perte de disponibilité pour des maraudes joue en défaveur des communes les plus éloignées du siège pour lesquels il faut des créneaux horaires d'intervention nécessairement plus longs. Ce resserrement territorial des maraudes est ensuite alimenté par l'argument qu'il est peu pertinent d'effectuer des maraudes à des fréquences trop espacées : *« Fontainebleau on y va plus en ce moment car c'est trop loin, on a plus le temps. Et en fait si c'est pour y aller une fois tous les trois mois, ça ne sert à rien car on a aucun suivi possible. Donc pour l'instant on y va plus »*³⁴⁰. Favoriser les villes proches permet alors de maintenir une fréquence d'intervention plus importante, ce qui fait davantage sens en matière de suivi et d'accompagnement.

Au regard de cette frustration sur la répartition du temps de travail, précisons que la période de la crise sanitaire a représenté une recomposition vécue comme positive pour l'équipe, qui s'est saisie de la mise à l'arrêt de la plupart des permanences en structures d'hébergement pour réinjecter des maraudes dans leur agenda. Ainsi s'exprimait un infirmier de l'équipe, en revenant sur leur mobilisation pendant le premier confinement :

*« En fait on a fait que des maraudes. On pouvait faire des entretiens téléphoniques à la demande mais on en a eu très peu au final. On a eu aucun signalement parce que les partenaires étaient prévenus qu'on ne se déplaçait plus. Du coup on a fait des maraudes tous les jours, ce qui nous a permis de repérer certains gars et leurs besoins, de revenir les voir, mieux les connaître et d'avoir une action plus concrète. On s'est beaucoup concentré sur eux [...] Et c'est vrai que l'année dernière on se disait vraiment qu'on allait plus assez dans la rue à cause de toutes les permanences qu'on faisait en HUDA, là pour le coup, bah on est y vraiment retourné »*³⁴¹.

Contrairement aux RDS qui ont été sollicités par l'ARS pour monter les équipes mobiles Précarité Covid (cf. Chapitre 7, partie 2), la gestion de l'épidémie de Covid-19 a représenté un contexte de regain d'autonomie pour l'EMPP, moins contrainte par les commandes de partenaires.

Du côté de l'équipe mobile régionale sanitaire, on retrouve également une forme de graduation territoriale du niveau d'intervention selon les centres, représentant dès lors des enjeux de justice sociale et spatiale dans l'accès à l'accompagnement médico-social. Comme évoqué plus haut, l'équipe compose avec des modalités d'intervention différentes selon l'effectif des centres : des permanences pluri-hebdomadaires dans les CAES, des permanences régulières à une fréquence de 1-2 fois par mois dans les CADA et HUDA avec des effectifs moyens, des interventions sur signalement dans les petits

³⁴⁰ Infirmier, EMPP, juillet 2020.

³⁴¹ Infirmier de l'EMPP lors d'un entretien de groupe, juillet 2020.

HUDA hôteliers avec petits effectifs (moins de 20 personnes). Mais comme suggéré par une psychologue, la disponibilité que proposent les professionnels auprès des personnes hébergées dans ces HUDA hôteliers est aussi une question de distance :

« La Fourche à Paris ou Trappes [Yvelines, grande couronne francilienne] qui est très très loin, c'est vraiment que sur signalement. À Trappes, j'essaye de pas proposer de suivi, alors que c'est souvent des problématiques qui demandent un suivi régulier. Mais je ne peux pas offrir ça, donc à ce moment-là je fais une orientation vers l'extérieur obligatoirement. »³⁴²

Malgré les besoins identifiés, la professionnelle assume comment la distance combinée au manque de temps la décourage à se positionner dans un suivi qui supposerait de se rendre régulièrement sur les hébergements et y dédier potentiellement une demi-journée à chaque fois. Cette pratique illustre une forme de graduation territoriale du niveau de réponse et interroge alors les limites de la mise en place d'équipes mobiles comme outils de lutte contre les inégalités territoriales de santé.

1.3. La mobilité, garantie d'une meilleure disponibilité ?

Dans cette sous-partie et la suivante, nous analysons « le travail de disponibilité » mené par les équipes mobiles pour gérer la pluralité de la demande qui leur est faite. Dans leur travaux sur les équipes mobiles en psychiatrie, les sociologues Lise Demailly, Olivier Dembinski et Catherine Déchamp-Le Roux décomposent le temps de travail des équipes en cinq catégories : 1) « le travail direct auprès des patients » désignant le temps passé auprès des patients, ici les consultations, maraudes, échanges téléphonique, temps d'information collectif, etc ; 2) « le travail indirect concernant les patients », qui renvoie à tout le travail réalisé à distance pour l'accompagnement du patient, comme les tâches administratives autour de la prise en charge d'un dossier, la prise de rdv, la sollicitation d'un partenaire, la relecture du dossier avant un entretien de suivi ; 3) « l'accueil en continu des informations externes », qui désigne la réception et le traitement des demandes de partenaires (signalements, orientations) mais aussi des patients ; 4) le travail de coordination au sein de l'équipe autour de l'organisation du travail et des accompagnements individuels ; et enfin 5) le déplacement. En nous appuyant sur cette typologie dans la caractérisation des équipes mobiles étudiées, nous allons voir que la mobilité représente non seulement des tâches spécifiques supplémentaires, plus ou moins visibles, mais a aussi des effets sur les autres catégories d'actions. Alors que la mobilité des professionnels est perçue par leurs partenaires et tutelles comme une source de flexibilité dans la mesure où elle permet de répondre rapidement à des demandes, nous questionnons le lien entre déplacement, flexibilité et disponibilité des professionnels

1.3.1. Le déplacement, une catégorie de tâches à part entière

Si la mobilité apparaît comme catégorie d'action à part entière, c'est notamment car elle représente des tâches particulières, qui sont plus ou moins formulées dans la mission des intervenants. Le déplacement est d'abord un temps non réductible passé sur la route. Du fait de l'étendue de leurs territoires d'intervention, les professionnels de l'EMPP mais surtout l'équipe mobile régionale passent une partie importante de leur journée à se déplacer. Pour cette dernière, plusieurs lieux d'intervention sont situés à plus d'une heure du siège, soit 2heures aller-retours, auxquelles il faut ajouter le temps de

³⁴² Psychologue, équipe mobile sanitaire régionale, décembre 2020.

transports ou de voiture du siège à son domicile. Selon leurs lieux de résidence, certains professionnels peuvent faire plus de 4 heures de transports sur la journée.

Au-delà du temps, la mobilité représente surtout un travail important d'organisation et de logistique qui repose essentiellement sur les intervenants. L'organisation de l'équipe mobile régionale en binômes ou trinômes intervenant chaque jour sur des sites différents suppose la planification et l'organisation. Il s'agit d'abord de se répartir les sites et jours d'intervention entre professionnels selon les jours travaillés de chacun, les jours et plannings d'interventions convenus avec les partenaires. Le planning est réalisé par deux professionnels de l'équipe qui font une proposition de répartition des jours et des sites entre les différents membres, soumise au reste de l'équipe puis à la direction pour validation. Comme l'a exprimé la psychologue, le planning est alors un sujet récurrent de tensions au regard notamment de la répartition des lieux les plus éloignés :

« En fait les collègues font en fonction de leur secteur, d'où ils habitent... et aussi à force de travailler avec les mêmes personnes, certains se disent « on a notre fonctionnement donc on va faire ce site ensemble maintenant tous les trois ». Mais ça c'est compliqué car y'en a qui sont toujours envoyés à l'autre bout de la planète alors que d'autres vont toujours sur leur même site. C'est compliqué à comprendre pour certains... ça a créé quand même pas mal de tensions en fin d'année [...] Moi je pense que c'est mieux que ça soit la direction qui fasse les plannings, tout en prenant en compte nous nos besoins et contraintes, parce que ça reste compliqué. »³⁴³.

Par ailleurs la mobilité représente une logistique quotidienne lourde. Le matin les membres de l'équipe sont censés se retrouver au siège, récupérer un véhicule et le matériel nécessaire à l'intervention, potentiellement passer récupérer du stock de médicaments à la pharmacie qui est sur un lieu différent, puis se rendre sur le site. L'équipe transporte beaucoup de matériel (matériel d'osculation, ordinateurs portables, documents administratifs et un stock important de médicaments) qui représentent un poids important et une pénibilité physique : plusieurs professionnels se sont plaints d'avoir mal au dos. Face à cette pénibilité, l'équipe a alors négocié d'obtenir des véhicules plus grands et plus confortables, des valises à roulettes plutôt que des sacs à dos, et surtout la possibilité de s'économiser du temps de déplacement en négociant la possibilité de ne pas systématiquement passer par le siège avant et après l'intervention sur site. Cependant, si cette levée d'obligation a permis d'alléger les professionnels dans leurs déplacements, elle suppose alors que les professionnels s'arrangent entre eux pour déterminer à chaque fois qui passe par le siège récupérer le véhicule et le matériel. Là encore cette possibilité occasionne des frustrations et tensions à l'instar de professionnels estimant que ce sont souvent les mêmes, ceux qui n'ont pas de véhicule personnel notamment, qui repassent par le bureau et endossent davantage les tâches logistiques.

Enfin la logistique de la mobilité représente des tâches concrètes liées à la gestion des véhicules. Dans l'équipe mobile régionale comme aussi l'EMPP, ce sont les intervenants qui sont chargés de la gestion et de l'entretien quotidien des véhicules. Cela regroupe des tâches routinières comme la mise à jour du cahier de kilométrage à chaque utilisation, la gestion de l'essence (prendre l'essence et faire remonter les dépenses) mais aussi des tâches plus chronophages comme le nettoyage des véhicules, qu'il faut alors prévoir dans les emplois du temps. Dans l'équipe mobile régionale, le fait que ces tâches soient endossées par les intervenants est contesté par certains professionnels :

³⁴³ Psychologue, équipe mobile sanitaire régionale, décembre 2020.

« Pour moi c'est pas à nous de faire ça. Ils nous disent que c'est notre outil de travail, je veux bien mais mon bureau aussi... J'utilise les toilettes de Créteil et pourtant je vais pas les laver ; l'imprimante je vais pas lui faire sa maintenance. En plus de tout le boulot qu'on a à faire, de tous les sites qu'ils nous rajoutent, maintenant ils nous demandent de laver les caisses... »³⁴⁴.

La mobilité représente des tâches spécifiques et un travail de coordination porté ici essentiellement par les intervenants. Contrairement à certains services mobiles dans l'action médicale ou sociale, la gestion de la mobilité n'est pas reconnue comme une responsabilité professionnelle à part entière (ambulancier du Samu médical, chauffeur des maraudes du Samu social) mais comme un ensemble de tâches et de compétences supplémentaires entièrement endossées par les intervenants médico-sociaux. La localisation de conflits entre professionnels ou encore la place que prennent les questions logistiques dans les échanges au sein de l'équipe et dans les revendications auprès de la hiérarchie, témoignent de cette pénibilité de la mobilité et interrogent donc sa capacité à dégager de la disponibilité.

1.3.2. La mobilité comme facteur d'aléa dans l'organisation du travail

Si le déplacement représente bien une catégorie d'actions à part entière, il apparaît que la mobilité agit aussi comme une contrainte diffuse sur les autres catégories d'actions. En ce qu'elle représente un facteur d'aléa, la mobilité affecte l'organisation du travail et est susceptible de dégrader les conditions du « travail direct auprès des patients » ainsi que les relations partenariales. Le déplacement représente en effet un temps incompressible mais extensible au regard des incertitudes de la route : se retrouver dans les embouteillages, faire un détour pour aller prendre de l'essence, prendre du temps à trouver une place de stationnement. Pour l'équipe mobile régionale en particulier, dont le siège est en petite couronne francilienne, se retrouver dans les embouteillages de la région parisienne est chose très régulière qui les conduit à des retards relativement aux horaires de permanences prévus. Ces retards ont des conséquences sur le déroulé de l'intervention. Pour eux, commencer plus tard peut signifier finir plus tard, d'autant qu'il est compliqué dans les lieux où les permanences sont peu fréquentes de reporter un rendez-vous. Mais les retards amènent aussi régulièrement à des situations où des personnes inscrites pour un rendez-vous sont parties, ne voyant pas arriver l'équipe. Ainsi ces retards dégradent voire empêchent le travail direct auprès des patients, et remettent aussi les professionnels en question dans leur image auprès des personnes accompagnées comme des partenaires. Comme le suggère ce retour d'expérience de la cheffe de service de l'un des HUDA, les retards de l'équipe ont pu détériorer la coordination et donc les relations avec les équipes sociales d'hébergement qui ont souvent reproché à l'équipe son manque d'organisation :

« En fait, normalement c'était 11h-16h mais ça n'a jamais été. Ils étaient toujours en retard. Alors oui, ils venaient de loin, mais bon ils n'étaient pas très organisés et pour nous ça a pu être assez compliqué puisqu'on demande aux messieurs de venir à telle heure. Et comme l'équipe était en retard, ils repartaient... Donc nous on savait qu'ils avaient besoin d'être vus pour telle ou telle raison mais ils en avaient marre d'attendre donc ils repartaient. La difficulté c'est qu'on ne peut pas demander aux gens d'être à l'heure si nous même on ne respecte pas le créneau qui est donné. On a eu plusieurs déconvenues comme ça... »³⁴⁵

La mobilité complique également la réalisation du « travail administratif indirect auprès des patients », principalement du fait de l'absence de l'équipement nécessaire en déplacement. Jusqu'en

³⁴⁴ Psychologue, équipe mobile sanitaire régionale, décembre 2020

³⁴⁵ Cheffe de service du CH 6 (HUDA) installé sur une commune rurale, décembre 2021.

2020 les membres de l'équipe mobile régionale n'étaient pas individuellement équipés en ordinateurs portables pour leurs déplacements mais en avaient seulement un par binôme/trinôme, qui était même partagé avec le médecin de PASS lors des permanences communes. Or, pendant les consultations les professionnels peuvent avoir besoin de regarder le dossier du patient, consulter sur internet des informations sur des services de santé (horaires, accessibilité...) pour les orientations, ou encore consulter leurs mails. Par ailleurs, pour des raisons de sécurité informatique insuffisante, l'équipe n'avait pas accès depuis les ordinateurs portables aux fichiers partagés rassemblant les données de consultation. Non seulement cela empêchait dans le cadre d'un suivi d'avoir accès sur le moment aux informations relatives aux patients déjà vus, mais cela perturbait aussi fortement le travail de recueil et saisie de données qui leur est demandé (cf. Chapitre 7, partie 1.2.). Jusqu'à l'attribution d'ordinateurs individuels en 2020, les professionnels effectuaient alors ce recueil sur des fiches de consultation papier qu'il fallait rapporter au bureau pour effectuer la saisie informatique après l'intervention ou lors des journées dites de « back office » (1 à 2 par mois) justement consacrées uniquement au travail administratif. Là encore la question de l'accès à des équipements sur les lieux d'intervention a été un important sujet de revendications auprès de la direction : obtenir un ordinateur portable par personne, que l'on peut aussi ramener chez soi, avoir accès aux fichiers à distance, installer sur les principaux sites (les CAES où ils interviennent plusieurs fois par semaine) des scanners et imprimantes.

« L'accueil en continu des informations » est également influencé par le déplacement, qui crée nécessairement de l'indisponibilité. La psychologue de l'équipe mobile sanitaire a expliqué effectuer une grosse partie du travail de réponse aux signalements ou aux demandes de patients en dehors de son temps d'intervention, en rentrant chez elle ou sur son temps formation information recherche (FIR)³⁴⁶ :

« Comme on passe beaucoup de temps en voiture, y a plein de trucs que j'ai pas le temps de faire dans la journée, que je fais en rentrant ou mon temps FIR... Mon temps FIR franchement je passe la plupart du temps à répondre à des mails, aux différents partenaires avec lesquels on travaille, notamment les structures qui nous font des signalements, mais aussi les patients qui écrivent des messages auxquels j'ai pas eu le temps de répondre, ou des appels à passer. Par exemple les hôpitaux pour des rendez-vous, ce genre de chose. Ah bah c'est sûr je déborde un peu du cadre. »³⁴⁷

Les professionnels ont aussi témoigné de difficultés à gérer les appels reçus pendant leurs déplacements, dans un arbitrage entre téléphoner au volant, s'arrêter pour répondre, rappeler plus tard avec le risque d'oublier ou là encore de reporter les appels en dehors du temps de travail. Dans notre dernière sous-partie, nous allons nous attarder sur l'usage du téléphone mobile, apparu alors comme un outil ambivalent dans la gestion de la disponibilité.

1.4. L'ambivalence du téléphone portable dans la gestion de la disponibilité

Dans un contexte d'intervention selon une démarche « d'aller vers », les conditions de la rencontre sont essentiellement fixées par l'intervenant, porteur de la démarche et donc principal décideur de la

³⁴⁶ Temps de travail spécifique au statut de psychologue dédié à la préparation de ses activités, l'actualisation des connaissances et la participation à des formations, la participation à des travaux de recherche, l'accueil d'étudiants. Obligatoire dans le contrat de travail, il peut représenter jusqu'à 1/3 du temps de travail selon les circonstances. Dans le cas des psychologues de l'équipe mobile sanitaire il représente 10% soit une demi-journée de travail.

³⁴⁷Psychologue de l'équipe mobile sanitaire, décembre 2020.

fréquence d'intervention. Contrairement aux services effectuant de l'accueil dans leurs locaux, disposant souvent d'un secrétariat où les personnes peuvent venir formuler une demande de rendez-vous ou solliciter des permanences d'urgence lors de besoins immédiats, la sollicitation téléphonique apparaît alors comme le seul moyen pour « laisser-venir » les personnes. Néanmoins cette disponibilité par téléphone n'est pas encadrée par les horaires d'ouverture des bureaux ni par le filtrage des demandes par un standard d'accueil. La relation téléphonique se distingue ainsi pour les intervenants mobiles par son caractère direct (appels sur le téléphone individuel du professionnel) et non filtré. Par ailleurs l'usage du téléphone peut être différent selon les fonctions dans l'équipe. Nous nous intéressons alors ici aux usages spécifiques du téléphone dans la gestion de la disponibilité en contexte d'intervention mobile.

1.4.1. *Le téléphone, principal support de la continuité de l'accompagnement*

Le téléphone mobile est d'abord apparu comme outil qui permet de faciliter l'organisation des interventions, en particulier dans le cadre de suivis. Ainsi les psychologues et infirmières de l'équipe mobile sanitaire l'utilisent pour rappeler à leurs patients qu'elles vont passer le lendemain ou même les contacter le jour-même pour ceux qui ne se présenteraient pas. Mais il est surtout le support pour assurer une continuité de l'accompagnement. Dans les HUDA et CADA en particulier, où les visites sont à une fréquence relativement espacée et fixe, le téléphone permet de se rendre disponible en dehors des temps de rendez-vous et de répondre à des besoins qui ne peuvent pas être soumis au calendrier de visites :

« Dans les HUDA on intervient une à deux fois par mois, mais les personnes entre temps ont des nouvelles donc forcément elles vont nous envoyer un résultat d'examen, ou nous appeler. Et forcément on est obligé d'être disponible, on ne peut pas être disponible qu'aux dates où on y va, parce que c'est pas gérable (...) On ne peut pas leur dire d'attendre la prochaine fois. »³⁴⁸

« Attendre trois semaines ça peut être long. Après y a la malchance aussi, on passe un jour et le lendemain ils ont quelque chose et ils sont obligés d'attendre. Donc c'est pour ça que c'est bien qu'ils aient mon numéro pour contacter en cas d'urgence [...] Je leur dis que même quand je suis toute seule, ils peuvent me faire un audio et je le ferai écouter, on se débrouillera, mais j'aurais au moins l'info et je pourrais les recontacter ultérieurement. Dans tous les cas ils savent que je finirai toujours par les recontacter, en fonction de l'urgence, en fonction de tout ça. »³⁴⁹

Il apparaît ici comment le souci d'être joignable par téléphone s'inscrit dans une démarche de soutien et de continuité de l'accompagnement pour pallier la fréquence insuffisante des rendez-vous. Cette disponibilité par téléphone participe beaucoup à « rassurer », mettre à l'aise les patients exilés qui pour la plupart découvrent le système de santé français. « Au départ, je donnais pas forcément mon numéro aux patients, c'était vraiment pour les professionnels. Mais maintenant je le fais, et je vois que c'est très important pour eux, ça les rassure beaucoup » expliquait la psychologue. De la même manière une des infirmières propose ses compétences linguistiques pour « rassurer » les patients :

« On essaye en fait de leur mettre à disposition tout ce qu'on peut pour rendre les choses plus faciles. [...] Et moi ma manière de le rassurer c'est de dire 'tiens je te donne mon numéro, tu m'appelles quand t'es là-bas comme ça je pourrais t'aider pour la traduction'. »³⁵⁰

³⁴⁸Infirmière, équipe mobile sanitaire, juillet 2020.

³⁴⁹Psychologue, équipe mobile sanitaire, décembre 2020.

³⁵⁰Infirmière, équipe mobile sanitaire régionale, juillet 2020.

Comme évoqué ci-dessus par la psychologue, plusieurs professionnels ont plébiscité l'usage des applications de communication utilisant la connexion internet plutôt que du crédit téléphonique, que les exilés ont rarement du fait de son coût. Beaucoup utilisent ainsi l'application WhatsApp car il permet notamment de communiquer par messages vocaux enregistrés. Ces derniers sont une solution beaucoup plus simple, à la fois pour ceux qui parlent français ou anglais mais l'écrivent et le lisent plus difficilement, également pour les non-francophones à qui les professionnels proposent d'enregistrer des messages dans leur langue qu'ils feront ensuite écouter aux interprètes de l'équipe. Ces derniers ont d'ailleurs un rapport particulier au téléphone portable sur laquelle il convient de s'attarder.

1.4.2. *Se dédoubler par téléphone : le cas des interprètes.*

Là où il va être un outil au service de l'organisation et du suivi des accompagnements pour les infirmiers et psychologues, il est pour les médiateurs-interprètes un média direct d'intervention permettant d'intervenir auprès de différentes structures dans une même journée. Plus qu'un moyen outil d'organisation et de transmissions d'informations, le téléphone est utilisé par les interprètes comme une manière d'étendre spatialement leur présence. Pour rappel, l'équipe est composée de 4 médiateurs interprètes dont deux sont locuteurs des langues afghanes (pachto et dari), l'un est arabophone et le dernier locuteur du Soninké et du Bambara, deux dialectes très usités en Afrique de l'Ouest. Chaque jour, ils sont répartis avec les infirmiers et/ou psychologues sur les lieux d'intervention en fonction des langues les plus représentées sur les sites et éventuellement celles parlées par d'autres membres de l'équipe - deux infirmières étant respectivement arabophone et locutrice du pachto et dari. Malgré cette répartition réfléchie, il y a nécessairement des besoins dans leur langue sur des sites où ils ne sont pas présents, auxquels les interprètes tendent alors de répondre par la possibilité d'être appelé par les autres binômes pour effectuer de l'interprétariat à distance. Les interprètes sont ainsi requis à une double mobilité : une mobilité géographique et une mobilité par téléphone, qui va avec une double disponibilité, présente et à distance. « *Ils se dédoublent* »³⁵¹ comme le fit remarquer une infirmière de l'équipe.

Cette double disponibilité est contraignante et suppose un travail important dans la gestion de la disponibilité, et notamment dans l'accueil en continu des informations : rester joignable, gérer des sollicitations alors qu'on est déjà occupé, s'interrompre dans ses tâches pour prévenir qu'on est occupé et prévoir un rendez-vous, ou laisser passer et rappeler plus tard : « *On ne peut pas toujours répondre ...Si on m'appelle alors que je suis occupé ici, souvent je réponds mais je dis que je rappelle après. Je vois si ici ils ont encore besoin de moi longtemps. Les autres attendent, ils font passer quelqu'un d'autre avant, ici aussi, ...voilà ils s'adaptent* »³⁵².

Pour les professionnels qui travaillent avec eux, cette disponibilité par téléphone est une « chance » mais qui en pratique ne peut pas être satisfaite systématiquement, et par ailleurs ne donne pas des conditions de traduction aussi favorables :

« En fait, en présentiel ils peuvent voir comment amener les questions. Quand ils sont à distance, dans leur dynamique dans leur coin, parfois ils traduisent mais bon c'est...pas pareil....En fait ils

³⁵¹ Infirmière de l'équipe mobile régionale, décembre 2020.

³⁵² Médiateur-interprète, équipe mobile sanitaire régionale, décembre 2020.

ont besoin d'être là pour comprendre ce qui se joue. En plus y a les problèmes de connexion, y a les problèmes pour les contacter parce qu'ils sont eux aussi en entretien, ils sont pas en back office à la maison. Donc soit on les interrompt, soit on les prend à un moment où ils vont avoir un autre patient... Parfois ils sont en pleine route, parce qu'ils vont sur un autre site ou quoi. Et comme je vous disais les entretiens peuvent être longs. Donc c'est hyper compliqué le cadre à ce moment-là, mais c'est toujours ça. »³⁵³

Ces témoignages corroborent les analyses de l'ANR Migsan sur les contraintes organisationnelles et spatiales des interprètes dans le secteur médico-social (Hoyez et al., 2019) : des territoires d'exercice très éclatés, des emplois du temps très variables, des interlocuteurs très nombreux et différents supposant un travail important mais difficile de gestion de leur temps et leur disponibilité.

1.4.3. Une source de déstructuration du temps de travail et du périmètre des tâches

Enfin, que cela concerne les médiateurs-interprètes ou les autres, le téléphone participe à déstructurer l'emploi du temps, déjà difficile à établir : interruptions par des appels pendant les rendez-vous ou en voiture, messages de patients qui s'accumulent et pour lesquels il va falloir dégager du temps pour écouter et répondre. Il contribue, comme le déplacement, à produire de l'aléa dans l'organisation du travail, à reporter des tâches à plus tard, dépasser ses horaires ou ramener du travail à la maison. Le téléphone permet davantage que le mail de proposer mais aussi de subir une disponibilité en dehors du temps de travail. « *Moi je laisse mon contact, à 19h on m'appelle, c'est l'infirmière qui m'appelle et m'explique ça. – les cadres n'ont pas d'heure hein-[...]* » évoquait ainsi une psychologue dans le récit de la prise en charge d'un cas de décompensation psychiatrique au sein d'une structure d'hébergement. Mais surtout la disponibilité par téléphone exacerbe les possibilités de « sortir du cadre », c'est à dire d'être sollicité pour des demandes en dehors de sa mission professionnelle : faire de la traduction pour d'autres problématiques que la santé, accompagner sur des problématiques administratives et même faire de l'aide au récit. La tendance à être sollicité pour répondre à d'autres demandes est déjà forte sur place, là où les professionnels se trouvent. Du fait de leurs compétences linguistiques rares, les médiateurs-interprètes et les deux infirmières bilingues sont très régulièrement sollicités aussi bien par les équipes sociales que par des hébergés pour répondre à des demandes de traduction diverses. Pour eux, ces demandes sont « normales », et « compréhensibles »³⁵⁴, difficiles à refuser dans la limite de leur disponibilité : « *Si je suis là et que j'ai le temps, bah je vais pas dire non* »³⁵⁵ argumenta ainsi l'infirmière bilingue. Pour autant cette même infirmière a reconnu comment les demandes de traduction par téléphone ont pu à un moment devenir trop lourdes à gérer. Alors qu'il n'y avait pas encore d'interprète en pachto-dari dans l'équipe, celle-ci était constamment interrompue dans ses consultations pour faire de la traduction à distance. Elle endossait alors à la fois une double posture professionnelle : infirmière et médiatrice-interprète et une double disponibilité, présente et téléphonique :

« A un moment ça a été très compliqué parce qu'on n'avait pas de médiateur interprète en pachto-dari, donc les autres m'appelaient sans cesse, c'est moi qui faisais tout, donc au bout d'un moment... Y avait un coordinateur à l'époque qui a dit à la direction 'Là c'est plus possible, on est en train de faire n'importe quoi car Nadia est infirmière et là elle sort de son cadre'. Après ils ont recruté un médiateur-interprète en pachto-dari puis un deuxième donc ça a changé j'ai pu me reconcentrer sur*

³⁵³ Psychologue, équipe mobile sanitaire régionale, décembre 2020.

³⁵⁴ Médiateur-interprète, équipe mobile sanitaire régionale, novembre 2020.

³⁵⁵ Infirmière, équipe mobile sanitaire, juillet 2020.

mon travail d'infirmière. Après je te cache pas que je suis quand même sollicitée, mais ça reste gérable. C'est-à-dire on ne m'appelle pas non plus 50 fois dans la journée. »³⁵⁶

Cette tendance est exacerbée pour ceux qui ont des compétences de traduction mais vaut pour toute l'équipe. En effet, les infirmiers et psychologues de l'équipe mobile sanitaire sont souvent sollicités pour des demandes administratives de la part des patients, relatives à la demande d'asile, y compris de l'aide au récit, ou des démarches de recours aux droits comme la Solidarité transports. Ces demandes sont d'autant plus courantes sur les HUDA hôteliers où il n'y a pas d'équipe sociale sur place. Quand les hébergés n'arrivent pas à joindre leurs référents sociaux, qui sont eux-mêmes dans une équipe sociale mobile et font des visites à des fréquences très variables (Sempé, 2022), certains reportent leurs demandes sur des membres de l'équipe sanitaire. Ainsi une autre infirmière analysait le risque de sortir de son rôle en donnant son numéro de téléphone :

« Le risque c'est que les patients te positionnent comme référente, et qu'à chaque fois qu'ils ont un problème ils se réfèrent à toi et s'appuient sur toi [...] Surtout que des fois les patients nous appellent ou viennent nous voir pour des choses administratives, des choses qui n'ont rien à voir avec la santé, qui sont pas de notre ressort... En plus ils sont beaucoup sur les sites, on a jusqu'à 150 patients, donc si à chaque fois je donne mon numéro, au bout d'un moment il va jamais arrêter de sonner »³⁵⁷.

Présente depuis trois mois dans l'équipe, elle a fait le choix de ne pas donner son numéro professionnel de façon systématique comme certaines de ses collègues, mais uniquement dans les situations où elle demande aux patients de les tenir au courant d'un résultat, ou nécessairement, quand elle les recontacte. La question de la mise à disposition de son numéro n'est pas simple à régler et doit s'ajuster entre la conscience du risque d'être trop sollicité et l'envie d'aider. Un médiateur interprète embauché depuis trois semaines exprimait ainsi ses hésitations quant au fait de laisser son numéro de mobile professionnel à des patients :

« Médiateur-interprète (MI) : - Encore aujourd'hui il y a un Monsieur qui était là avec nous. ; quand je suis sortie à l'extérieur il m'a demandé 'Est-ce que vous pouvez me donner votre numéro, comme ça quand je serai ailleurs, par exemple à la Préfecture pour mes démarches administratives, je vous appelle parce que vous parlez bien ma langue ; vous allez expliquer tout'. Donc oui ça arrive souvent.

Enquêtrice : Et dans ce cas vous faites quoi ?

*MI : Bah justement c'est un peu compliqué pour moi. Déjà, je me demande si j'ai le droit. J'aime faire ce genre de choses mais il se peut que professionnellement, c'est pas bien. Et comme le dit *Emma [infirmière], je veux pas qu'ils m'appellent tout le temps. Raison pour laquelle j'ai pas donné mon numéro directement. Mais je lui ai dit que je suis là régulièrement peut-être qu'un autre jour il peut me demander encore. Peut-être que ça m'arrivera de donner mon numéro mais pour l'instant je ne préfère pas trop. »³⁵⁸*

La gestion de son téléphone apparaît finalement comme une part importante mais difficile du travail de disponibilité, à la fois dans la gestion des sollicitations (se laisser interrompre, rappeler plus tard...) et la gestion de la mise à disponibilité de son numéro.

Cette partie nous a permis d'interroger les liens entre mobilité des équipes et temporalités d'intervention et d'accompagnement. De par leur organisation et les missions associées, les équipes

³⁵⁶ *Ibid.*

³⁵⁷ Infirmière, équipe mobile sanitaire, novembre 2020.

³⁵⁸ Entretien avec un médiateur interprète et une infirmière de l'équipe mobile sanitaire, respectivement depuis 3 semaines et 3 mois dans l'équipe, novembre 2020.

mobiles sont positionnées entre un objectif de suivi dans la durée et une capacité de disponibilité immédiate. L'analyse de la mobilité comme condition de travail a aussi montré comment la mise en mobilité révèle des tâches et compétences supplémentaires qui reposent essentiellement sur les intervenants. Plus encore, le déplacement des intervenants implique de l'aléa et des contraintes sur les autres catégories de tâches, générant alors, paradoxalement, une certaine indisponibilité. Nous avons enfin analysé l'ambivalence de la relation téléphonique dans la gestion de la disponibilité envers les personnes accompagnées : si elle sert d'outil pour organiser ses déplacements, entretenir une relation d'aide entre deux visites, elle participe à étendre les prérogatives de l'accompagnement et brouiller encore davantage les contours de la mission des intervenants, entre suivi et réponse à l'urgence.

2. La coordination médico-sociale à l'épreuve de la mobilité des soignants

L'intervention hors-les-murs pose plusieurs enjeux de coordination à différents niveaux, au sein de l'équipe et avec les partenaires. D'une part, la dispersion des lieux d'intervention met à l'épreuve la construction d'un collectif de travail et les capacités de coordination médico-sociale. D'autre part l'organisation du soin au sein d'autres institutions, dans des espaces plus ou moins adaptés et gérés par d'autres équipes, pour la plupart non médicales, pose un certain nombre d'enjeux de coordination entre partenaires, du signalement de besoins au suivi des personnes, en passant par l'organisation des interventions. C'est aux particularités et complexités de l'organisation et de la coordination interne et externe autour des interventions mobiles que s'intéresse cette partie.

2.1. De la difficulté de construire un collectif en équipe mobile

La dispersion des lieux de travail liée à l'intervention mobile interroge les capacités à réunir entre collègues : quand bien même les équipes mobiles ont un siège, s'y retrouver, tous ensemble ou même en partie à un même moment peut s'avérer compliqué. Si les technologies de l'information et de la communication permettent de pallier cette dispersion, ces configurations posent des enjeux en matière de coordination interne, notamment autour des situations individuelles, et de façon plus générale, dans la création d'un collectif de travail.

2.1.1. Se déplacer, se croiser, et se réunir ?

Parmi les deux équipes essentiellement mobiles enquêtées, seule l'EMPP a réussi à délimiter un créneau de réunion hebdomadaire fixe, en matinée, où tous les membres de l'équipe peuvent théoriquement être présents. Le créneau d'environ 3h qui suit le déroulé suivant fait alors office à la fois de réunion d'organisation et de coordination médico-sociale : 1) vie de l'équipe (congés, absences, accueils...), 2) informations partenaires (les demandes hors signalement auxquelles il faut répondre, les événements institutionnels...), 3) Signalements (depuis la dernière réunion), 4) Maraudes et permanences (passées et à venir), 5) informations patients des entretiens de soutien, 6) informations patients « consultation migrants ». Après les deux premiers points relatifs à l'organisation générale de l'équipe et les actualités relatives aux partenaires, les points 3 et 4 relèvent de l'organisation des interventions : concernant les signalements, l'équipe discute des créneaux et personnes possibles pour aller rencontrer ou recevoir les personnes. À l'issue de la réunion, les deux infirmiers recontactent les orienteurs pour proposer un créneau et éventuellement recueillir davantage d'informations sur les demandes. Le point 4 permet de revenir sur les maraudes et permanences effectuées, à la fois récapituler le nombre de personnes vues mais également formuler des remarques sur l'organisation et

les liens avec les équipes sociale. Ce point peut aussi déjà faire l'objet d'échanges sur des situations individuelles, par exemple en évoquant des personnes qui pourraient faire l'objet d'entretiens de soutien supplémentaire ou être orientés vers la consultation migrants. Mais ce sont surtout les points 5 et 6 qui relèvent de la coordination médico-sociale individuelle puisqu'il s'agit de revenir sur chaque personne reçue en entretien en évoquant plus ou moins rapidement sa situation, les éventuelles difficultés rencontrées dans la prise en charge et de potentiels besoins d'orientation ou de prescription médicale.

L'organisation de réunions d'équipe est en revanche plus compliquée pour l'équipe mobile sanitaire qui est à la fois plus grosse (13 intervenants + 1 cheffe de service), plus récente, et dont la présence au siège des professionnels est moins fréquente. De par l'organisation de leurs emplois du temps (chaque intervenant travaille 4 journées de 9h par semaine et non 5), la dispersion des lieux d'intervention (dont la distance au siège est très variable), les intervenants de l'équipe mobile régionale n'ont pas d'espaces-temps où ils se retrouvent tous physiquement au siège. Cette absence de réunion d'équipe en présentiel est aussi liée à la crise épidémique. Lorsque j'interrogeais l'équipe en 2020, la cheffe de service m'expliquait qu'il y avait eu auparavant un créneau de réunion au siège, une heure hebdomadaire en matinée. Il s'agissait d'un temps dédié à de la coordination et l'organisation logistique de l'équipe, qui était aussi pensé comme « un temps de convivialité » autour d'un petit déjeuner avant de partir en intervention. Cependant les contraintes relatives aux rassemblements et déplacements à partir du confinement de mars 2020 ont mis fin à ces réunions. Face à l'impossibilité logistique de réunir physiquement toute l'équipe, la cheffe de service avait alors décidé de mettre en place au cours de l'été 2020 un temps de « transmission » journalier à distance, vers 16h30 c'est-à-dire au moment où les équipes sont censées terminer leurs consultations sur les sites. Cependant, en pratique cet horaire correspond au moment où les équipes doivent reprendre la route vers le siège, ce qui semble finalement très peu adapté :

« En fait ce sont les trajets qui vont nous fatiguer beaucoup. Déjà on fait un métier où on enchaîne, mais alors avec les trajets...Et maintenant notre cheffe de service veut qu'on fasse des transmissions à 16h30, de 16h30 à 17h. Mais souvent à cette heure-ci on est sur la route. Normalement la route c'est notre moment de décompression, et en fait là on est et sur la route en train de travailler à conduire, et en plus de ça à faire des transmissions. Ça c'est vraiment problématique. Après elle nous dit de faire ça sur site, mais sur site on n'a pas toujours la connectivité, et si on finit plutôt à 17h30 que 17h, ce qui arrive régulièrement et qu'on est loin genre Cergy, bah après de Cergy à Créteil on n'est pas pour 18h à Créteil. »³⁵⁹

L'organisation d'une réunion d'équipe, même à distance se heurte à la gestion du temps de déplacement et confronte à un arbitrage insatisfaisant : choisir entre l'insécurité de téléphoner en conduisant et le risque d'étendre son temps de travail en décalant le trajet retour. Par ailleurs, la psychologue évoque ici la fonction du temps de déplacement : bien qu'il soit sur le temps de travail et représente, comme nous l'avons vu plus haut, une catégorie de tâches, il est envisagé pour certains comme un temps de pause, de détente, qui n'est pas propice à des discussions professionnelles.

Au-delà des contraintes logistiques qu'ils représentent, ces points journaliers de l'équipe régionale ne sont pas des réunions de coordination médico-sociale comparables à celles de l'EMPP. En effet ces réunions dites de « transmission » sont davantage un débriefing global de la journée et un point

³⁵⁹ Psychologue de l'équipe mobile sanitaire, décembre 2020

d'organisation qu'un point de coordination médicale : on évoque les médicaments à ramener pour la prochaine intervention sur le site, les problématiques épidémiques à surveiller et gérer ou encore s'il y a des remontées des équipes sur place. Comme évoqué plus haut (1.3.1), la logistique et l'organisation de la mobilité occupent une place importante : récapituler qui intervient où le lendemain, la répartition des véhicules, les problèmes rencontrés sur les véhicules...etc. Par ailleurs, ces points réunissent rarement toute l'équipe puisqu'ils ne concernent que ceux qui étaient en intervention le jour-j : ceux pour qui c'est leur jour off ou qui sont en journée de « back office » ne participent pas. Toutefois, interrogée en novembre 2020, la cheffe de service n'envisageait pas de remettre en place des réunions en présentiel, au regard notamment des évolutions dans l'organisation des déplacements : *« Donc voilà pour l'instant c'est comme ça qu'on fonctionne, mais en soit, étant une équipe mobile, je pense que ça ne pourra plus être un temps en présentiel. Maintenant une grande partie de l'équipe va directement sur site, donc ça ne paraît plus vraiment possible de se retrouver au siège. »*³⁶⁰

En l'absence de temps dédié, les professionnels ont toutefois mis en avant les échanges sur site lorsqu'ils sont en trinôme infirmier/psychologue/interprète, et avec le médecin lorsqu'ils interviennent en CAES. Beaucoup échangent aussi par téléphone, jugé le plus efficace (*« On échange pas mal sur le groupe WhatsApp ou on s'appelle directement, c'est plus simple »*³⁶¹), mais dont l'usage répété renforce les enjeux précités de gestion du téléphone. Le fait d'être seul en intervention amène aussi les professionnels à prendre des décisions en « autonomie », comme ici suggéré par la psychologue qui est régulièrement amenée à intervenir sans binôme infirmier :

*« Si je suis sur site sans mes collègues et qu'il y a besoin d'une orientation médicale pour je sais pas, un genou un truc comme ça, soit j'appelle directement mes collègues et ils me disent directement ce qu'il faut faire, comme eux le font vis-à-vis de moi ; soit je sais où les orienter et après je fais un retour à l'équipe en disant 'voilà y avait telle personne avec telle problématique, je lui ai pris un rendez-vous'. Quand c'est des trucs généralistes ça va. »*³⁶²

Une infirmière a aussi évoqué les temps dits de supervision de pratiques, animés par une psychologue extérieure au rythme d'une séance de 2h par mois. Si ce ne sont pas des temps de coordination médicale où ils sont censés décider/arbitrer sur des cas mais plutôt revenir sur leurs propres difficultés dans l'accompagnement des personnes, ils deviennent aussi en pratique des espaces d'échanges autour de situations individuelles.

*« De base c'est censé être une supervision de pratiques, elle est censée nous donner des billes pour que ça aille mieux, mais en fait au fur et à mesure c'est devenu un peu un temps...d'échanges entre nous quoi (rire). Comme c'est un moment où on évalue, chacun va dire les cas psychologiques et d'autres faits qui ont marqué. Et ça nous fait du bien parce que toute l'équipe échange, on prend le temps sur des situations ce qu'on ne fait pas dans nos points quotidiens, chacun peut réagir, c'est assez animé. C'est une bonne chose »*³⁶³

Ces rares moments ensemble saisis pour discuter sur des situations témoignent d'un besoin de renforcer les collectifs de travail. Ces difficultés à se réunir font écho à des observations des métiers de l'intervention sociale et médicale à domicile comme les auxiliaires de vie auprès de personnes âgées ou en situation de handicap (Lada, 2011, Devetter et al., 2022). Alors même que la complexité de

³⁶⁰ Cheffe de service de l'équipe mobile sanitaire régionale, novembre 2020.

³⁶¹ Infirmière de l'équipe mobile sanitaire régionale, juillet 2020.

³⁶² Psychologue de l'équipe mobile sanitaire régionale, décembre 2020.

³⁶³ Infirmière, équipe mobile sanitaire, juillet 2020

certaines situations de grande vulnérabilité appelle particulièrement à un besoin de soutien par ses collègues, ces études décrivent des collectifs de travail très fragilisés par la modalité d'intervention à domicile et des risques psycho-sociaux liés à l'isolement des travailleurs. Les professionnels que nous avons rencontrés ont aussi évoqué ce risque d'isolement.

2.1.2. *L'intervenant mobile, un travailleur plus isolé à différentes échelles ?*

Comme évoqué plus haut avec le témoignage de la psychologue de l'équipe mobile sanitaire, l'intervention « hors-les-murs » en solitaire appelle alors à une certaine autonomie dans l'organisation et les prises de décision. Mais le pendant de l'autonomie du travailleur mobile est bien son isolement. De par l'éparpillement de leurs lieux de travail, les travailleurs mobiles sont plus isolés dans leurs pratiques professionnelles (Belton & de Coninck, 2007). C'est notamment ce qu'a décrit Mathilde Sempé à propos des équipes mobiles de travailleurs sociaux en hôtel social qui effectuent seuls les visites en chambre d'hôtels et ont peu d'espaces de discussion collective (Sempé, 2022). Cette problématique de l'isolement s'est aussi posée dans certaines équipes étudiées. Dans l'équipe régionale sanitaire, malgré des interventions en binôme ou trinôme, l'insuffisance des cadres collectifs de discussion favorisent un isolement dans les problématiques professionnelles. C'est en particulier le cas pour les psychologues, qui ne sont que deux et se voient très peu : toutes les deux à mi-temps la première année, elles intervenaient chacune sur une partie de la semaine et ne se croisaient jamais. Par ailleurs pour des raisons organisationnelles, elles se sont partagées les sites et n'interviennent donc ni auprès des mêmes partenaires, ni auprès des mêmes patients. En pratique elles n'interviennent donc jamais ensemble, ont peu l'occasion de se croiser et d'échanger sur leurs pratiques.

Le risque d'isolement au sein de l'équipe ne s'est pas posé que pour les équipes essentiellement mobiles. En effet, l'infirmière coordinatrice des actions d'aller-vers du RDS Sud, l'a aussi évoqué au regard de l'augmentation importante de ses activités de maraudes. À la fois pour des raisons de sécurité sur les lieux d'intervention et des enjeux de coordination professionnelle, celle-ci a rapidement demandé à effectuer ses actions en binôme avec l'un des travailleurs sociaux de l'équipe. Fin 2020, les deux collègues se sont mis à effectuer des sorties très régulières, deux à trois fois par semaine sur des lieux d'habitat précaire ou plus rarement des hôtels sociaux. L'infirmière a rapporté une coordination permanente, relativement informelle, avec le travailleur social sur les dossiers des personnes rencontrées pendant les maraudes :

« Il est très partant, maintenant on y va toujours à deux, on fait tout à deux, on forme un binôme où lui fait le bilan social et moi le bilan infirmier. [...] Parfois sur les camps on se sépare en deux et dans ce cas après dans la voiture on débrieife tout en roulant. Puis quand on revient au bureau, on fait nos dossiers et on se les échange. Moi je sais les papiers à récupérer mais c'est lui qui gère. Et inversement lui quand il voit que y a du médical [= des documents relatifs à des actes médicaux], il me prend les papiers »³⁶⁴.

On retrouve la description d'un tandem professionnel, à l'image de la coordination très étroite entre infirmier et médecin ou secrétaire/travailleur social et médecin pour les consultations hebdomadaires des PASS décrites dans le chapitre 3. L'infirmière met en avant la complémentarité, l'efficacité et la formation réciproque sur l'accompagnement médical et social que permet cette pratique en binôme. Toutefois, il s'agit là encore d'une coordination individuelle, limitée à deux membres de l'équipe.

³⁶⁴ Infirmière, RDS Sud, janvier 2021

L'équipe du RDS n'a pas mis en place pour les actions hors-les-murs un temps de coordination médicale, avec notamment le médecin coordinateur, comme ce qu'elle effectue pour la consultation hebdomadaire sans rendez-vous (cf. Chapitre 3, partie 3). Dans ce contexte, l'infirmière coordinatrice du « hors-les-murs » comble ce manque en demandant des avis au médecin stagiaire sur des situations rencontrées en intervention, ou essaye de programmer des patients sur la consultation prévention afin qu'ils soient vus par un médecin.

La problématique de l'isolement des intervenants mobiles se pose à différents niveaux, non seulement au sein de l'équipe, entre collègues, mais aussi relativement aux autres acteurs de la santé sociale. Il est apparu notamment avec l'EMPP que le fait d'être une équipe hospitalière « hors-les-murs » alimente un sentiment de marginalité par rapport à l'hôpital. Les professionnels de l'EMPP ont notamment souligné qu'ils connaissent très peu leurs autres collègues du service psychiatrie, à l'exception de la psychiatre coordinatrice : « *On les voit jamais, on les connaît pas, ce ne sont pas des collègues* »³⁶⁵. L'équipe a par ailleurs connu plusieurs périodes sans médecin coordinateur et/ou sans secrétaire et a longtemps été absente de la page internet du service de psychiatrie. Evoquant les difficultés à obtenir un véhicule adapté au transport de personnes à mobilité réduite, un infirmier partageait une marginalité ambivalente de son équipe, entre sentiment d'exclusion et d'autonomie :

*« A l'hôpital personne nous connaît, personne ne sait ce qu'on fait. On est très peu suivi du fait d'être complètement à part des activités de l'hôpital. En plus on n'a pas eu de psychiatre ni cadre pendant presque un an. On a fonctionné en roue libre pendant environ 2 ans. Ce n'est pas forcément quelque chose de problématique, et ça montre aussi qu'on nous faisait confiance dans nos missions. Mais du coup nos demandes n'étaient pas entendues »*³⁶⁶.

On retrouve cette marginalité des acteurs médico-sociaux dédiés aux personnes précaires en termes d'accès à des ressources humaines ou encore du matériel de soin, analysée dans le chapitre 3. Mais il est aussi suggéré que c'est le fait de travailler en dehors des murs de l'hôpital qui contribue à marginaliser voire invisibiliser l'équipe. On retrouve à nouveau des analyses similaires aux travaux sur les équipes mobiles de soins palliatifs et les équipes mobiles gériatriques (Mino & Lert, 2003) : les équipes qui interviennent à domicile, dans des structures médico-sociales ou même dans d'autres services hospitaliers que celui auquel elles sont rattachées fournissent un travail peu visible par leurs collègues.

Enfin l'isolement se pense aussi relativement aux partenaires. L'exemple de l'équipe mobile sanitaire régionale suggère que la modalité d'intervention mobile combinée à une large échelle, ici régionale, complexifie la visibilité auprès des partenaires. En effet, l'enquête auprès des différents acteurs médico-sociaux du département a montré que cette équipe était très peu identifiée par les partenaires locaux. Les équipes des PASS, à l'exception de celle de Melun dont l'un des médecins intervient aussi au CAES, ne connaissaient pas l'existence de l'équipe mobile. Idem pour le RDS nord, alors même que l'équipe mobile intervient sur deux HUDA de son territoire. Même l'ARS départementale n'avait pas pleine connaissance de l'intervention de l'équipe sur le département : si elle savait que cette équipe intervenait sur le CAES, elle n'avait pas connaissance de l'extension des interventions à d'autres structures d'hébergement du DNA depuis 2019³⁶⁷. Ce manque de visibilité a

³⁶⁵ Educateur spécialisé, équipe mobile psychiatrie précarité, mai 2019

³⁶⁶ Infirmier, équipe mobile psychiatrie précarité, juillet 2020.

³⁶⁷ C'est alors moi qui appris cette information à la directrice du pôle Prévention et promotion de la santé.

certainement plusieurs facteurs explicatifs combinés. On peut évoquer en premier lieu son apparition relativement récente (2018) par rapport aux autres acteurs médico-sociaux du territoire (PASS, RDS, EMPP), mais il semble que cela soit surtout lié à sa sectorisation régionale et au ciblage populationnel (qui se traduit ici en ciblage institutionnel) qu'elle incarne. En effet, n'intervenant que dans le DNA, l'équipe est rendue moins visible par les acteurs plus généralistes, y compris ceux qui interviennent également dans certains centres du DNA. En outre, dans la mesure où la majorité des acteurs de l'action sanitaire et sociale, y compris ceux qui sont aussi mobiles (les EMPP notamment), sont implantés à une échelle communale, intercommunale ou départementale, l'échelle régionale les distingue et semble alors compromettre leur visibilité dans le paysage de l'action médico-sociale. Concernant la méconnaissance par l'ARS départementale, cela s'explique notamment par le fait qu'en tant qu'équipe régionale, elle est gérée directement par le siège de l'ARS Île-de-France. Le manque de d'information de la délégation départementale suggère alors des manques de communications entre les deux échelons de gouvernance, au détriment de la visibilité des équipes.

Les difficultés de coordination en interne par le manque de cadres collectifs et l'identification difficile par les partenaires voire même les tutelles publiques interroge alors sur le risque d'invisibilisation associé à la mise en mobilité des acteurs de la santé sociale. Elles suggèrent également des enjeux en termes de coordination partenariale, sur lesquelles nous allons nous attarder.

2.2. La coordination partenariale à l'épreuve de l'intervention mobile

Au-delà de la coordination en équipe, l'organisation d'actions médicales sur des lieux gérés par d'autres équipes (dans notre cas majoritairement des équipes sociales d'hébergement), et au cours desquelles interviennent parfois plusieurs partenaires, suppose un travail de coordination partenariale important. Les besoins de coordination évoluent au cours des différentes étapes de mise en œuvre des interventions : en amont, il s'agit d'abord pour les partenaires d'être en mesure de formuler une demande d'intervention, puis éventuellement la préparer ensemble pour répondre au mieux aux besoins formulés. Pendant l'intervention une coordination est nécessaire pour en assurer le bon déroulement (mise à disposition d'un espace adapté, aide à la mobilisation des patients). En aval, la coordination a davantage pour enjeu l'orientation vers des services de santé et le suivi des patients dans leur parcours de soin et, selon les contextes, l'organisation d'autres interventions complémentaires. Ces besoins et les possibilités d'y répondre vont par ailleurs varier selon les lieux d'intervention (structures d'hébergement avec équipe sur place ou non, habitat précaire...) et le type d'interventions (collectives ou individuelles, ponctuelles ou régulières). Cette sous-partie analyse alors comment ce travail de coordination est pensé, mis en œuvre et éprouvé au sein des équipes médico-sociales étudiées, à la fois dans les équipes essentiellement mobiles et les RDS dans leurs actions « hors-les-murs ».

2.2.1. Une mission différemment attribuée et professionnalisée selon les équipes

La coordination avec les partenaires dans la préparation d'interventions mobiles est une tâche inégalement professionnalisée et institutionnalisée selon les équipes médico-sociales enquêtées. Il se trouve que ce sont dans les équipes où l'intervention mobile n'est qu'une partie des actions que la coordination associée s'est trouvée la plus clairement délimitée et institutionnalisée. C'est en effet au sein des deux réseaux de santé que nous avons retrouvé des postes dédiés (plus ou moins entièrement)

à la coordination des actions auprès de partenaires. Déjà évoqué, le RDS Nord a un poste de coordinateur/coordinatrice des actions de prévention et formation dont la principale mission est l'organisation des actions collectives d'information et de promotion de la santé (sensibilisation, vaccination, dépistage). En amont, son rôle est de mettre en relation les partenaires qui sollicitent une intervention (équipes sociales d'hébergement, accueil de jour, CCAS...) ou auprès de qui le réseau veut spontanément intervenir (hôtels sociaux notamment) avec les partenaires de l'action médico-sociale qui peuvent répondre aux besoins (CLAT, centre de vaccination, PMI, maison des solidarités...), en plus de sa propre équipe. « *Moi je ne suis pas celle qui fait, je suis celle qui va organiser, proposer, mettre en lien* »³⁶⁸ a résumé la professionnelle en poste. Selon la nature de la demande, son rôle va être de planifier et d'animer des réunions de préparation. Le jour des interventions, elle endosse, parfois avec d'autres membres, un rôle de superviseur et « soutien opérationnel » sur des actions effectuées par des partenaires : venir en renfort pour la coordination afin que l'équipe médicale se concentre sur les actes cliniques, fournir des interprètes selon les besoins. En aval, elle effectue un bilan des actions et recueille des potentielles autres demandes associées. Dans l'optique d'élargir le champ des partenaires et le territoire auprès de qui le réseau intervient, c'est aussi elle qui effectue un travail de prospection de nouveaux partenaires potentiellement intéressés (hôtels sociaux, centres d'hébergement, accueils de jour...). Au sein du RDS Sud, comme évoqué plus haut, l'équipe a une infirmière « coordinatrice des actions d'aller-vers ». Ce poste a été créé en 2020 dans la continuité des annonces du Ségur de la santé, en prévision de la transition du réseau vers le statut d'équipe mobile santé précarité : il résulte de l'affirmation de « l'aller-vers » dans les politiques publiques. Si les contours du poste n'étaient pas aussi clairement délimités que celui du RDS Nord, il s'agissait d'être l'infirmière principale pour les actions collectives menées ou coorganisées par le réseau, la référente auprès de l'ARS pour leurs demandes d'interventions de santé publique, et d'effectuer de la prospection de partenaires.

Si ces deux postes au RDS témoignent de dynamiques de professionnalisation de la mission de coordination relatives au développement de « l'aller-vers », parmi les acteurs du soin gratuit, nous n'en avons pas retrouvé au sein de l'EMPP ou dans l'équipe mobile régionale. En effet, dans ces équipes essentiellement mobiles la division sociale du travail de coordination interne et externe relative à l'organisation des interventions est logiquement plus diffuse, portée par plusieurs membres de l'équipe, voire un peu tous. Au sein de l'EMPP, les infirmiers et psychologues se répartissent de façon informelle l'organisation des permanences sur les structures d'accueil : des dates sont proposées, et confirmées d'une date à l'autre par ceux qui sont sur place, reportées si nécessaires. L'éducateur et un infirmier portent l'organisation des réunions d'échanges de pratiques/supervision avec les équipes sociales. L'une des psychologues gère les rendez-vous de la « consultation migrants ». Toutes les informations, c'est-à-dire les différents plannings d'intervention, de réunions et de rendez-vous individuels fixés par les membres sont toutefois centralisées par la secrétaire qui met à jour le planning général de l'équipe. C'est aussi elle qui centralise les fiches de signalement individuels envoyés par mail par les partenaires orienteurs. Au sein de l'équipe mobile régionale, comme évoqué en première partie de ce chapitre, ce sont les professionnels intervenants qui se répartissent les tâches de planification et répartition des interventions. Mais cette répartition est peu satisfaisante car génère des

³⁶⁸ Coordinatrice prévention et formation, RDS Nord, en poste depuis 2 ans, avril 2021.

conflits entre travailleurs sociaux (cf. *supra* 1.3.1), en partie régulés par la cheffe de service. La coordination avec les partenaires a pu être également compliquée, notamment dans les débuts, car insuffisamment formalisée. Des équipes sociales partenaires ont alors critiqué la multiplication des interlocuteurs au sein de l'équipe, posant des difficultés de communication :

« La première année ça a été un peu compliqué, y avait beaucoup de turn over, les infirmières n'étaient pas toujours les mêmes, les consignes étaient comprises de façon différente et ça a été compliqué de maintenir une présence régulière comme prévue »³⁶⁹ ;

« C'était jamais les mêmes infirmières, ce qui a pas mal compliqué la communication. On a eu pas mal d'ajustements au début. »³⁷⁰.

Ces témoignages suggèrent comment les difficultés de coordination interne et l'absence d'interlocuteur unique clairement identifié se répercutent sur les relations avec les partenaires. Au cours de l'année 2020, l'équipe avait alors décidé de désigner des infirmiers « référents » pour chaque structure d'hébergement (1 pour chaque CAES, CADA ou HUDA collectif, 2 pour l'ensemble des HUDA hôteliers) chargés de la communication avec les équipes sociale. Cette pratique témoigne alors d'une structuration progressive des pratiques de coordination partenariale dans un contexte où les partenaires sont nombreux.

La description de la division du travail de coordination partenariale dans les équipes mobiles ou dans le cadre d'interventions « hors-les-murs » des RDS montre que cette coordination est davantage institutionnalisée au sein des RDS. Alors que pour eux l'intervention mobile n'est qu'une catégorie d'actions parmi d'autres, son organisation apparaît alors plus précisément définie. La création de poste ou demi-poste dédiés à la coordination des actions « hors-les-murs » montre qu'elle s'est structurée et professionnalisée sur les dernières années avec la valorisation des actions d'aller-vers. Inversement elle est répartie de façon plus diffuse au sein des équipes exclusivement mobiles, bien qu'elle n'échappe pas, à un moment donné, à une coordination générale par une personne désignée (cheffe de service, secrétaire).

2.2.2. Intervenir sur d'autres territoires professionnels : enjeux de communication et d'organisation.

La démarche « d'aller-vers » visant à proposer des soins sur place suppose l'accès à l'information relative aux interventions. Aussi, pour les permanences sans rendez-vous comme pour les actions collectives, un enjeu majeur est celui de la communication aux hébergés de l'intervention pour attirer les personnes qui pourraient en avoir besoin. Prévoir cette communication fait partie intégrante de l'activité préparatoire et est généralement anticipée par les acteurs lorsqu'il y a des réunions de préparation : prendre en compte les éventuelles autres activités organisées par les centres (cours de français, sport, sorties...), les contraintes organisationnelles des équipes (disponibilité de l'équipe sociale, éviter des jours d'arrivées de nouveaux résidents...), ou encore des facteurs susceptibles de limiter la présence des résidents (événements culturels et religieux par exemple). Elle relève d'un

³⁶⁹ Cheffe de service du CAES où l'équipe mobile régionale intervient depuis avril 2018, février 2020.

³⁷⁰ Cheffe de service d'un HUDA où l'équipe mobile régionale est intervenue de septembre 2020 à novembre 2021, décembre 2021

travail de médiation entre l'équipe intervenante, l'équipe « accueillante » et les personnes destinataires de l'action.

Pour les interventions de routine ou au contraire dernière minute qui ne font pas l'objet d'un travail préparatoire, la question de l'information aux hébergés a souvent pu poser problème. Dans des centres où elle effectuait des permanences sans rendez-vous, l'équipe de l'EMPP était très régulièrement confrontée à des permanences pour lesquelles personne n'était présent, ce que l'équipe a pu attribuer à des problèmes de communication de leurs interventions part les centres :

*« Au début quand on a commencé on avait beaucoup de monde mais après ça s'est délité. Je sais pas trop... C'est difficile de savoir comment le centre communique sur nos permanences. Parfois y a des affiches mais pas toujours, je pense que c'est au dernier moment ou alors c'est peut-être pas lu. Je sais pas ».*³⁷¹

On retrouve une frustration liée au manque de contrôle de ce qui se passe sur les lieux où ils ne sont pas maîtres de la circulation des informations. Par ailleurs, ces situations dans lesquelles les intervenants se déplacent « pour rien » sont à la fois pénibles et frustrantes, surtout pour des lieux d'intervention éloignés. Pour éviter ces situations, l'EMPP est passée dans la plupart des lieux où elle intervient à un mode de permanences sur rendez-vous avec inscription préalable auprès de l'équipe sociale, éventuellement fiche de signalement à l'équipe, tout en gardant la possibilité d'ajouter des personnes sans rendez-vous. Ce mode de fonctionnement suppose alors une organisation du côté des équipes sur les lieux d'intervention (proposer et inscrire les personnes aux permanences, transmettre les noms des personnes, rappeler aux hébergés qu'ils se sont inscrits) sur laquelle les équipes intervenantes ont là encore peu de contrôle.

Un autre paramètre majeur dans l'organisation des interventions est celui de l'espace mis à disposition pour les interventions. Cet espace est différent selon la configuration des sites et la capacité des acteurs à demander, négocier des espaces. Dans la plupart des centres d'hébergement, ces espaces sont des bureaux non utilisés ou des salles dédiées à des activités collectives, qui sont alors plus ou moins adaptées au soin. Par exemple, l'équipe sanitaire régionale a rarement accès à un point d'eau, ce qui complexifie les soins infirmiers et suppose des adaptations. Mais la question de l'espace pose surtout des enjeux d'intimité et de confidentialité médicale. Les intervenants de l'EMPP comme de l'équipe régionale demandent généralement l'accès à plusieurs salles pour pouvoir effectuer des entretiens séparément. Ce n'est néanmoins pas toujours le cas. Par exemple au CAES de Seine-et-Marne où ils interviennent pourtant trois fois par semaine, l'équipe régionale n'a accès qu'à une pièce unique, construite à cet effet, au fond de la pièce principale du gymnase qui constitue le centre d'accueil. Enfin dans certains HUDA hôteliers, l'équipe n'a pas à disposition une salle dédiée et effectue ses consultations au mieux dans la chambre de la personne si elle est seule, bien souvent dans un espace collectif ou de passage, « sur le pas de la porte »³⁷², dans le couloir ou le hall de l'hôtel. Ces configurations sont problématiques. Il est évidemment compliqué de faire se déshabiller quelqu'un pour une osculation, ou mener un entretien de soutien psychologique prolongé dans des espaces où d'autres personnes sont susceptibles de passer ou entrer. Les consultations dans les espaces partagés sont alors souvent des consultations écourtées. La configuration des espaces est fortement associée à la

³⁷¹ Infirmier, EMPP, mai 2019.

³⁷² Psychologue, équipe mobile régionale, décembre 2020.

problématique de l'exposition au regard de l'autre. Enjeu bien décrit par la littérature qui s'intéresse au non-recours, l'exposition au regard des pairs dans le recours aux dispositifs d'aide et de soin est un motif important de renoncement (Warin & Chauveaud, 2014). Ce motif est particulièrement fort pour le recours aux soins psychologiques et psychiatriques pour lesquels les angoisses sociales de stigmatisation sont exacerbées (Hazo et al., 2017). Les membres de l'EMPP sont bien conscients de cet enjeu sur lequel ils ont cependant peu de prise :

« Dans beaucoup de centres, comme ici, on fait les rendez-vous dans des bureaux et les personnes attendent dans le couloir. Mais c'est compliqué pour les gens d'attendre au milieu de tout le monde. On a beaucoup de personnes inscrites qui ne viennent pas finalement. Moi je pense que c'est en partie à cause de ça. Ici c'est impossible d'être anonyme [...] Parfois on demande à un travailleur social, d'aller les chercher, de vérifier si la personne n'a pas oublié ou quoi mais c'est compliqué »³⁷³.

Dans les lieux d'intervention où l'équipe sanitaire n'a qu'une pièce, psychologue et infirmier effectuent leurs consultations tour à tour, avec l'interprète selon les besoins. Ils se retrouvent donc parfois à trois autour du patient, une configuration qui pose des problèmes tant du point de vue de la confidentialité médicale que pour mettre à l'aise les patients. Comme l'a relevé une des psychologues, la présence de collègues peut représenter un frein à la délivrance d'un récit : *« Quand on est tous ensemble, je sens que ça en bloque certaines, ça dépend mais ça peut être compliqué de mettre à l'aise la personne »*.³⁷⁴ A l'inverse, quand les personnes se livrent, tout le monde est exposé au récit, qui peut être difficile à recevoir :

« Quand je suis au CAES avec infirmier et interprète, c'est petit on est un peu dans une bulle avec le patient. La personne elle vient déposer ce qu'elle veut, des émotions tout ça..et des fois ça envahit toute la pièce, tout le monde est happé dedans. Moi je suis dans l'entretien et je suis psychologue donc y a un jeu qui se crée où j'ai la maîtrise, mais ceux autour des fois ont les vapeurs de ce qui se passent, ils ont pas la formation non plus et c'est compliqué pour eux de recevoir tout ça. À chacun aussi notre sensibilité. [...] Mais y a des infirmiers parfois ils entendent des choses ils sont...whaaa, sous le choc »³⁷⁵.

Des situations, parfois à la demande du patient, amènent parfois des infirmiers et interprètes à sortir de la pièce, ce qui demeure une pratique contraignante dans la mesure où ils n'ont pas d'endroit où s'installer en attendant. Ces derniers sortent alors dans le hall du CAES ou dehors.

Au-delà de l'espace, les professionnels se confrontent aussi à l'organisation et la disponibilité des équipes. Par exemple, pendant longtemps l'EMPP a effectué une permanence qui avait systématiquement lieu sur le créneau où l'équipe sociale du centre effectuait sa réunion d'équipe. Lorsque les membres de l'équipe mobile arrivaient sur les lieux, ils étaient alors accueillis par un agent d'accueil qui n'était pas toujours au courant de leur intervention. Cette situation obligeait souvent les intervenants à aller interrompre l'équipe sociale dans sa réunion pour signaler sa présence ou réaliser avec eux une transmission orale de leur passage. De même lors des interventions collectives de prévention, dépistage, les équipes des RDS ne sont pas toujours accueillies chaleureusement dans l'organisation par des membres des équipes sociales locales :

³⁷³ Infirmier de l'EMPP, mai 2019.

³⁷⁴ Psychologue, équipe mobile sanitaire, décembre 2020.

³⁷⁵ *Ibid.*

« Ici [un centre d'hébergement] j'ai passé 3h, pas un café d'offert, pas un verre d'eau. Dans une pièce froide [...] Elle m'a dit « vous vous installez là ». Je lui ai dit que le radiateur ne fonctionnait pas. Elle m'a répondu « oui mais c'est une pièce qu'on n'utilise jamais ». Ils avaient rallumé mais ça n'avait pas chauffé. Donc moi je me pelais. Le médecin à côté c'était l'inverse il avait le chauffage à fond. Elle s'en moquait je crois »³⁷⁶

Enfin, intervenir dans des structures gérées par d'autres équipes, signifie aussi se confronter à des « cultures professionnelles différentes. Comme déjà analysé par Vianney Schlegel (2022), la problématique du secret médical cristallise des différences sur les pratiques d'organisation du soin en structures d'hébergement. Par exemple, dans un des centres d'hébergement où l'EMPP intervient, l'équipe sociale avait décidé de transmettre aux agents d'accueil la liste des personnes inscrites à leur permanence, à la fois pour qu'ils puissent rappeler leurs rendez-vous aux hébergés et transmettre la liste aux intervenants. En réunion d'équipe, une des psychologues de l'EMPP avait alors exprimé son désaccord avec cette pratique d'un point de vue de la confidentialité médicale et envisageait de demander à l'équipe sociale partenaire de trouver un autre système de rappel aux hébergés. La nécessité d'acculturation réciproque des équipes sociales et médico-sociales apparaît comme un enjeu important de la coordination des acteurs dans le cadre de l'organisation d'interventions « hors-les-murs » afin de proposer un cadre d'intervention adapté et préserver l'intimité et la confidentialité de l'acte de soin.

2.2.3. Une coordination médico-sociale très limitée, entre collaboration et délégation ?

Le dernier point sur lequel nous souhaitons revenir ici sont les pratiques de coordination médico-sociale autour des situations individuelles des patients, dans les orientations et le suivi du « parcours de soin ». Là encore les cadres et pratiques de coordination sont variables selon les équipes et les partenaires. Par exemple, avec l'équipe du CADA où le RDS Nord effectue des bilans de santé d'accueil et des interventions collectives annuelles (cf. Chapitre 5, partie 1.1.), la coordination médico-sociale est très étroite. La « référente santé » de l'équipe sociale du CADA est en étroite relation avec l'équipe du RDS : la médecin coordinatrice du réseau transmet généralement à la référente sociale un compte rendu des consultations qu'elle a effectuées puis les deux échangent régulièrement par mail ou téléphone sur les situations individuelles. Cet exemple de collaboration est un peu apparu comme une exception. En effet, dans la plupart des cas, les relations entre les équipes médico-sociales et leurs partenaires sur les suivis individuels sont relativement limitées. Nous allons nous attarder ici sur le cas de l'équipe mobile régionale.

Les professionnels de l'équipe mobile régionale ont reporté une communication avec les équipes sociales des structures d'hébergement variable selon les équipes et les configurations des centres mais dans l'ensemble très limitée. Sur le CAES du territoire, et cela semble être le cas pour les trois CAES où ils interviennent, la communication avec l'équipe sociale est essentiellement orale, lorsque l'équipe sanitaire arrive ou repart. Surtout elle reste limitée à des informations très logistiques et/ou relatives à des risques épidémiques collectifs : par exemple, s'il faut remettre un traitement à un résident qui ne serait pas venu le récupérer ou lors d'infections de punaises de lit afin que les agents hôteliers qui interviennent activent directement le protocole de désinfection. Comme évoqué dans le chapitre 4, les

³⁷⁶ Infirmière, RDS Sud, février 2021.

membres de l'équipe gestionnaire du CAES ne sont pas considérés comme des référents sociaux, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas missionnés pour effectuer de l'accompagnement social et sanitaire individuel des hébergés. De ce fait, l'équipe sanitaire communique très peu sur les situations des hébergés avec l'équipe du centre et contacte directement les services de santé (la PASS, le laboratoire) lorsqu'il y a besoin d'effectuer une ouverture de droits ou planifier des consultations ou examens. Parallèlement, de son côté, l'équipe sociale se positionne dans une logique de délégation systématique des questions de santé vers l'équipe mobile sanitaire : « Dès que y a une question par rapport à la santé, on oriente directement vers l'équipe mobile et le médecin. C'est eux qui gèrent tout, nous on transmet juste des informations ou des médocs si besoin »³⁷⁷.

Dans les HUDA et CADA où se trouve sur place une équipe sociale, l'équipe sanitaire a mis en place un système de carnets de transmission afin de communiquer sur les situations des hébergés. En particulier pour les non-francophones, l'équipe sociale renseigne le motif de la demande de consultation et des éléments de situations tandis que l'équipe sanitaire est censée renseigner les actions réalisées, et les orientations recommandées. En pratique, les professionnels des équipes sociales comme de l'équipe sanitaire ont expliqué que ce cahier fonctionne assez peu et les communications orales privilégiées car « plus simples » et « plus efficaces ». Enfin dans les HUDA hôteliers où passe une équipe sociale mobile, la communication sur les patients est complexe dans la mesure où les équipiers ne se croisent presque jamais. Dans la mesure où l'équipe sanitaire intervient sur signalement de l'équipe sociale, les deux équipes ont souvent peu d'intérêt à synchroniser leurs interventions. Par ailleurs, bien que gérées par la même association, elles ont leur siège sur deux sites différents. Ainsi les professionnels se voient très peu et communiquent essentiellement à distance. Leur communication a dû faire l'objet de discussions et d'ajustements avec la direction : alors que les professionnels avaient pris l'habitude de communiquer par téléphone (appels, sms) pour effectuer des signalements et s'informer du suivi des personnes, les deux directions des équipes ont demandé à délimiter un « protocole de collaboration » plus encadré dans lequel tout signalement par l'équipe sociale doit être adressé par mail à l'infirmière ou la psychologue désignée comme référente de l'HUDA avec les cheffes de service des deux équipes en copie. Pour préserver une communication fluide par téléphone, les deux équipes ont cependant négocié la création de groupes WhatsApp partagés pour communiquer sur des situations et/ou l'organisation d'interventions. Ainsi cette structuration progressive de la communication avec les partenaires récurrents révèle le fait qu'elle a été un impensé de la mise en place de l'équipe mobile sanitaire, pourtant soumise à une norme de disponibilité et de réactivité importante.

Finalement dans les trois types d'établissements où ils interviennent (CAES, CADA, HUDA hôteliers), la communication avec les équipes sociales est limitée et concerne assez peu les situations individuelles. Comme l'a regretté la psychologue de l'équipe sanitaire, il n'y a pas de réels espaces institutionnalisés de coordination avec les travailleurs sociaux sur les situations individuelles :

« Y a pas de réunion de synthèse avec toute l'équipe comme il peut y avoir dans certaines institutions où tout le monde se réunit, avec médecin et psychologue et où on expose les cas pour faire une prise en charge globale, se dire ce qu'on a fait déjà sur la personne et décider de ce qu'on va faire par la suite, et aussi revenir sur des difficultés que l'équipe sociale rencontre pour nous pouvoir les guider. »

³⁷⁷ Membre de l'équipe sociale du CAES, février 2020.

Parce que c'est aussi le rôle des psychologues dans les institutions de guider les autres par rapport à certaines problématiques, comment réagir... Les travailleurs sociaux ils n'ont pas les formations et ils sont aussi en demande mais malheureusement nous on ne propose pas ça. Et pour les travailleurs sociaux, je sais pas si on est perçu comme des prestataires...car on travaille avec eux mais on n'est pas de la même association. »³⁷⁸

La psychologue suggère d'abord un manque de valorisation de ses interventions par rapport à l'enjeu d'une approche globale et coordonnée du soin, notamment en comparaison avec ce qui existe dans certaines structures médico-sociales à l'image des réseaux de santé étudiés ou de ce que Vianney Schlegel (2019) a décrit dans les hébergements médicalisés (LHSS, ACT) composées d'équipes pluridisciplinaires. L'autre point soulevé est de ne pas réussir à se positionner en soutien des équipes sociales par rapport aux difficultés qu'elles-mêmes rencontrent dans l'accompagnement des personnes. On ne lui donne pas la place qu'elle aimerait avoir par rapport aux équipes sociales. L'impression d'être perçue comme une « prestataire » témoigne d'un sentiment de produire un service externalisé, qui n'est pas intégré à une démarche globale. Elle interroge ainsi comment le recours à l'équipe mobile peut être pour les travailleurs sociaux une manière d'externaliser et de reléguer la partie de leur mission relative à l'accompagnement vers les soins, posture que nous avons en effet retrouvé auprès de certaines équipes sociales (cf. Chapitre 4, partie 2). Concernant les suivis des personnes, des professionnels de l'équipe mobile sanitaire et de l'EMPP ont aussi déploré ne pas être informés par les équipes sociales quand des personnes sont hospitalisées, ou alors quand elles quittent les structures d'hébergement. Ces situations qui résultent et témoignent du manque de coordination médico-sociale génèrent des quiproquos et des visites inutiles et conduisent généralement à perdre de vue les patients. Elles alimentent des frustrations relatives à l'accompagnement de personnes en centres d'hébergement.

Comme l'ont analysé Michel Castra et Ivan Sainsaulieu (2020) avec les équipes mobiles de soins palliatifs et de gériatrie, intervenir sur des territoires sous contrôle d'autres professionnels expose à des relations de collaboration particulièrement asymétriques, à un manque de contrôle par l'équipe intervenante des décisions thérapeutiques effectuées. Les auteurs analysent notamment un « sentiment de dépossession du patient » par les médecins mobiles lié au fait que leurs recommandations sont fréquemment ignorées, qu'ils n'ont pas le dernier mot sur les prescriptions, ne peuvent pas agir sur des traitements et conditions de vie des patients avec lesquelles ils sont en désaccord (manque d'aide au repas, contentions abusives, douleurs mal prises en charge, excès de soin ou examens inutiles en fin de vie). Il apparaît que le manque de coordination médico-sociale avec les équipes partenaires alimente chez les équipes médico-sociales mobiles enquêtées une forme de dépossession comparable. En tant qu'intervenants extérieurs, ils pâtissent d'un manque de contrôle de l'information et des décisions, que cela soit dans la préparation et la communication de leurs interventions que sur les situations des patients. Ils évoluent alors dans une ambivalence, entre le sentiment de se voir déléguer la question de la santé, dans une certaine autonomie parfois vécue comme une certaine indifférence, et celui de ne pas en avoir réellement le contrôle.

³⁷⁸ Psychologue, équipe mobile sanitaire régionale, décembre 2020

2.3. Les dynamiques d'orientation face à la dispersion des lieux d'intervention.

Cette dernière sous-partie s'intéresse aux logiques de prospection de partenaires et d'orientation vers les services de santé dans le contexte d'équipe mobile. Plus précisément, en nous appuyant sur le cas de l'équipe mobile sanitaire régionale dont la spécificité n'est pas seulement d'être exclusivement mobile mais aussi d'être régionale, nous interrogeons l'articulation entre mobilité, échelle d'intervention et logiques d'orientation. Nous analysons alors les effets de la mobilité sur les capacités d'ancrage territorial des équipes.

2.3.1. Des difficultés à identifier des partenaires médico-sociaux locaux

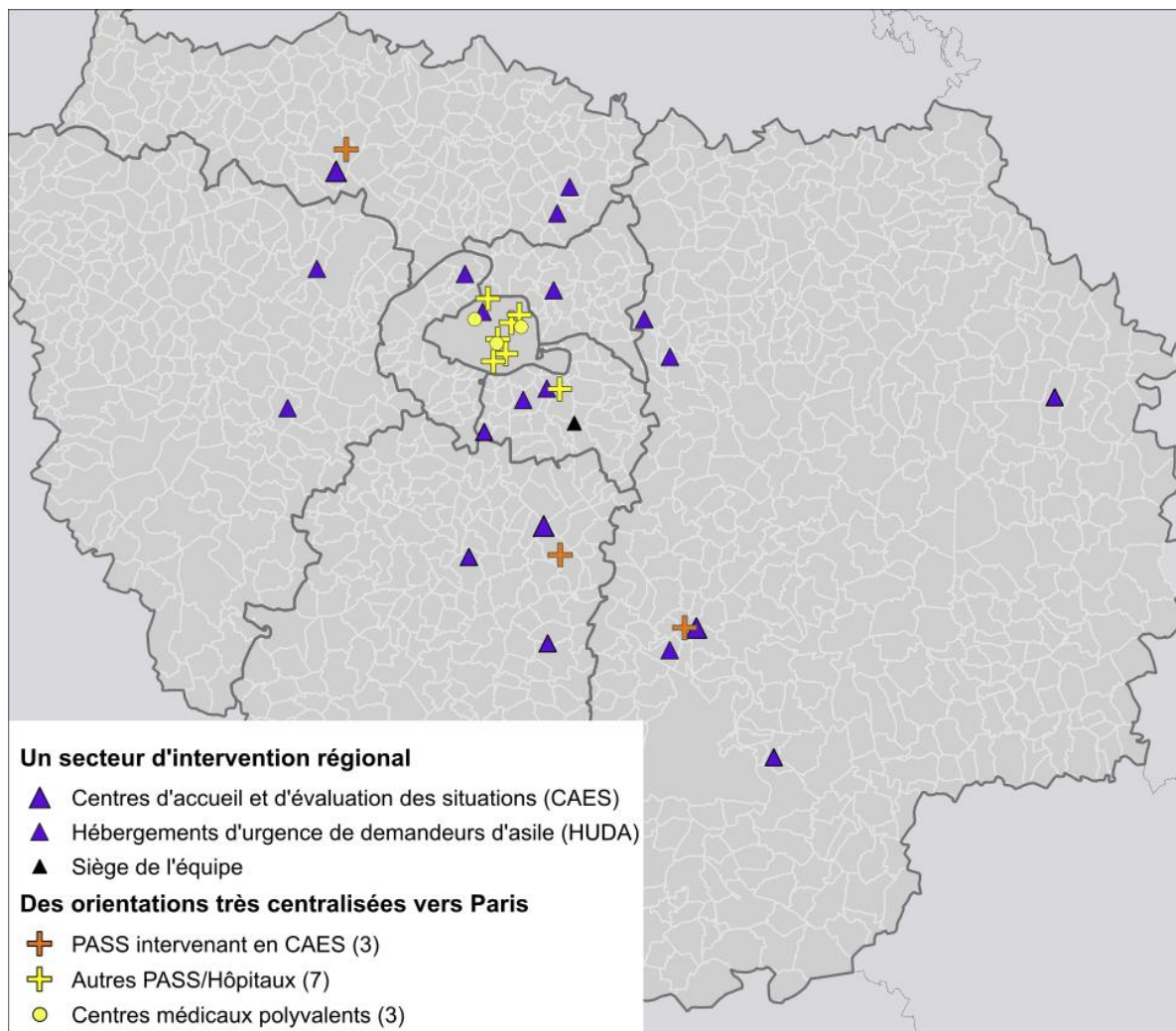
Nous avons évoqué plus haut la faible visibilité des équipes mobiles dans le paysage de l'action sanitaire. Inversement, l'équipe mobile rencontre des difficultés à identifier les partenaires sur les différents territoires où elle intervient. Avec la multiplication des lieux d'intervention depuis 2019 (cf. Chapitre 7, **Carte 12**), s'est aussi étendu le périmètre d'intervention : en effet, les centres ajoutés en 2019-2020 sont tous relativement éloignés aussi bien entre eux que des CAES où l'équipe intervient depuis 2018 (cf. **Carte 13**, *infra*). Cette extension du territoire signifie une multiplication des contextes locaux et complexifie alors la connaissance des territoires de proximité des centres, le repérage des partenaires médico-sociaux (notamment les PASS, les EMPP et CMP de proximité) et la recherche de ressources en ville pour les orientations. Si l'équipe veut privilégier des orientations de proximité, l'extension des interventions à de nouveaux territoires suppose de prendre connaissance des configurations locales et du fonctionnement des acteurs médico-sociaux (par exemple les jours de consultations et les procédures de recours à la PASS locale, le fonctionnement de l'EMPP du secteur). Pour les orientations vers la médecine de ville, essayer de privilégier des orientations locales représente un travail important de recherche de praticiens, d'autant qu'il s'agit de trouver des médecins en secteur 1 et acceptant des nouveaux patients. Lorsque qu'elle n'intervenait que sur trois CAES, l'équipe sanitaire avait ainsi commencé à se constituer pour chaque centre un carnet d'informations et d'adresses locales afin de faciliter les orientations des hébergés. Le carnet effectué pour le CAES de Seine-et-Marne montre que l'équipe avait identifié quelques médecins généralistes et dentistes de proximité susceptibles d'accepter les hébergés possédant une couverture sociale. Mais avec l'extension du parc d'intervention à une vingtaine de centres d'hébergement sur toute la région francilienne, l'équipe n'a pas poursuivi ce système de carnet de partenaires. D'après les professionnels, même les trois carnets conçus pour les CAES sont finalement très peu utilisés. En pratique, l'équipe oriente les hébergés de tous les centres d'hébergement vers les mêmes structures de soin, principalement à Paris.

2.3.2. Des logiques d'orientation qui témoignent d'un faible ancrage des professionnels

La localisation des principaux services de santé vers lesquels l'équipe mobile sanitaire oriente des personnes montre en effet un nombre restreint de partenaires, très majoritairement situés dans la capitale (cf. **Carte 13**). Concernant l'orientation des personnes sans couverture sociale, l'équipe est en relation avec les PASS des trois hôpitaux de proximité, principalement grâce aux interventions régulières de médecins sur les centres d'hébergement. L'équipe mobile connaît bien ces trois services par lesquels elle peut parfois passer pour obtenir des rendez-vous hospitaliers avec des spécialistes. Mais de telles relations n'existent pas sur les territoires des autres structures d'hébergement. Les infirmières n'ont aucun contact spécifique avec les services des PASS de proximité, et ne maîtrisent

pas leur fonctionnement (créneaux de consultation, procédure d'orientation). Elles privilégient alors largement les PASS parisiennes, qui proposent davantage de jours de consultation que la plupart des PASS de petite et grande couronne. Les orientations sont aussi contraintes par la géographie francilienne des PASS proposant des soins spécialisés, qui, comme nous l'avons vu, sont essentiellement situées à Paris (cf. Chapitre 3, **Carte 8**).

Carte 13. Principaux lieux d'orientation de l'équipe mobile sanitaire régionale



I.Siffert, 2023.

S'il n'est pas étonnant que les orientations des personnes sans couverture sociale soient particulièrement sensibles à la répartition territoriale des services dédiés, on pouvait s'attendre à une logique de proximité plus importante pour les orientations vers la médecine de ville des hébergés ayant une couverture sociale. Pourtant les structures sollicitées sont également majoritairement parisiennes. Déjà évoquée dans le chapitre 6 parmi les ressources très régulièrement sollicitées par les centres d'hébergement et acteurs médico-sociaux, la ressource principale citée par les trois infirmières interrogées sont les centres du réseau Cosem (coordination des œuvres sociales et médicales), essentiellement implantés à Paris intramuros. Comme pour les équipes sociales en centres d'hébergement (cf. Chapitre 6, partie 2), ces centres sont privilégiés pour leur accessibilité fonctionnelle (horaires larges d'ouverture, acceptation de la CMU-C, possibilités d'un accueil sans rendez-vous, disponibilité rapide) mais aussi territoriale. En effet l'argument en faveur de Paris est

aussi l'accessibilité par les transports : au regard du développement inégal des transports en commun sur les territoires périurbains, les cabinets de santé locaux leur semblent parfois moins accessibles que les structures parisiennes : « *De toute façon, d'ici c'est aussi simple d'aller à Paris, pour ceux qui ont la Solidarité Transports bien sûr* » s'exprimait une infirmière en évoquant un HUDA situé dans l'agglomération de Melun. En réalité, ce constat est en partie biaisé dans la mesure où des maisons de santé sur l'agglomération demeurent bien plus proches. Mais les y orienter suppose non seulement de les identifier (en les cherchant), mais aussi de connaître finement les réseaux de transports locaux, notamment les lignes de bus, ce qui n'est alors pas le cas des professionnelles qui interviennent dans toute la région. Mais par leur centralité géographique, et en l'absence de connaissance des ressources locales, les centres de santé parisiens apparaissent surtout comme des ressources mobilisables par les hébergés depuis tous les sites d'intervention.

« Pour les spécialités Paris c'est génial car ils ont accès à toutes les spécialités. C'est pour ça que le Samusocial je dirais qu'ils sont - je dirais pas privilégié car nous finalement on a les mêmes accès qu'eux – mais eux contrairement à nous ils ont beaucoup plus l'occasion de créer des partenariats avec les PASS ou des centres de santé parisiens, chose que nous on n'a pas ici »³⁷⁹

Insistant sur l'avantage de la capitale en termes de concentration des services et d'accès aux services spécialisés, l'infirmière suggère ici être pénalisée par rapport à l'équipe du Samusocial de Paris qui couvre la capitale et la petite couronne pour créer des partenariats locaux. Comme elle le précisera plus loin, la dispersion des lieux d'intervention dissuade de créer des partenariats avec des acteurs locaux : « *Envoyer quelqu'un en ophtalmo, ça arrive peut-être une fois par mois par centre, et encore. Pour une fois par mois on ne va pas créer un partenariat local* ».

Si les membres de l'équipe régionale s'appuient beaucoup sur des structures parisiennes, la psychologue a néanmoins évoqué les limites des orientations parisiennes, au regard notamment du risque de saturer les acteurs et des logiques de sectorisation psychiatrique qu'ils sont censés respecter :

« Le COSEM on en a plusieurs où y a plein de professionnels de santé et notamment 2 psychiatres. Le souci c'est qu'on va exploiter beaucoup et qu'ils se retrouvent submergés. Y a un des psychiatres où j'envoyais pas mal de personnes et j'ai fini par avoir que des retours négatifs parce que submergé, il les prenait même plus en consultation. Il faisait des papiers « à orienter vers le CMP local ». En soit il a raison mais les CMP ne répondent pas à la demande. »³⁸⁰

La problématique de l'accès à l'interprétariat amène aussi à forcer la sectorisation territoriale :

« Pour [les non-francophones] qui n'ont pas la CMU, moi je les envoie au CPOA, à Sainte-Anne. Eux ils ont de l'interprétariat et ils connaissent bien les parcours migratoires. Et c'est vrai qu'il y a clairement que là où on peut les envoyer. Malheureusement parfois on a des retours où ils sont un peu mécontents car ce sont des gens qui ne sont pas du tout de leur secteur et qu'eux croulent sous les demandes »³⁸¹.

Les pratiques d'orientation de l'équipe mobile sanitaire régionale montrent comment les professionnels composent avec la rareté de certaines ressources spécifiques et des contraintes de fonctionnement et d'accessibilité qui les amènent à privilégier des orientations vers des partenaires déssectorisés, « centraux » et « pratiques », au détriment d'une logique de proximité, d'ancrage local. Si les contraintes sont d'abord fonctionnelles (démographie médicale, accès en transport en commun),

³⁷⁹ *Ibid.*

³⁸⁰ Psychologue, équipe mobile sanitaire régionale, décembre 2020

³⁸¹ *Ibid.*

il apparaît que la dispersion territoriale des hébergés et la mobilité des intervenants complexifient la connaissance de ressources locales et du réseau de transport et alimentent largement cette logique d'orientations parisiennes. Les relations partenariales et logiques d'orientation de cette équipe font alors apparaître un paradoxe : alors que celle-ci a été mise en place pour effectuer des évaluations médicales afin d'orienter les personnes vers les partenaires spécialisés adaptés, son échelle d'intervention régionale couplée à sa mobilité exclusive semble complexifier la construction d'un réseau partenarial local et l'identification de ressources médico-sociales. Ces orientations très centralisées nous semblent alors alimenter des logiques de « filières » de prise en charge, au sens d'une prise en charge des populations exilées dans un sous-espace du droit commun. Au-delà des conséquences sur la territorialisation de l'action sanitaire et sociale, nous nous interrogeons également sur les conséquences de ces orientations sur l'ancrage des personnes dans les territoires où ils sont hébergés. Dans quelle mesure ces orientations participent-elles à la création et au maintien pour les individus d'un réseau de services très centré sur la capitale ? Si la question se pose peu pour les hébergés des CAES, où la durée d'hébergement est de très courte durée, elle se pose davantage pour les personnes en HUDA et CADA dans la mesure où l'un des enjeux des politiques d'accueil sur des territoires périurbains et ruraux est aussi un ancrage des personnes sur ces territoires, en dehors d'une dépendance nécessaire à Paris.

Conclusion

Ce dernier chapitre a exploré la condition d'intervenant médico-social mobile au prisme de deux enjeux : d'une part la gestion de la disponibilité pour répondre à la demande des partenaires, d'autre part la coordination médico-sociale, à la fois interne et externe. Alors que les équipes mobiles sont attendues sur leur forte disponibilité, l'analyse de leur gestion de celle-ci a montré la complexité du lien entre mobilité, disponibilité et flexibilité. En effet, la mise en mobilité révèle des tâches directement portées par les intervenant et produit de l'aléa dans l'organisation du travail. Nous avons alors analysé l'ambivalence de l'usage du téléphone comme support de la disponibilité dans la mobilité, entre support de la continuité d'accompagnement mais et source de déplacement de la mission professionnelle. L'importance des distances à parcourir, exacerbées sur un territoire périurbain tel que la Seine-et-Marne ou, bien sûr, à l'échelle régionale, conduit à des pratiques de graduation territoriale du niveau de réponse, au détriment des territoires les plus éloignés, correspondant souvent déjà aux plus marginalisés dans l'accès aux services de santé.

Dans notre seconde partie, l'analyse des pratiques de coordination, d'abord internes, a confirmé la difficulté des équipes mobiles et des équipes des RDS effectuant des actions « hors-les-murs » à trouver des espaces-temps pour se réunir. Aussi la mise en mobilité des acteurs médico-sociaux apparaît comme un facteur supplémentaire de fragmentation des collectifs de travail, déjà fragilisés par la multi-positionnalité et la faible disponibilité des professionnels des équipes. La mobilité apparaît alors comme un facteur d'isolement à différentes échelles : au sein de l'équipe, au sein de l'institution hospitalière (pour les équipes qui y sont attachés), au sein du paysage d'acteurs locaux de la santé sociale. Par ailleurs, le développement de l'intervention mobile renouvelle les enjeux de coordination entre partenaires. En exposant des équipes soignantes à des institutions régies par d'autres équipes, et donc d'autres fonctionnements, règles, cultures professionnelles ; elle renouvelle les territoires

spatiaux mais aussi professionnels. Cette reterritorialisation professionnelle de l'action médico-sociale en contexte hors-les-murs peu ainsi bousculer l'acte de soin, quand il s'agit de faire dans un espace peu adapté, régi par des règles et habitudes différentes. Enfin, ce chapitre nous a permis d'analyser comment la dispersion des lieux d'intervention complexifie à la fois la visibilité des équipes auprès des partenaires médico-sociaux et institutionnels, mais aussi réciproquement la connaissance par les intervenants des partenaires locaux existants, et influe alors sur les capacités d'orientation locale. Ces difficultés d'ancrage local des équipes interrogent alors sur leurs conséquences non seulement sur le recours aux soins des patients mais aussi, plus largement, sur l'ancrage sur le territoire où ils vivent.

Ces difficultés de coordination que nous avons décrites paraissent d'autant plus problématiques voire contradictoires que les équipes médico-sociales mobiles sont valorisées dans les politiques publiques comme des opportunités de renforcer la coordination des acteurs et des soins. Les risques d'isolement, comme ces difficultés et enjeux de développement suggèrent un manque de cadres de coordination, insuffisamment pensés dans le financement des acteurs et/ou de leurs initiatives mobiles. Alors que le Ségur de la santé a multiplié les équipes mobiles, comme l'a rapporté une représentante de l'ARS, la coordination médico-sociale interne au sein de ces nouvelles équipes demeure encore très insuffisamment financée et l'accompagnement des équipes dans la coordination (supervisions, échanges de pratiques) un impensé des politiques publiques.

« Quand je vois les temps de coordination qui sont prévus pour les équipes mobiles santé précarité, je me dis, 'bah dis donc, on va pas aller loin avec ça' ».

« Les équipes elles-mêmes ont besoin d'un peu de supervision, d'accompagnement...il faut réussir à stabiliser une équipe et qu'elle soit ensuite accompagnée. Ça mérite des groupes de parole quand on travaille comme ça [...]. Et le problème c'est que c'est pas du tout prévu dans les appels à projet. C'est ce que j'avais fait remonter moi d'ailleurs...c'est une réflexion importante. C'est-à-dire que c'est très tourné vers les personnes et comme on n'a pas beaucoup de moyens, on privilégie la médiation, l'interprétariat...etc, mais absolument rien pour les équipes »

A l'aune des difficultés de coordination médico-sociale décrites dans ce chapitre, la perspective de multiplication des équipes mobiles dans la santé sociale sans repenser les moyens et cadres de formation et de coordination des acteurs interroge à nouveau les limites du développement de l'aller-vers dans les politiques de santé sociale.

Conclusion générale

Cette thèse a proposé de croiser la géographie de la santé et des migrations et la sociologie de l'action publique pour étudier les recompositions à l'œuvre dans l'action médico-sociale sous l'effet des politiques de répartition territoriale des exilés. À partir d'une enquête ethnographique auprès d'acteurs médico-sociaux et d'équipes d'hébergement social, elle a tenté d'explorer ce que signifie accueillir, soigner, « faire soigner », les exilés sur un territoire périurbain. La volonté d'appréhender un système d'acteurs aux missions et statuts différents a supposé la mise en œuvre d'une enquête ethnographique dense au cours de laquelle mon objet de recherche a cheminé en même temps que je circulais sur le terrain d'enquête. Il a fallu d'abord l'étendre à l'épreuve des catégories de la migration, puis accepter de ne pas traiter une partie de mon matériel ethnographique pour me centrer sur l'analyse d'un système d'acteurs complexe et diversifié. L'engagement sur le terrain de recherche pendant environ deux ans et demi, traversés par une pandémie historique, m'a permis de suivre l'évolution de ces acteurs dans le temps, au prisme de l'évolution du contexte social, sanitaire, et des politiques publiques. Comme souligné dans le chapitre 1, cet engagement m'a permis d'explorer différentes postures et contributions d'une chercheuse en sciences sociales au sein de l'espace social qu'il étudie. Pour conclure ce long travail, il convient de synthétiser les analyses que nous en avons tirées et d'esquisser les pistes de réflexions qu'elles ouvrent.

1. Ce que signifie « accueillir et soigner les exilés » à l'heure des politiques de dispersion

1.1. Partager les missions pour l'accès aux soins des exilés sur un territoire périurbain : échos d'un réseau d'acteurs à petits effectifs

Sur le département de la Seine-et-Marne, le système d'acteurs impliqués dans l'accès primaire aux soins des exilés articule des acteurs associatifs issus des mobilisations des années 1990 pour l'accès aux soins des personnes précaires (les RDS), les acteurs publics issus de l'évolution des politiques publiques (les PASS et les EMPP) et des acteurs associatifs plus récents issus de la mise à l'agenda de l'accès aux soins des exilés (l'équipe mobile régionale, l'association Psychologie consultations). Pour reprendre la formule des « figures urbaines de la santé publique » de D. Fassin (1998), l'analyse des modalités de fonctionnement et des conditions de travail de ces « figures périurbaines » de l'accès primaire aux soins des exilés a montré comment ces petites équipes, composées de professionnels en partie multi-positionnés, évoluent alors en marge du système de santé, que cela soit dans l'accès à des espaces pour soigner ou dans l'accès aux technologies de l'information et des communications. En prise avec les logiques gestionnaires de la nouvelle gestion publique, ces acteurs professionnels peinent à augmenter leur offre de soin pour répondre à l'augmentation de l'accueil des exilés, conduisant souvent à un sentiment de « travail empêché » (Clot, 2010).

Concernant les acteurs de l'hébergement social, le chapitre 4 nous a permis d'explorer les spécificités de la mission d'accompagnement médico-social depuis la fonction d'hébergeur. Face au manque de personnel qualifié dans les équipes, il apparaît alors que cette mission d'accompagnement dans la santé place les travailleurs sociaux dans une position de coordinateur davantage assignée que

désirée. Ils se confrontent aux contradictions entre cette mission de référent coordinateur et une certaine mise à distance des questions de santé par le secret médical. Ces contradictions sont alors d'autant plus difficiles à assumer que les contraintes d'accès aux soins sur le territoire sont importantes.

1.2. Une recomposition des dispositifs et des pratiques de soin par la reterritorialisation de l'accueil des exilés

L'un des principaux résultats de cette thèse réside dans l'analyse du développement de l'intervention médico-sociale mobile, dite « hors-des-murs », comme réponse aux logiques de répartition territoriale des exilés. Le déploiement d'interventions et mobiles est envisagé par l'ARS comme une modalité d'extension et d'ajustement de l'offre médico-sociale, permettant d'augmenter la couverture territoriale des services et de répondre à l'émergence de nouveaux besoins sur le territoire. Dans la dernière partie de cette thèse, nous avons alors montré comment ce processus de mise en mobilité représente à la fois une recomposition territoriale de la pratique du soin, mais aussi une reconfiguration des pratiques et de la relation soin. La pratique du soin sur les espaces de vie des populations où se jouent des politiques migratoires bouscule les soignants dans leur posture professionnelle, tant auprès des patients qu'auprès des tutelles institutionnelles. Dans notre dernier chapitre, l'analyse de la mobilité comme condition de travail a mis en lumière comment sortir les soignants des institutions traditionnelles de soin peut représenter une dégradation des conditions de travail et parfois de la qualité du suivi dans le soin. Le soin « hors-les-murs » suppose souvent d'intervenir dans des espaces peu adaptés, en termes d'hygiène et d'intimité notamment. Enfin, alors que la mobilité des équipes soignantes est couramment associée à l'idée d'un gain de flexibilité et de disponibilité, les tâches contraintes associées à la mobilité comme condition de travail remettent largement en question ces gains théoriques.

Ce déploiement de l'intervention mobile est à replacer non seulement dans sa capacité à répondre à l'évolution territoriale des besoins, mais aussi dans le fait qu'il converge avec l'affirmation de la posture « d'aller-vers » dans les politiques sociales et sanitaires (Avenel, 2021). En tant que posture laissant à l'intervenant l'initiation de la démarche d'aide, « l'aller-vers » permet de cibler des lieux et donc des populations considérées comme mal prises en charge par le système de santé. En convergence avec ces logiques de ciblage, un autre résultat important dans l'évolution des dispositifs de soins auprès des exilés est alors le développement de consultations dédiées ciblant certaines catégories d'exilés ou des risques sanitaires auxquels ils seraient particulièrement exposés. Ces consultations « migrants » centrées sur la prise en charge des psycho-traumatismes et de la prévention des maladies infectieuses témoignent de la diffusion à l'échelle locale des catégories qui structurent historiquement la construction de la santé des exilés comme problème médical. L'analyse de ces dynamiques de spécialisation du soin des exilés a montré qu'elles participent à un renouvellement des savoirs et compétences, voire à l'émergence de certaines professions. Nous avons alors décrit dans le chapitre 5 comment le développement de consultations spécialisées participe à la construction d'une expertise locale de l'accompagnement en santé des exilés. Celle-ci est essentiellement portée par les acteurs dédiés au soin gratuit, au travers notamment de leur mission de formation et de mise en réseau des partenaires de la santé sociale. Une approche par la sociologie des passeurs (Jobard et al., 2020) nous a alors permis d'analyser les dynamiques de circulation des normes, savoirs et pratiques de la

santé des exilés. S'arrêter sur les parcours de certains professionnels et bénévoles a permis de voir comment ils se font promoteurs de pratiques et de normes, et, par leurs parcours et engagements multiples, participent à inscrire leurs actions dans les réseaux d'acteurs qui construisent la cause de la santé des exilés à différentes échelles.

L'analyse de la construction locale d'une prise en charge spécialisée des exilés a néanmoins confirmé les ambivalences du développement de dispositifs dédiés à la lutte contre les inégalités sociales de santé. D'une part, les reconfigurations de la demande sociale et des activités en faveur d'un ciblage de certaines catégories de patients interrogent les professionnels sur la répartition de leur temps de travail et de la ressource qu'ils représentent. Concevoir des consultations visant certaines catégories d'exilés ou arbitrer entre certains lieux d'intervention questionne les acteurs en termes de justice sociale et spatiale, et, finalement, leur rôle dans la lutte contre les inégalités. D'autre part, ces approches spécialisées interrogent le positionnement des acteurs dédiés aux publics précaires par rapport au reste du système de santé et notamment l'articulation de leurs approches spécialisées avec leur rôle de « passerelle » vers le droit commun. Les dispositifs spécifiques permettent aussi de contourner le droit commun ou du moins de prolonger la prise en charge dans les dispositifs de soin gratuits.

L'analyse des pratiques d'accompagnement et d'orientation dans le système de santé, aussi bien vers les services de soin gratuit que le droit commun, a montré comment le contexte périurbain exacerbe les difficultés d'accès et d'accompagnement dans le soin. D'une part, elles ont confirmé le poids des contraintes de mobilités et d'accessibilité territoriale. Celles-ci sont non seulement au cœur des arbitrages dans le recours aux soins (privilégier des services accessibles par les transports), mais représentent aussi tout un travail organisationnel et des tâches très concrètes dans l'accompagnement des personnes vers le soin (conception de plans et supports personnalisés, organisation d'accompagnements physiques vers les services de santé). Par ailleurs, alors que les services de santé du territoire périurbain témoignent d'importantes contraintes d'accessibilité fonctionnelle, notamment en termes de disponibilité, l'analyse des pratiques d'orientation a montré comment ces contraintes fonctionnelles, superposées aux contraintes territoriales, conduisent à des arbitrages socio-spatiaux qui ne sont pas toujours en faveur de la proximité, aussi bien dans le recours aux soins primaires que secondaire. Si les pratiques ne sont pas homogènes entre les équipes sociales et médico-sociales, du fait notamment de l'ancrage local temporel des centres et de leurs moyens humains et matériels pour accompagner les exilés, les orientations parisiennes sont globalement prédominantes. Finalement, ces arbitrages en faveur d'orientations extraterritoriales montrent alors non seulement les limites du réseau local d'acteurs locaux, mais pointent aussi, indirectement, celles des politiques de répartition territoriale cherchant à penser l'accueil des exilés en dehors des grandes villes.

De façon transversale, l'analyse des pratiques d'accueil et d'orientation dans le soin des exilés a montré comment leur accès aux soins témoigne de formes singulières de régulation. Il convient de rappeler que l'ensemble du système de santé est parcouru de processus de régulations, des dépenses de santé mais aussi de la demande en soins et donc des patients (Giroud, 2009 ; Hassenteufel *et al.*, 2020). Par exemple, les services d'urgence incarnent une fonction de régulation et d'aiguillage des patients selon les pathologies et l'urgence vitale. De la même façon, la décision par un professionnel de santé libéral de « ne plus accepter de nouveaux patients » est une forme de régulation de la demande au regard de l'évaluation de sa propre disponibilité. Néanmoins, l'analyse des pratiques de

prise en charge des exilés révèle des pratiques spécifiques de régulation tels que les quotas par catégories d'exilés dans l'accès à certaines consultations, les quotas des médecins libéraux dans l'accueil d'exilés ou encore les arbitrages des services de soins gratuits relativement à l'accueil des personnes avec une couverture sociale. De même, si les actions d'aller-vers visent théoriquement à briser la distance spatiale et sociale qui sépare les individus du système de santé, ces dernières se sont aussi révélées être des instruments de régulation de la demande voire de mise à distance des services sédentaires.

Pour finir concernant l'évolution des pratiques et dispositifs, il nous semble que cette thèse éclaire la complexité de la question des échelles pertinentes dans la construction territorialisée de la santé sociale. D'un côté, les contraintes résidentielles des exilés, en partie produites par les politiques migratoires, invitent les acteurs infra-départementaux à élargir leurs relations partenariales. À l'inverse, dans le cas de l'équipe mobile sanitaire régionale, les difficultés de connaissance et d'ancrage territorial des professionnels et les contraintes de mobilité montrent les revers d'une équipe pensée à l'échelle régionale et invite à un resserrement en faveur d'échelles plus locales.

1.3. La reterritorialisation de l'accueil des exilés renouvelle les enjeux de coordination dans la santé sociale

L'un des enjeux centraux de cette thèse a été d'interroger l'évolution des pratiques de coordination des acteurs à la lumière de l'évolution de l'accueil d'exilés précaires sur le territoire. L'apparition de nouvelles équipes sociales d'hébergement sur le territoire, mais aussi de nouveaux acteurs médico-sociaux (l'équipe sanitaire régionale notamment), suppose leur intégration dans des réseaux d'acteurs. Sur le territoire étudié, ce sont essentiellement les acteurs du soin gratuit (RDS et EMPP) qui portent cette mission d'intégration et de mise en relation des acteurs de la santé sociale, au travers notamment de leurs espaces de rencontres et d'échanges de pratiques. L'analyse des pratiques de coordination internes et externes de ces acteurs dans le chapitre 3 a néanmoins montré comment la construction des « parcours de soins coordonnés » des exilés repose majoritairement sur des pratiques peu institutionnalisées. Les pratiques de mutualisation et la multipositionnalité de certains professionnels viennent en partie combler l'insuffisance des espaces-temps et des outils dédiés à la coordination. Là encore, nous avons vu comment la mise en mobilité des équipes renouvelle les relations entre acteurs de la santé sociale et les enjeux de coordination, en interne et avec les partenaires. D'une part, la dispersion des lieux d'intervention complexifie les possibilités à trouver des espaces-temps de coordination et de construction d'un collectif de travail. D'autre part, l'intervention sur des territoires sous contrôle d'autres professionnels expose à des besoins spécifiques de coordination, aussi bien dans la préparation et la mise en œuvre des interventions que dans la mise en place d'une coordination entre acteurs. Le manque, voire l'absence, de cadres de coordination entre équipes intervenantes et équipes sociales sur les lieux conduit chez les unes un sentiment de relégation par les autres de l'accompagnement dans le soin des exilés. Ces constats convergents avec ceux observés dans d'autres domaines de l'intervention médicale et médico-sociale (psychiatrie, soins palliatifs, handicap, vieillissement) (Mino & Lert, 2003, Castra & Sainsaulieu, 2020, Devetter et al., 2022) confirment les enjeux de coordination induits par le virage ambulatoire dans le système de santé et la désinstitutionnalisation de l'intervention sociale.

Par ailleurs, les analyses conduites dans le chapitre 6 ont montré que les pratiques d'orientation sont le produit de négociations entre les professionnels de la santé sociale et les professionnels du reste du système de santé, qui posent des conditions à l'accueil d'exilés. Ces conditions viennent en partie répondre au contexte de pression sanitaire et à des difficultés dans la prise en charge médicale des exilés. Si certaines de ses conditions relèvent de la mise à distance et indiquent la persistance de pratiques discriminatoires dans l'accès aux soins des exilés dans la médecine de ville (Carde, 2007 ; Cognet *et al.*, 2012), elles éclairent toutefois la volonté des soignants à « prendre part » à l'accueil des exilés. Néanmoins ces négociations positionnent les équipes orienteuses dans des situations inconfortables et sont vécues comme des pratiques de transfert, délégation de tâche et de responsabilité des uns vers les autres. Dans un environnement où la densité médicale est particulièrement faible, ces négociations exacerbent les rapports de pouvoirs entre professionnels de la santé sociale, ici professionnels de santé et travailleurs sociaux.

1.4. L'action médico-sociale entre adaptations et résistances aux politiques migratoires

Le dernier axe transversal de la thèse interroge les rapports de pouvoir entre acteurs et la manière dont les acteurs de la santé sociale expérimentent les contradictions entre politiques d'assistance aux exilés et politiques migratoires. Dès lors, l'analyse de l'accueil des exilés dans le DNA dans le chapitre 4 a montré comment la politique de priorisation des situations sanitaires (bio-légitimité) qui façonne l'accès à l'hébergement social se heurte à l'impératif de gestion rapide de flux de l'OFII et l'insuffisance des places. Ce paradoxe conduit les équipes sociales à accueillir des personnes qu'elles n'ont pas du tout les moyens d'accueillir, tant dans le nombre et l'adaptation des places d'hébergement, que dans les ressources des équipes pour effectuer de l'accompagnement sanitaire.

Concernant davantage les acteurs médico-sociaux, l'absence d'informations, y compris parfois à l'ARS, par la Préfecture ou l'OFII lors de mesures d'évacuation de campements ou l'ouverture de centres d'hébergement révèle les rapports de force entre acteurs du soin et acteurs de « l'ordre public ». D'une part, l'asymétrie d'information complexifie les possibilités d'anticipation des besoins, aussi bien par l'ARS que ses opérateurs. D'autre part, les sollicitations de dernière minute entretiennent les logiques d'urgence, alors essentiellement politiques et non sanitaires, dans le quotidien des équipes. Par ailleurs, les difficultés rencontrées par les équipes des RDS dans leurs interventions sur des campements montrent comment le soin « hors-les-murs » révèle les tensions entre politiques migratoires et politiques sanitaires. Des situations évoquées dans le chapitre 7 ont montré l'insécurité à laquelle peuvent être exposés les intervenants sur des lieux qui sont aussi le théâtre de violences politiques. La mise en œuvre des politiques migratoires sur ces espaces remet directement en cause la légitimité, d'habitude peu contestée (Fassin, 2005), des acteurs de la santé sociale. Face à cela, dans le contexte d'un faible soutien des tutelles publiques et de moyens insuffisants de médiation, les capacités de réponse et de résistance des équipes pour défendre la priorité du soin par rapport aux enjeux d'ordre public sont apparues limitées. Ces analyses nourrissent les réflexions sur les rapports de force dans la mise en œuvre des politiques sociales et sanitaires à l'épreuve des politiques migratoires et leurs conséquences sur le pouvoir d'agir des acteurs de terrain (Hachimi Alaoui & Nacu, 2010, Halfen, 2012).

2. Dépasser les limites de l'enquête et dessiner de nouvelles perspectives

À travers ces résultats, cette thèse vient nourrir à la fois les réflexions sur les mobilisations d'acteurs impliqués dans l'accueil des exilés et dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Cette enquête a confronté nos recherches à différentes difficultés (théoriques, méthodologiques, analytiques...) et nous a poussé à nous frotter aux limites des connaissances recueillies et des savoirs scientifiques à en tirer. L'exploration des façons de prendre en compte les limites de l'enquête, à ce stade final de la recherche doctorale, donne l'occasion de présenter les nouvelles perspectives de recherche qui s'offrent à nous.

2.1. Décentrer le regard des acteurs du soin de la précarité

Loin d'être une exploration exhaustive du réseau d'acteurs impliqués dans l'accès aux soins des exilés, ce travail présente une analyse des recompositions des acteurs de la santé sociale centrée sur ceux qui ont fait le cœur de notre enquête : les acteurs médico-sociaux dédiés aux populations précaires impliqués dans le recours primaire, les équipes d'hébergement social, ainsi que des représentants de leurs tutelles publiques, l'ARS et, l'OFII concernant les centres d'hébergement du DNA. Dès lors, il a laissé à la marge de nombreux acteurs de la santé sociale impliqués dans le recours secondaire aux soins. Ce prisme d'analyse inhérent à la démarche d'enquête invite ainsi à engager des recherches plus approfondies sur ces différents acteurs, tels que les permanences maternelles et infantiles, les maisons des solidarités. Au regard des difficultés particulières dans l'accompagnement dans les soins de santé mentale (d'Halluin, 2009 ; Chambon et Goff, 2016 ; Queneau *et al.*, 2019), l'implication des services de psychiatrie non hospitaliers, tels que les centres médico-psychologiques mérite d'être davantage documentée. Si ce travail a permis d'explorer les logiques et pratiques d'orientations des acteurs de la santé sociale vers la médecine de ville, cette thèse n'a exploré qu'à la marge l'engagement des professionnels libéraux dans l'accès aux soins des exilés. À la lumière des travaux de Laure Pitti et Audrey Mariette (2016, 2021), il convient d'étudier davantage leurs implications et leurs profils.

Notre enquête menée auprès des équipes d'hébergement a essentiellement interrogé les pratiques, leviers et difficultés des référents sociaux qui portent la mission d'accompagnement vers les soins. Il est certain que d'autres membres des équipes, agents hôteliers, bénévoles peuvent représenter des ressources dans l'accès aux soins, aussi bien dans la recherche de médecins que dans la possibilité à « prendre soin de soi » sur son lieu de vie. De même, les échanges avec les exilés rencontrés ont suggéré que des proches (hébergeurs, colocataires, pairs rencontrés dans des services) sont aussi des ressources en matière de recherche de ressources médicales. À l'image des travaux très récents de Chloé Bussi (2023), il semble intéressant d'approfondir l'analyse de la division sociale de l'accompagnement dans le soin au sein des dispositifs d'hébergement social. Par ailleurs, comme nous l'avons suggéré dans le chapitre 4, l'analyse de la position de l'OFII territoriale relativement aux politiques de priorisation sanitaire dans l'hébergement sanitaire invite à mieux documenter la mise en œuvre de ses politiques, en particulier l'évaluation de la vulnérabilité et les décisions d'orientation, par les agents de l'OFII. À la manière des travaux d'Alexis Spire, enquêter sur ces guichets de l'immigration représente une perspective intéressante dans l'analyse des politiques d'hébergement et d'accueil des exilés.

2.2. Interroger davantage l'expérience par les exilés

L'ambition initiale de cette thèse était d'explorer conjointement les pratiques des acteurs de la santé sociale et des trajectoires de recours aux soins. Malgré le déploiement d'une méthodologie de reconstruction de trajectoires de recours aux soins, je n'ai finalement que très peu exploité ce matériel d'enquête. Aussi, les analyses relatives aux recompositions de l'action médico-sociale invitent à explorer davantage leurs conséquences sur les trajectoires de recours aux soins des individus, dans la lignée par exemple des travaux de Pauline Iosti (2020) ou Clélia Gasquet Blanchard (Gasquet-Blanchard et al., 2018, Gasquet-Blanchard & Hoyez, 2020). Il nous semble notamment intéressant d'explorer les conséquences des difficultés d'orientation dans le droit commun sur le recours aux soins. Comment les exilés contournent-ils ces difficultés ? Alors que notre travail explore essentiellement comment les acteurs institutionnels, médico-sociaux ou de l'hébergement social, se mobilisent dans l'accompagnement des exilés, il semble important de mieux décrire le rôle des acteurs non institutionnels (famille, réseaux de compatriotes...) dans le recours aux soins des exilés. De même, les difficultés d'ancrage des professionnels mobiles amènent à décrire les effets de la mise en mobilité des professionnels sur les trajectoires de recours aux soins. Si nous avons supposé dans le dernier chapitre que les difficultés de connaissance des territoires et les logiques d'orientation des professionnels mobiles influent nécessairement sur le recours aux soins, il semble nécessaire de mieux appréhender ces conséquences. De même, la mise en lumière d'un risque de mise à distance des services de santé sédentaires du développement de l'intervention sur les lieux de vie demeure une analyse construite uniquement depuis le point de vue des équipes soignantes, méritant alors d'interroger davantage l'expérience par les exilés de ces modes d'accompagnement.

2.3. Des politiques migratoires qui invitent à des comparaisons territoriales

Évoquées dès l'ouverture de cette thèse, les politiques de répartition des exilés connaissent à nouveau une amplification avec la création des « sas temporaires d'accueil » en 2023. Cette dynamique, loin d'être essentiellement française, concerne en réalité de nombreux pays européens, dont notamment l'Angleterre, l'Allemagne, l'Autriche, le Portugal et la Suède (Katsiaficas, 2023). Au regard de l'intensification et la généralisation de ces politiques de dispersion, une perspective majeure dans la poursuite de cette recherche est donc une comparaison avec d'autres terrains français et internationaux. À l'heure où les instances internationales (OMS, OIM) encouragent à une harmonisation dans la prise en charge sanitaire des exilés entre les pays européens, des comparaisons européennes permettraient alors d'évaluer l'effectivité ces convergences politiques. À l'échelle du territoire français, alors que les travaux récents ont davantage documenté les mobilisations des acteurs de la santé sur les espaces d'exception tels que les camps frontaliers ou parisiens (Rodriguez & Tisserand, 2021a, Tisserand, 2021), il nous semble important de continuer à décrire les transformations qui se jouent dans les territoires périurbains et ruraux. En outre, l'entrée par un territoire parisien de notre travail interroge l'existence et la permanence de spécificités franciliennes que seules des comparaisons territoriales pourraient confirmer.

2.4. L'aller-vers, un « pari » et un enjeu de recherche dans la lutte contre les inégalités de santé

Pour finir, il nous semble que ce travail ouvre des réflexions sur le déploiement d'équipes mobiles dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, bien au-delà des seuls exilés précaires. L'institutionnalisation politique de « l'aller-vers » comme démarche dans l'action sociale et médico-sociale offre des opportunités dans la lutte contre le non-recours et la désertification médicale. Néanmoins, les difficultés de mise en œuvre, les logiques de régulation sous-jacentes ou encore les enjeux de coordination que nous avons analysés dans ce travail soulèvent les limites voire les paradoxes de la mise en œuvre de cette démarche avec de faibles moyens. Pour reprendre le titre d'un récent dossier de la *Revue Projet* consacré à cette démarche³⁸², « l'aller-vers » est un « pari » qui, s'il veut être gagné, suppose certainement une réflexion sur les échelles appropriées, les conditions de travail et les moyens de coordination. Ces enjeux représentent des points de vigilance pour les représentants des pouvoirs publics et les opérateurs de la santé sociale autant qu'ils ouvrent des perspectives de recherche à celles et ceux qui étudient les inégalités sociales et territoriales de santé.

³⁸² *Revue Projet*, 2023/6, n° 397, « Pauvreté. Le pari de 'l'aller-vers' ».

Bibliographie

- ADLOFF Céline (2018), « « Aller vers » pour lier avec les personnes à la marge », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 139, n°3, 5-12.
- AGUILERA Thomas & ROUZEAU Marc (2020), *Le gouvernement des solidarités. Enjeux socio-politiques et territoires d'action*.
- AKOKA Karen (2018), « Réfugiés ou migrants ? Les enjeux politiques d'une distinction juridique », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 25, n°1, 15-30.
- AKOKA Karen (2020), *L'asile et l'exil: Une histoire de la distinction réfugiés/migrants*, La Découverte.
- AKOKA Karen, CARLIER Marine & COUSSEMAKER Solange de (2017), « « Ce n'est pas une crise des migrants mais une crise des politiques d'hospitalité » », *Revue Projet*, vol. N° 360, n°5, 77-83.
- ALBERTI Camilla (2019), « Sous-traitance et bureaucratisation néolibérale : une analyse de l'interface de la distance dans l'accueil des demandeurs d'asile », *Lien social et Politiques*, vol.n°83, 123-143.
- ALEXOPOULOS Cristina (2021), « La vulnérabilité dans le travail thérapeutique : du constat clinique à l'attestation à valeur juridique. »
- ALI Jennifer S., MCDERMOTT Sarah & GRAVEL Ronald G. (2004), « Recent research on immigrant health from statistics Canada's population surveys », *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, vol. 95, n°3, I9-13.
- ALUSHI Albana (2023), « "N'importe qui dans la rue ne peut pas faire traducteur ou interprète !" », *L'interprétariat en santé*, Presses de Rhizome, 291-293.
- AMAT-ROZE Jeanne-Marie (2011), « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Herodote*, vol. n° 143, n°4, 13-32.
- AMAT-ROZE Jeanne-Marie, SCHOENE Marc, BUISSON Jean, GINOT Luc & GROSSARD Jacques (1995), « Etude géographique des systèmes de recours aux soins à l'échelle locale. L'exemple de la Plaine Saint-Denis. », *Espace Populations Sociétés*, vol. 13, n°1, 127-129.
- ANDRO Armelle, LESCLINGAND Marie & POURETTE Dolorès (2010), « Excision et cheminement vers la réparation : une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales », *Sociétés contemporaines*, vol. 77, n°1, 139-161.
- ANDRO Armelle, SCODELLARO Claire, EBERHARD Mireille, GELLY Maud, FLEURY Marion, RIOU Françoise, SPIRA Alfred, HASSOUN Danielle, NOSEDA Veronica & PONCET Lorraine (2019a), « Parcours migratoire, violences déclarées, et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enquête Dsafhir. », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - BEH*, vol.n°s17-18, 334.
- ANDRO Armelle, SCODELLARO Claire, EBERHARD Mireille, GELLY Maud, FLEURY Marion, RIOU Françoise, SPIRA Alfred, HASSOUN Danielle, NOSEDA Veronica & PONCET Lorraine (2019b), « Parcours migratoire, violences déclarées, et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enquête Dsafhir. », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - BEH*, vol.n°s17-18, 334.
- ANGELETTI Silvia, CECCARELLI Giancarlo, BAZZARDI Riccardo, FOGOLARI Marta, VITA Serena, ANTONELLI Francesca, FLORIO Lucia De, KHAZRAI Yeganeh Manon, NOIA Vincenza De, LOPALCO Maurizio, ALAGIA Domenico, PEDONE Claudio, LAURI Gaetano, ARONICA Rosario, RIVA Elisabetta, DEMIR Ayse Banu, ABACIOGLU Hakan, CICCOSZI Massimo & PAPA ERC Rocca di (2020), « Migrants rescued on the Mediterranean Sea route: nutritional, psychological status and infectious disease control », *The Journal of Infection in Developing Countries*, vol. 14, n°05, 454-462.
- ANTOINE Philippe, BRY Xavier & DIOUF Pap (1987), « La fiche "AGEVEN" : un outil pour la collecte des données rétrospectives », *Stateco*, 33-46.
- ANTOUN Fadi, VALIN Nadia, CHRISTOS Chouiad & RENARD Muriel (2003), « Epidémie de tuberculose dans un foyer de migrants à Paris en 2002 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, vol.n°10, 58-60.
- ARAGAU Claire (2018), « Le périurbain : un concept à l'épreuve des pratiques », *Géoconfluences*.

- ARCHAMBAULT Édith (2020), « Quel monde associatif en période de Covid-19 ? Un panorama des situations et des enjeux issus du confinement », *RECMA*, vol. 357, n°3, 99-108.
- ARENE Marguerite (1996), « L'importance accordée à la santé dans la politique de la ville », *Prévenir*, vol.n°31, 21-32.
- ARFAOUI Mohammed Rafik (2021, décembre 3), « Territoires multiples, accueil pluriel : géographie sociale de l'accueil des demandeurs d'asile dans les espaces non-métropolitains ».
- ARFAOUI Rafik (2020), « Ce que le territoire fait à l'accueil, ce que l'accueil fait au territoire. Une géographie de l'asile dans le territoire ambertois », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 362, n°2, 107-135.
- ARMAGNAGUE-ROUCHER Maïtena (2018), « Enfants et jeunes migrants à l'école de la République : une scolarité sous tension », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n°4, 45-71.
- AUTRIVE Élise (2021, décembre 6), « Territorialisation sanitaire et accès aux soins de santé primaires pour les populations vulnérables de la communauté d'agglomération de Cayenne (Guyane Française) : une approche par l'analyse de réseau ».
- AUTRIVE Elise & ELIOT Emmanuel (2021), « Territorialisation sanitaire et structuration de l'offre sanitaire et sociale pour les populations vulnérables dans l'agglomération de Cayenne (Guyane) : apports de l'analyse de réseau », *Cybergeog : European Journal of Geography*.
- AVENEL Cyprien (2021), « « L'aller-vers » au coeur des métamorphoses du travail social », *Revue de droit sanitaire et social RDSS*, vol.n°n° 4, pp.713-727.
- BABY-COLLIN Virginie & CORTES Geneviève (2019), « Éditorial du dossier "Approches multisituées" », *Espaces et sociétés*, vol. 178, n°3, 7-19.
- BAILLERGEAU Evelyne (2016), « "Aller vers" les populations en rupture. Les enjeux théoriques et pratiques de la notion d'outreach appliquée à la lutte contre les exclusions et la précarité », 145-164.
- BAILLERGEAU Évelyne & GRYMONTREZ Hans (2020), « « Aller-vers » les situations de grande marginalité sociale, les effets sociaux d'un champ de pratiques sociales », *Revue française des affaires sociales*, vol.n°2, 117-136.
- BAILLY Antoine S. (1995), « La marginalité, une approche historique et épistémologique. », *Anales de Geografia de la Universidad Complutense*, vol. 15, n°, 109-109.
- BARLET Muriel, COLDEFY Magali, COLLIN Clémentine & LUCAS-GABRIELLI Véronique (2012), « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Questions d'économie de la santé*, vol.n°174.
- BARON Alexis (2014), « Territorialisation », *Dictionnaire d'administration publique*, FONTAINE, Presses universitaires de Grenoble, 497-498.
- BARRUSSE Virginie De Luca (2012), « L'invention du « problème sanitaire de l'immigration » au cours des années 1920 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, vol. N° 5, n°1, 61-77.
- BASSON J. -C., HASCHAR-NOE N. & HONTA M. (2013), « Toulouse, une "figure urbaine de la santé publique". À propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 61, n°, S81-S88.
- BEAL Arnaud & CHAMBON Nicolas (2015), « Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes », *Rhizome*, vol. 55, n°1, 9-19.
- BEAUCHEMIN Cris & ICHOU Mathieu (Éd.) (2016), *Au delà de la crise des migrants: décentrer le regard*, Paris, Éditions Karthala.
- BELMESSOUS Fatiha & ROCHE Elise (2018), « Accueillir, insérer, intégrer les migrants à la ville », *Espaces et sociétés*, vol. n° 172-173, n°1, 7-18.
- BELORGEY Nicolas (2010), *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.
- BELTON Leslie & DE CONINCK Frédéric (2007), « Des frontières et des liens. Les topologies du privé et du professionnel pour les travailleurs mobiles », *Réseaux*, vol. 140, n°1, 67-100.
- BENOIST Yann (2016), « Tant qu'on a la santé... c'est pire ! », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, vol.n°13.
- BENSLAMA Fethi (2004), « Qu'est-ce qu'une clinique de l'exil ? », *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 69, n°1, 23-30.
- BERGEON Céline (2010), « Les Roms roumains en France, entre politique migratoire et politique de non-accueil », *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, vol. 41, n°4, 197-211.

- BERGEON Céline & HOYEZ Anne-Cécile (2015), « Etre migrant et vivre en squat », *L'Espace Politique. Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique*, vol.n°26.
- BERNARD V. P., BLANCART C., LEFEBVRE M., ESCHAPASSE E., HERVE C., GUERY R., BLANC X., GOURAUD M. H., COUTHERUT J. & BIRON C. (2020), « Bilan des actions de dépistage de la tuberculose-maladie menées en 2019 auprès des migrants primo-arrivants », *Médecine et Maladies Infectieuses*, vol. 50, n°6, Supplement, S142.
- BERNARDOT Marc (2005), « Déplacer et loger les indésirables, sociologie du logement contraint », *Recueil Alexandries*.
- BERTAUX Daniel (2016), « 4. Le recueil de récits de vie », *Le récit de vie*, Paris, Armand Colin, 57-70.
- BERTHOMIERE William, FROMENTIN Julie, LESSAULT David, MICHALON Bénédicte & PRZYBYL Sarah (2020), « L'accueil des exilés dans les espaces ruraux en France : orientations nationales et déclinaisons locales d'une politique de dispersion », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 36, n°vol. 36-n°2 et 3, 53-82.
- BERTINI Barbara, LAPORTE Rémi, PIEGAY Elisabeth & SCHWARTZ Muriel (2020), « Les permanences d'accès aux soins de santé et leur rôle auprès des populations migrantes », *Actualité et dossier en santé publique*, vol.n°111, 35-36.
- BERTRAND Jérôme & DUGUE Régis (2007), « Le nouveau découpage morphologique ».
- BEZES Philippe & DEMAZIERE Didier (2011), « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, vol. 53, n°3, 293-348.
- BIHAN H. (2007), « Éducation des exclus et des migrants diabétiques », *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 1, n°3, 76-79.
- BINET Laurence & SAULNIER Martin (2019), *Médecins Sans Frontières, évolution d'un mouvement international associatif 1971-2011.*, Paris.
- BLOCH Laurence & RICORDEAU Pierre (1996), « La régulation du système de santé en France », *Revue française d'économie*, vol. 11, n°1, 87-146.
- BLOCH Marie-Aline & HENAUT Léonie (2014), *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod.
- BOLZMAN Claudio, FELDER Alexandra & FERNANDEZ Antonio (2018), « Trajectoires de formation des jeunes migrants en situation juridique précaire : logiques de mobilisation de ressources face à des contraintes multiples », *Raisons éducatives*, vol. 22, n°1, 249-275.
- BONERANDI Emmanuelle, BOURGEOIS Frédérique & RICHARD Xavier (2004), « Cartographier la demande d'asile en France. Tendances nationales, représentations départementales et réalités locales », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 20, n°vol. 20-n°2, 127-152.
- BONNIN M. & GREMY F. (2004), « Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique », *Santé Publique*, vol. 16, n°1, 133-146.
- BONTEMPS Gilles (2022), « De quoi parle-t-on ? Définition et approches sémantiques du virage ambulatoire », *ADSP*, vol. 118, n°2, 11-14.
- BOSWELL C. (2001), « Spreading the costs of asylum seekers: A critical assessment of dispersal policies in Germany and the UK ».
- BOUAGGA Yasmine (2020), « Politiques de l'urgence et bricolages humanitaires. Genèse des « centres d'accueil et d'orientation » dans la crise calaisienne », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 36, n°2-3, 29-51.
- BOUBLIL Elodie & WOLMARK Laure (2018), « Vulnérabilité, soin et accueil des demandeurs d'asile », *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, vol.n°13.
- BOUFFARTIGUE Paul (2014), « La disponibilité temporelle au travail : nouvelles formes, nouveaux enjeux », dans SYLVIE Monchatre & BERNARD Woehl (éd.), *Temps de travail et travail du temps*, Paris, Éditions de la Sorbonne, 165-178.
- BOUQUET Brigitte & JAEGER Marcel (2011), « Tensions entre mise en œuvre des politiques migratoires et questions éthiques du travail social », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, vol.n°1290, 10-21.
- BOUQUET Brigitte, JAEGER Marcel & SAINSAULIEU Ivan (2007), *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*.
- BOURGOIS Louis (2019), « Urgence sociale et catégorisation des publics : les “ roms migrants ” sont-ils des “ sans-abri ” comme les autres ? », *Rhizome*.

- BOURGOIS Louis & LIEVRE Marion (2019), « Les bénévoles, artisans institutionnalisés des politiques migratoires locales ? », *Lien social et Politiques*, vol.n°83, 184-203.
- BOURRET Paule (2006), *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*.
- BRESSON Maryse, COLOMB Fabrice & GASPARD Jean-François (Éd.) (2016), *Les territoires vécus de l'intervention sociale, Les territoires vécus de l'intervention sociale*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- BROUSSE Cécile (2006), « Le réseau d'aide aux sans-domicile : un univers segmenté », *Economie et Statistique*, vol. 391, n°1, 15-34.
- BRÜCKER Pauline, VERON Daniel & VERTONGEN Youri Lou (2019), « Du mouvement des sans-papiers à la « crise » des réfugiés : évolution des catégories d'action et enjeux théoriques », *Critique internationale*, vol. N° 84, n°3, 9-21.
- BUNGENER Martine & POISSON-SALOMON Anne-Sylvie (1998), *Travailler et soigner en réseau : exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne*, Paris, Éd. INSERM.
- BUSSI Chloe (2019), « Le social à l'épreuve de la sanitarisation. Monographie d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale », 235 pages.
- CALABRESE Laura, GABORIAUX Chloé & VENIARD Marie (2022), « L'accueil en crise : pratiques discursives et actions politiques », *Mots. Les langages du politique*, vol.n°129, 9-21.
- CALABRESE Laura & VENIARD Marie (2018), *Penser les mots, dire la migration*.
- CALABRESI Guido & BOBBITT Philip (1978), « Tragic Choices », *Faculty Books*.
- CALVEZ Marcel (2010), « La négociation du soi et la situation de maladie », *Ethica Clinica*, vol. 57, n°, 6.
- CAMBERLEIN Philippe (2011), « Chapitre 1. Les missions et champs de compétence au sein de l'action sociale », *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*, Paris, Dunod, 7-44.
- CANOÛ Pierre, FLORENTIN Anne & MAURANGES Aline (1998), *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants: de l'analyse du burn out aux réponses*, Paris, Masson.
- CARDE Estelle (2006a), « « On ne laisse mourir personne. » Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, vol. 16, n°2, 57-80.
- CARDE Estelle (2006b, janvier 1), « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins : Etude en France métropolitaine et en Guyane française ».
- CARDE Estelle (2007), « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, vol. 19, n°2, 99-109.
- CARDE Estelle (2009), « Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers : de l'Aide sociale aux politiques d'immigration », *Mouvements*, vol. n° 59, n°3, 143-156.
- CARDE Estelle (2012), « Immigration(s) et accès aux soins en Guyane », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, vol.n°5.
- CASTEL Robert (1995), *Les métamorphoses de la question sociale*.
- CASTRA Michel & SAINSAULIEU Ivan (2020), « Intervenir sur un autre territoire professionnel. Équipes mobiles et services "sédentaires" à l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol. 38, n°4, 47-74.
- CAVAGNOUD Robin, BAILLET Julie & COSIO ZAVALA María (2019), « Vers un usage renouvelé de la fiche Ageven dans l'analyse qualitative des biographies », *Cahiers québécois de démographie : revue internationale d'étude des populations*, vol. 48, n°1, 27-51.
- CHAMBON Nicolas (2018), « "Aller-vers"...d'autres pratiques. Editorial. », *Rhizome*, vol. 68, n°.
- CHAMBON Nicolas (2019), « 8. Qui se préoccupe des migrants et de leur santé ? », *La santé des migrants en question(s)*, Rennes, Presses de l'EHESP, 101-113.
- CHAMBON Nicolas & GOFF Gwen Le (2016), « Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales*, vol.n°2, 123-140.
- CHAPIREAU François (2021), « La désinstitutionnalisation psychiatrique : définitions, usages de la notion, et questions de méthode », *L'information psychiatrique*, vol. 97, n°1, 39-43.
- CHEN J., NG E. & WILKINS R. (1996), « The health of Canada's immigrants in 1994-95 », *Health Reports*, vol. 7, n°4, 33-45, 37-50.
- CHERUBINI Bernard (2011), « Ville et santé : vers une remobilisation progressive des acteurs et des usagers », *Agir pour la promotion de la santé*, Toulouse, Érès, 51-75.
- CHEVALIER Louis (1961), « L'immigration en France (1950-1960) », *Population*, vol. 16, n°1, 113-113.

- CHEVILLARD Guillaume & MOUSQUES Julien (2018), « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français », *Cybergeo: European Journal of Geography*.
- CLOT Yves (2010), « La qualité empêchée », *Le travail à coeur*, Paris, La Découverte.
- COGNET Marguerite, HAMEL Christelle & MOISY Muriel (2012a), « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n°vol. 28-n°2, 11-34.
- COGNET Marguerite, HOYEZ Anne-Cécile & POIRET Christian (2012b), « Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n°vol. 28-n°2, 7-10.
- COGNET Martine (2017), « Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques », *Cahiers de la LCD*, vol. 5, n°3, 25-42.
- COMITI Vincent-Pierre & PATUREAU Jacqueline (2005), « La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 4, n°1, 129-137.
- CONRAD Peter (1992), « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, n°, 209-232.
- CORNU PAUCHET Marianne (2018), « Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité », *Regards*, vol. 53, n°1, 43-56.
- CORON Gaël (2017), « Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social », *La Revue de l'Ires*, vol. n° 91-92, n°1, 213-235.
- COTTEREAU Victoire (2015, juin 24), « Les « invisibles » de l'hôpital : Parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) dans la région Poitou-Charentes ».
- COUSIN Grégoire & LEGROS Olivier (2014), « Gouverner par l'évacuation ? L'exemple des "campements illicites" en Seine-Saint-Denis », *Annales de géographie*, vol. 700, n°6, 1262-1284.
- CRENN Chantal (2000), « Une consultation pour les migrants à l'hôpital », *Hommes & Migrations*, vol. 1225, n°1, 39-45.
- DALGALARRONDO Sébastien & URFALINO Philippe (2000), « Choix tragique, controverse et décision publique. Le cas du tirage au sort des malades du sida », *Revue française de sociologie*, vol. 41, n°1, 119-157.
- DARLING Jonathan (2016), « Privatising asylum: neoliberalisation, depoliticisation and the governance of forced migration », *Transactions of the Institute of British Geographers*, vol. 41, n°3, 230-243.
- DAUVIN Pascal & SIMEANT Joanna (2002), *Le travail humanitaire: Les acteurs des ONG, du siège au terrain*, Presses de Sciences Po.
- DE BAUCHE Laurence (2011), « La prise en compte de la vulnérabilité des personnes dans le cadre du régime d'asile européen commun », *Odysseus. Les notes d'analyse de l'observatoire de FTDA*, vol.n°1.
- DEFERT Daniel, CABE Marie-Hélène & UHALDE Marc (2005), « Innovation militante et réseau », *Sociologies pratiques*, vol. n° 11, n°2, 7-12.
- DEL BIAGGIO Cristina, GATELIER Karine & NOUS Camille (2021), « Les territoires accueillants à l'épreuve de l'inconditionnalité de l'accueil. L'exemple de Grenoble », *Migrations Société*, vol. 185, n°3, 65-80.
- DELAGE Aurélie, LEOSTIC Fanny, POLLET Marion & BONERANDI Emmanuelle (2008), « La demande d'asile à Lyon : flux européens et centralités urbaines », *Espace populations sociétés. Space populations societies*, vol.n°2008/2, 301-317.
- DEMAILLY Lise, DEMBINSKI Olivier & DECHAMP-LE ROUX Catherine (2014), *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité*, Montrouge, France, J. Libbey.
- DESGREES DU LOU Annabel & LERT France (Éd.) (2017), *Parcours: parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France*, Paris, Éditions La Découverte.
- DESGREES DU LOU Annabel, RAVALIHASY Andrainolo & PANNETIER Julie (2017), « Des situations de précarité qui exposent aux risques sexuels et au VIH », *Parcours*, Paris, La Découverte, 139-159.

- DESPRES (c), DESPRES (C.), RENAUD (T.), COLDEFY (M.) & LUCAS-GABRIELLI (V.) (2012), « Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique ».
- DESPRES Caroline (2009), « Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie complémentaire à Paris », IRDES.
- DEVETTER François-Xavier, DUSSUET Annie, NIRELLO Laura & PUISSANT Emmanuelle (2022), « Les collectifs de travail dans les métiers auprès des personnes âgées : fragiles, fragilisés mais indispensables », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol. 4, n°4, 250-274.
- D'HALLUIN Estelle (2006), « La mobilisation du clinicien dans les procédures d'asile en France : pratiques et dilemmes », *L'Evolution psychiatrique*, vol. 71, n°3, 521-534.
- D'HALLUIN Estelle (2009), « La santé mentale des demandeurs d'asile », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, vol.n°1282, 66-75.
- D'HALLUIN Estelle (2012), *Les épreuves de l'asile: Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- DIVAY Sophie & GADEA Charles (2008), « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, vol. 128, n°4, 677-687.
- DJAOUI Elian (2011), « Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime », *Dialogue*, vol. 192, n°2, 7-18.
- DODIER Nicolas & CAMUS Agnès (1997), « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales*, vol. 52, n°4, 733-763.
- DUBOIS Manuella, LORTHOIS Julie, MANSOUR Schamyl, FLEURY Magali, BALLOUCHE Nourddine, BLANC Pascal & GAUVAIN Jean-Bernard (2008), « DO MOBILE TEAMS REPRESENT THE FUTURE OF GERIATRICS? », *Gerontologie et société*, vol. 31126, n°3, 91-103.
- DUBOIS Vincent (1999), *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*.
- DUVOUX Nicolas & VEZINAT Nadège (Éd.) (2022), *La santé sociale*, Paris, Puf.
- EBERHARD Mireille, LE MENER Erwan & SEGOL Emilie (2018), « Qui sont les migrants mis à l'abri ? Ile-de-France, juin 2015-novembre 2016. », Observatoire du Samusocial de Paris, Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement.
- EL KOTNI Mounia & FAYA ROBLES Alfonsina (2018), « Politiques de santé materno-infantile au Brésil et au Mexique », *Cahiers des Amériques latines*, vol.n°88-89, 61-78.
- ELIOT Emmanuel, LUCAS-GABRIELLI Véronique & MANGENEY Catherine (2017), « Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français », *Revue francophone sur la santé et les territoires*.
- ELOIRE Fabien, PENALVA ICHER Élise & LAZEGA Emmanuel (2011), « Application de l'analyse des réseaux complets à l'échelle interorganisationnelle. Apports et limites », *Terrains & travaux*, vol. 19, n°2, 77-98.
- ELSTER Jon (1992), *Local Justice: How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens*, Russell Sage Foundation.
- ELSTER Jon & HERPIN Nicolas (1992), *Ethique des choix médicaux - Jon Elster, Nicolas Herpin -*.
- EMMANUELLI Xavier (2007), « L'action du Samu social », *Laennec*, vol. 55, n°4, 37-47.
- ENJOLRAS Franck (2009), « Soigner en centre de rétention administrative », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, vol.n°1282, 76-88.
- FABRE Catherine, BAUDOT Vincent, TOULEMONDE Sibylle & SANTE Gres Médiation (2003), « Évaluation des permanences d'accès aux soins de santé », *Rapport final. Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins*.
- FAIDUTTI-RUDOLPH Anne-Marie (1962), « L'évolution de l'immigration en France de 1946 à 1960 », *L'Information Géographique*, vol. 26, n°4, 152-160.
- FALZON Mark-Anthony (2009), *Multi-Sited Ethnography: Theory, Praxis and Locality in Contemporary Research*, Routledge.
- FARGES Éric (2006), « La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », *Lien social et Politiques*, vol.n°55, 99-112.
- FASSIN Didier (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*.
- FASSIN Didier (1998a), *Les figures urbaines de la santé publique: enquête sur des expériences locales*, La Découverte.

- FASSIN Didier (1998b), « Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés? », *Plein droit*, vol.n°38.
- FASSIN Didier (2000a), « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes & Migrations*, vol. 1225, n°1, 5-12.
- FASSIN Didier (2000b), « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales*, vol. 55, n°5, 955-981.
- FASSIN Didier (2001a), « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 19, n°4, 5-34.
- FASSIN Didier (2001b), « Charité bien ordonnée: Principes de justice et pratiques de jugement dans l'attribution des aides d'urgence », *Revue française de sociologie*, vol. 42, n°3, 437-475.
- FASSIN Didier (2005), « Biopouvoir ou biolégitimité ? Splendeurs et misères de la santé publique. », *Penser avec Michel Foucault*, 161-182.
- FASSIN Didier (2006), « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, vol. 73, n°1, 137-157.
- FASSIN Didier (2021), « La santé des migrants : notes pour une généalogie », *La Santé en action*, vol.n°455, 6-10.
- FASSIN Didier & D'HALLUIN Estelle (2005), « The Truth from the Body: Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum Seekers », *American Anthropologist*, vol. 107, n°4, 597-608.
- FASSIN Didier & D'HALLUIN Estelle (2007), « Critical Evidence: The Politics of Trauma in French Asylum Policies », *Ethos*, vol. 35, n°3, 300-329.
- FERE Cécile (2013), « Vers un droit au transport ciblé et un droit à la mobilité conditionnel. L'évolution de la prise en compte des inégalités de mobilité dans les politiques urbaines », *Flux*, vol. 91, n°1, 9-20.
- FERNANDEZ Julian, FLEURY GRAFF Thibault & MARIE Alexis (2020, mai 20), « La crise sanitaire, prétexte à une fragilisation du droit d'asile - Le Club des Juristes ».
- FESSARD Claire & HYVERT Georges (2021), « Santé des migrants sur le Haut-Maroni en Guyane : enjeux et prise en charge Migrants et santé : soigner les blessures invisibles et indicibles », *La Santé en action*, vol.n°455, 24-26.
- FLAMANT Anouk (2021), « Nantes, "ville accueillante" pour les populations exilées. De l'urgence humanitaire à la mise à l'abri inconditionnelle », *Migrations Société*, vol. 185, n°3, 49-63.
- FLAMANT Anouk, FOUROT Aude-Claire & HEALY Aisling (2020), « Éditorial : Hors des grandes villes ! L'accueil des exilé·e·s dans les petits milieux d'immigration », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 36, n°2-3, 7-27.
- FLEURET Sébastien & SECHET Raymonde (2013), « Spatialité des enjeux de pouvoir et des inégalités : pour une géographie sociale de la santé », dans VESCHAMBRE Vincent (éd.), *Penser et faire la géographie sociale : Contribution à une épistémologie de la géographie sociale*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 333-349.
- FOUCAULT Michel (1994), « La naissance de la médecine sociale », *Dits et Ecrits*, Paris, 207-228.
- FRIGOLI Gilles (2010a), « Les usages locaux des catégories de l'action publique face aux situations migratoires », *Migrations Societe*, vol. N° 128, n°2, 81-93.
- FRIGOLI Gilles (2010b), « Le rôle du département en tant que chef de file dans le domaine de l'insertion », *Informations sociales*, vol. 162, n°6, 76-84.
- GABARRO Céline (2012), « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n°vol. 28-n°2, 35-56.
- GAMBLIN Vincent, DA SILVA Arlette, BOUDEHANE Houria, SAUVAGE Véronique & VILLET Stéphanie (2013), « Les équipes mobiles de soins palliatifs : entre idéal normatif et réalité du terrain », *Revue internationale de soins palliatifs*, vol. 28, n°4, 227-231.
- GARDELLA Edouard (2014a), « Secourir les sans-abri en détresse. La norme d'inconditionnalité dans l'urgence sociale », *Vulnérabilités sanitaires et sociales*.
- GARDELLA Edouard (2014b), « L'urgence comme chronopolitique », *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, vol.n°19.
- GARDELLA Édouard (2017), « Sociologie de la réflexivité dans la relation d'assistance. Le cas de l'urgence sociale », *Sociologie du travail*, vol. 59, n°3.

- GARDESSE Camille (2020), « La dispersion de personnes exilées : ce que la spatialisation des CAO révèle des politiques migratoires et urbaines », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 362, n°2, 83-105.
- GARDESSE Camille & LELEVRIER Christine (2021), *Gouvernance de l'accueil et expériences d'exilés dans les villes petites et moyennes*, La Défense, Plan urbanisme construction architecture, PUCA.
- GASQUET-BLANCHARD Clélia, COLLOMBIER Madeleine & PARKINS Kristina (2018), « Processus socio-territoriaux urbains à l'œuvre dans les trajectoires des femmes enceintes ayant accouché prématurément », *Revue francophone sur la santé et les territoires*.
- GASQUET-BLANCHARD Clélia & HOYEZ Anne-Cécile (2020), « Les dimensions spatiales des relations familiales en migration : les enjeux autour de la grossesse en migration », *Noroi*, vol. 257, n°4, 7-20.
- GASQUET-BLANCHARD Clélia & MOINE Raphaël (2021), « Une fabrique programmée des inégalités sociales en santé périnatale. Les limites actuelles de la prise en charge des femmes enceintes mises en situation de précarité », *Revue française des affaires sociales*, vol.n°3, 225-240.
- GAUDILLIERE Jean-Paul, IZAMBERT Caroline & JUVEN Pierre-André (2021, mai 18), « Le triage et ses modes d'existence : ce que la priorisation des soins révèle ».
- GAUTHIER Agnès (2010), « Le domicile : un contexte à risques... », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 108, n°4, 98-102.
- GEERAERT JérémY (2016), « Le touriste et le réfugié », *Cliniques méditerranéennes*, vol. 94, n°2, 69-82.
- GEERAERT JérémY (2017a), « Les frontières à géométrie variable de la citoyenneté. Accès aux soins des migrants dans un dispositif d'assistance », *Trajectoires. Travaux des jeunes chercheurs du CIERA*, vol.n°Hors série 3.
- GEERAERT JérémY (2017b, octobre 17), « 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 ».
- GEERAERT JérémY (2020), « Temporalité et rôle des passeurs. Le transfert et la consolidation des normes du soin de la précarité vers l'hôpital public », *Revue française de science politique*, vol. 70, n°5, 639-656.
- GEISSER Vincent (2019), « Les migrants coupables de la crise du système de santé publique ? Déconstruire les fantasmes sur le "tourisme médical" », *Migrations Société*, vol. 178, n°4, 3-11.
- GEISSER Vincent (2020), « Des municipalités plus accueillantes que les États ? Marseille, un exemple parlant », *Migrations Société*, vol. 181, n°3, 3-14.
- GEORGES-TARRAGANO Claire, GRASSINEAU Dominique, ASTRE Harold & GAILLARD Julien (2017), « Soigner les migrants dans les PASS », *Laennec*, vol. Tome 65, n°1, 25-37.
- GERBIER-AUBLANC Marjorie (2016, mai 30), « Du "care" à l' "agency" : l'engagement associatif des femmes d'Afrique subsaharienne dans la lutte contre le VIH/sida en France ».
- GERBIER-AUBLANC Marjorie (2020), « La médiation en santé : contours et enjeux d'un métier interstitiel. L'exemple des immigrants vivant avec le VIH en France », *Ceped*, 15.
- GILBERT Claude & HENRY Emmanuel (2012), « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion », *Revue française de sociologie*, vol. 53, n°1, 35-59.
- GILLETTE-FAYE Isabelle (2021), « "La Réparation" des survivantes des Mutilations Sexuelles Féminines », *Mémoires*, vol. 80, n°1, 14-15.
- GILLOIRE Augustin (2002), « La classification des immigrés à l'épreuve du VIH/sida », *Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux.*
- GINOT Luc, KIRSCHEN Bernard, LAPORTE Anne, RIOU Françoise & DEVYS Christophe (2018), « Mise en place d'une politique publique de santé des migrants », *Sante Publique*, vol. Vol. 30, n°5, 611-616.
- GIROUD M. (2009), « La régulation médicale en médecine d'urgence », *Réanimation*, vol. 18, n°8, 737-741.
- GOUZE Jean-Claude (2019), « Asile et droits des migrants, une crise de l'accueil: Amnesty International entre plaidoyer global et travail sur le terrain », *Empan*, vol. n° 116, n°4, 36-43.
- GRASSINEAU Dominique, SAINT-VAL Thierry, MECHALI Denis, ASTRE Harold & GEORGES-TARRAGANO Claire (2015), « Les PASS médico-sociales : véritables laboratoires d'une médecine plus intégrative », *Soigner (l')humain*, Rennes, Presses de l'EHESP, 195-221.

- GROSJEAN Sylvie & VIDAL Marjorie (2017), « Introduction. Observer les pratiques et les acteurs en situation : réflexions sur des démarches d'observation multisituées, équipées ou en ligne », Université du Québec.
- GUISO Andrea, JANGAL Candy, QUERE Mathilde, LAPORTE Anne & RIOU Françoise (2017), « La santé des migrants primo-arrivants: résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol.n^{os}19-20.
- GUYAVARCH Emmanuelle & GARCIN Elsa (2014), « Publics hébergés par le 115 de Paris : une forte progression des familles », *Informations sociales*, vol. 182, n^o2, 142-149.
- GUYAVARCH Emmanuelle, LE MENER Erwan & VANDENTORREN Stéphanie (2014), « Enquête Enfams - Enfants et familles sans logement en Île-de-France », Paris, Observatoire du Samusocial de Paris.
- GUZNICZAK Bernard (2019), « Répondre aux besoins des jeunes migrants. MSF et MNA », *Les Cahiers Dynamiques*, vol. 76, n^o3, 96-101.
- HACHIMI ALAOU Myriam & NACU Alexandra (2010), « Soigner les étrangers en situation irrégulière », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, vol.n^o1284, 163-173.
- HALFEN Sandrine (2012), « Modalités et logiques des interventions sanitaires et sociales en direction des "Roms migrants" vivant en Île-de-France », *Études Tsiganes*, vol. 50, n^o2, 164-179.
- D'HALLUIN Estelle (2016), « Le nouveau paradigme des « populations vulnérables » dans les politiques européennes d'asile », *Savoir/Agir*, vol. N^o 36, n^o2, 21-26.
- HAMIDI Camille & FISCHER Nicolas (2016), *Les politiques migratoires*.
- HAMIDI Camille & PAQUET Mireille (2019), « Redessiner les contours de l'État : la mise en oeuvre des politiques migratoires », *Lien social et Politiques*, vol.n^o83, 5-35.
- HANAPPE Cyril & NEIMI Élise Al (2020), *Villes ouvertes, villes accueillantes*, ECLM.
- HASCHAR-NOE Nadine & BERAULT Florent (2019), « La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins », *Santé Publique*, vol. 31, n^o1, 31-42.
- HASSENTEUFEL Patrick (2011), « Chapitre 8 - Les acteurs intermédiaires des politiques publiques », *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 213-242.
- HASSENTEUFEL Patrick, NAIDITCH Michel & SCHWEYER François-Xavier (2020), « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos », *Revue française des affaires sociales*, vol.n^o1, 11-31.
- HAZO J. B., PRIGENT A., AURIOL M., DINDORF C., ROELANDT J. L. & CHEVREUL K. (2017), « Identification des facteurs associés au recours aux soins de santé mentale », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 65, n^o, S53-S54.
- HELLUIN Jean-Jacques (2000), « La géographie prioritaire de la politique de la ville, un contour de la banlieue ? / Geographical priorities of urban policy: an approach for defining problem suburbs ? », *Géocarrefour*, vol. 75, n^o2, 117-122.
- HELLY Matthieu (2009), *Les métamorphoses du monde associatif*.
- HENRY Stéphane (2012), « History and testimonies of visiting nurses (1905-1938) », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 109, n^o2, 44-56.
- HIRLET Philippe & PIERRE Thomas (2017), « Ce que la désinstitutionnalisation de l'intervention sociale fait au travail (du) social ! », *Sciences & Actions Sociales*, vol. 7, n^o2, 105-115.
- HOYEZ Anne-Cécile (2011), « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », *Cybergeo : European Journal of Geography*.
- HOYEZ Anne-Cécile (2015), « Territoires, mobilités et santé: comment composer et penser une offre de soins pour les populations migrantes en situation précaire? », *Revue francophone sur la Santé et les Territoires*.
- HOYEZ Anne-Cécile (2021), « Accompagner, héberger et soigner dans l'urgence. La prise en charge des demandeurs d'asile en milieu rural (Bretagne) », *Études rurales*, vol. 208, n^o2, 40-59.
- HOYEZ Anne-Cécile & D'HALLUIN Estelle (2012), « L'initiative associative et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants », *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, vol.n^o33.

- HOYEZ Anne-Cécile, PIAN Anaïk, JARNO Pascal & LEPETIT Arnaud (2019), « Représenter la dimension spatiale des contextes d'exercice des professionnels intervenant auprès des migrants : le cas des interprètes », *Revue francophone sur la santé et les territoires*.
- HUGHES Everett (1996), « Le drame social du travail », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 115, n°1, 94-99.
- HURN Russell & BARRON Ian (2018), « The EMDR Integrative Group Treatment Protocol in a Psychosocial Program for Refugee Children: A Qualitative Pilot Study », *Journal of EMDR Practice and Research*, vol. 12, n°4, 208-223.
- IOSTI Pauline (2020, novembre 12), « Les inégalités urbaines d'accès aux soins : une étude croisée des logiques d'organisation de l'offre et des trajectoires individuelles de recours aux soins dans la métropole de São Paulo ».
- IZAMBERT Caroline (2014), « Sida et immigration : quelles luttes pour quels droits ? », *La Vie des idées*.
- IZAMBERT Caroline (2018), « La santé des immigré·e·s entre réponse médicale et approche sécuritaire », *Mouvements*, vol. n° 93, n°1, 51-59.
- JANGAL Candy (2018), « Familles sans logement et recours aux soins en Ile-de-France. Contraintes, ancrages et pratiques. »
- JOBARD Fabien, GEERAERT Jérémy, LAUMOND Bénédicte, MÜTZELBURG Irina & ZEIGERMANN Ulrike (2020), « Sociologie politique des passeurs. Acteurs dans la circulation des savoirs, des normes et des politiques publiques », *Revue française de science politique*, vol. 70, n°5, 557-573.
- JOLIVET Anne, CADOT Emmanuelle, CARDE Estelle, FLORENCE Sophie, LESIEUR Sophie, LEBAS Jacques & CHAUVIN Pierre (2011), *Migrations et soins en Guyane*, Agence française de développement, 117.
- JORRO Anne (2013), « Éthos professionnel », *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 109-112.
- JOUBE Élodie & PICHON Pascale (2015), « Le chez-soi, le soi, le soin. L'expérience limite des personnes sans domicile fixe comme modèle de compréhension de la vulnérabilité sanitaire », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, vol. 110, n°1, 46-55.
- JULHE Samuel, HONTA Marina, HASCHAR-NOE Nadine, SALAMERO Émilie, BASSON Jean-Charles & SALLE Loïc (2021), « Les reconfigurations du travail des agents des ARS. Extension de juridiction et perte de pouvoir professionnel. », *La nouvelle revue du travail*, vol.n°18.
- JUSOT Florence, DOURGNON Paul, WITTEWER Jérôme & SARHIRI Jawhar (2019), « Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas », *Questions d'économie de la santé*, vol.n°245.
- JUSOT Florence, SILVA Jérôme, DOURGNON Paul & SERMET Catherine (2009), « Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? », *Revue économique*, vol. 60, n°2, 385-411.
- JUVEN Pierre-André, GAUDILLIERE Jean-Paul & IZAMBERT Caroline (2021), *Pandémopolitique. Réinventer la santé en commun*.
- KANNAS Serge & PASTOUR Nicolas (2019), « Un demi-siècle de développement des équipes mobiles en psychiatrie : constats et perspectives », *L'information psychiatrique*, vol. 95, n°4, 237-243.
- KAOUTAR B, GATIN B, DE CHAMPS LEGER Hélène, VASSEUR V., APARICIO Caroline, DE GENNES C., LEBAS Jacques, CHAUVIN Pierre & GEORGES-TARRAGANO Claire (2014), « 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, 709-714.
- KATSIAFICAS Caitlin (2023), « Asylum seeker dispersal policies - Setting the stage for successful intergration ? »
- KAUFMANN Vincent, BERGMAN Manfred Max & JOYE Dominique (2004), « Motility: mobility as capital », *International Journal of Urban and Regional Research*, vol. 28, n°4, 745-756.
- KHOUANI Jérémy, BERTRAND Christophe, LAUNAY Eugénie, JEGO Maeva, AUQUIER Pascal & TABELLE Clémence (2022), « État des lieux des pratiques d'orientation des patients vers le système de santé de droit commun, à la suite d'une prise en charge en permanence d'accès aux soins de santé », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol.n°1, 10-21.
- KOBELINSKY Carolina (2010), *L'accueil des demandeurs d'asile: une ethnographie de l'attente*, Paris, Editions du Cygne.

- KUNST H., BURMAN M., ARNESEN T. M., FIEBIG L., HERGENS M-P., KALKOUNI O., KLINKENBERG E., ORCAU À., SOINI H., SOTGIU G., ZENNER D. & DE VRIES G. (2017), « Tuberculosis and latent tuberculous infection screening of migrants in Europe: comparative analysis of policies, surveillance systems and results », *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 21, n°8, 840-851.
- LAACHER Smaïn (2010), *De la violence à la persécution, femmes sur la route de l'exil*, Dispute (La).
- LADA Emmanuelle (2011), « Les recompositions du travail d'aide à domicile en France », *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, vol.n°115, 9-23.
- LAFORE Robert (2004), « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du « département providence » », *Revue française des affaires sociales*, vol.n°4, 17-34.
- LAPEYRE Nathalie & LE FEUVRE Nicky (2005), « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, vol.n°1, 59-81.
- LARBIOU Benoît (2006), « Chapitre 4 - Médecins hygiénistes et mise en carte des étrangers (1925-1940) », *Du papier à la biométrie : identifier les individus*, Paris, Presses de Sciences Po, 73-96.
- LAUGIER Sandra (2010), « L'éthique du care en trois subversions », *Multitudes*, vol. 42, n°3, 112-125.
- LAUMANN Edward, MARSDEN Peter & PRENSKY David (1983), « The boundary specification problem in network analysis », *Research Methods in Social Network Analysis*,.
- LAZARIDIS Marie & WEBER Serge (2014), « Les Paris des migrants », *Hommes & Migrations*, vol.n°1308.
- LE MENER Erwan (2013), « L'hôtellerie sociale : un nouveau marché de la misère ? Le cas de l'Île-de-France », *Revue des politiques sociales et familiales*, vol. 114, n°1, 7-18.
- LE MENER Erwan & OPPENCHAIM Nicolas (2015), « Pouvoir aller à l'école. La vulnérabilité résidentielle d'enfants vivant en hôtel social », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, vol. 110, n°1, 74-87.
- LE VACON Charlotte (2017), « Dépistage de l'exposition aux violences subies : vécu des demandeurs d'asile. Une étude qualitative auprès de 19 patients suivis au centre médical Louis Guilloux à Rennes ».
- LEANZA Yvan (2006), « L'interprète médiateur communautaire : entre ambiguïté et polyvalence », *L'Autre*, vol. 7, n°1, 109-123.
- LEBAS Jacques (2000), « Mission PASS », Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- LEBAS Jacques, SAUNIERE Joëlle, DUCROT Maryvonne & BRECHAT Pierre-Henri (2012), « 26. La polyclinique Baudelaire-PASS de l'hôpital Saint-Antoine de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris », *Innover contre les inégalités de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 341-354.
- LENDARO Annalisa, RODIER Claire & VERTONGEN Youri Lou (2019), *La crise de l'accueil: Frontières, droits, résistances*, La Découverte.
- LEPOUTRE Lucie (2021), « Travail bénévole dans l'aide sociale et juridique aux demandeurs d'asile », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 32, n°2, 125-136.
- LEPOUTRE Lucie & MALOGNE-FER Gwendoline (2022), « Comment penser les catégories de la migration : approche réflexive et enjeux méthodologiques », *Migrations Société*, vol. 189, n°3, 13-24.
- LERT France & DORE Véronique (2002), *Sida, immigration et inégalités. Nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, Paris, Editions Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS).
- LEVY Jacques & LUSSAULT Michel (2013), *Dictionnaire de géographie et de l'espace des sociétés*, La Documentation Française, 1137 p.
- LEVY-VROELANT Claire (Éd.) (2000), *Logements de passage : formes, normes, expériences*, Editions L'Harmattan.
- LIE Birgit (2004), « The psychological and social situation of repatriated and exiled refugees: a longitudinal, comparative study », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 32, n°3, 179-187.
- LIGI Francesca, PIAN Anaik & HOYEZ Anne-Cécile (2018), « Les actions de "l'aller-vers" de Médecins du Monde Strasbourg », ANR Migsan, 59.
- LIPSKY Michael & SMITH Steven Rathgeb (2011), « Traiter les problèmes sociaux comme des urgences », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, vol.n°20, 125-149.

- LOCHARD Yves & SIMONET Maud (2003), *L'expert associatif, le savant et le politique*, Paris, Éd. Syllepse.
- LOMBRAIL Pierre & PASCAL Jean (2005), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, vol. no 8, n°3, 31-39.
- LOT Florence (2000), « Les données sur le sida dans la population étrangère en France », *Hommes & Migrations*, vol. 1225, n°1, 83-87.
- LOT Florence, ANTOINE Delphine, PIOCHE C., LARSEN Christine, CHE Didier, CAZEIN Françoise, SEMAILLE Caroline & SAURA Christine (2012), « Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 25-30.
- LOUVET Céline (2018), « Intimités au domicile... Une approche de la relation de soin », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, vol. 134, n°3, 9-18.
- MAHI Lara (2015), « Une sanitarisation du pénal ? La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux », *Revue française de sociologie*, vol. 56, n°4, 697-733.
- MAILLE Didier & TOULLIER Adeline (2009), « Les dix ans de la CMU », *Hommes & Migrations*, vol.n°1282, 24.
- MALFILATRE Marie (2011), « A propos de "L'Engagement ethnographique". Entretien avec Daniel Cefaï », *Revue du Mauss permanente*.
- MANGENEY Catherine & GREMY Isabelle (2018), « Les déserts médicaux en Île-de-France. De quoi parle-t-on? Quels leviers d'action? », Paris, Observatoire régional de santé Île-de-France.
- MANUELLO Pascale (2018), « Equipes mobiles psychiatrie précarité d'Occitanie : état des lieux », Agence Régionale de Santé Occitanie.
- MARCUS George E. (1995), « Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography », *Annual Review of Anthropology*, vol. 24, n°1, 95-117.
- MARIETTE Audrey & PITTI Laure (2016), « Médecin de première ligne dans un quartier populaire », *Agone*, vol. n° 58, n°1, 51-72.
- MARIETTE Audrey & PITTI Laure (2020), « Covid-19 en Seine-Saint-Denis (1/2) : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé », *Métropolitiques*.
- MARIETTE Audrey & PITTI Laure (2021), « Soigner les "précaires" en territoires populaires. La fabrique locale d'une politique de santé publique », *Gouvernement et action publique*, vol. VOL. 10, n°4, 39-67.
- MAROTEL Geneviève, PERALDI Michel & TARRIUS Alain (1994), « Migration et citoyenneté. L'approche de la ville par la mobilité », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, vol. 64, n°1, 87-90.
- MARQUES Ana (2013), « Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité. Une forme d'articulation entre les champs social et psychiatrique », *Le Sociographe*, vol. 42, n°2, 67-77.
- MARQUES Ana (2018), « Ne pas aller vers "ceux qui ne demandent rien" ? », *Rhizome*, vol. 68, n°2, 14-15.
- MARTIN Boris (2020), *La belle histoire 1980-2020.*, Paris, Médecins du monde.
- MATHIEU Sophie (2021), « Les travailleurs sociaux face à la demande d'asile », *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, vol.n°33.
- MCDONALD James Ted & KENNEDY Steven (2004), « Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada », *Social Science & Medicine*, vol. 59, n°8, 1613-1627.
- MEDECINS DU MONDE (2020), « Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France en 2019. »
- MELLIER D. (2006), « Précarité psychique et dispositifs d'intervention clinique », *Pratiques Psychologiques*, vol. 12, n°2, 145-155.
- MESINI Béatrice & BONIS Margot (2021), « Des solidarités in extenso pour un asile in extremis. Dégradation des conditions matérielles d'accueil à Marseille », *Espace populations sociétés. Space populations societies*, vol.n°2021/2-3.
- MESTRE Claire (2006), « La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social », *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 71, n°3, 535-544.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE & DIRECTION DES HOPITAUX (1995), « Actes de la 2ème rencontre nationale des réseaux. Les réseaux ville-hôpital à la croisée des chemins. », Paris.

- MINO Jean-Christophe (2007), « Entre urgence et accompagnement, les équipes mobiles de soins palliatifs », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, n°1, 63-91.
- MINO Jean-Christophe & LERT France (2003), « Le travail invisible des équipes de soutien et conseil en soins palliatifs au domicile », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 21, n°1, 35-64.
- MISSAOUI Lamia & TARRIUS Alain (2006), « Villes et migrants, du lieu-monde au lieu-passage », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 22, n°2, 43-65.
- MIZRAHI Andrée & MIZRAHI Arié (2000), « Les étrangers dans les consultations des centres de soins gratuits », *Hommes & Migrations*, vol. 1225, n°1, 94-100.
- MOLERO Rosa, JARERO Ignacio Nacho & GIVAUDAN Martha (2019), « Longitudinal Multisite Randomized Controlled Trial on the Provision of the EMDR-IGTP-OTS to Refugee Minors in Valencia », *American Journal of Applied Psychology*, vol. 8, n°, 77-88.
- MOLINER Laurence (2015), « La mise au travail du genre. Des EJE et des médiateurs familiaux », *Le Sociographe*, vol. 49, n°1, 39-49.
- MORICE Alain & RODIER Claire (2005), « Classer-trier migrants et réfugiés : des distinctions qui font mal », *Hommes et Libertés - Revue de la Ligue des Droits de l'Homme*, vol.n°129, 58-61.
- MOTTET Geneviève (2022), « Vivre en centre d'hébergement collectif dans l'attente d'un « logement à soi » : les épreuves du provisoire et les enjeux dans la scolarisation des enfants issus de l'asile », *Populations vulnérables*, vol.n°8.
- MOULIERE Monique (2001), « À propos des interactions au guichet de l'État-social », *Mouvements*, vol. 15-16, n°3, 190-192.
- MÜLLER Pierre (2019), « Référentiel », *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 533-540.
- MUSSO Sandrine (2016), « L'étranger malade : une cause devenue digne d'être défendue », *Plein droit*, vol. 111, n°4, 44-48.
- NACU Alexandra (2010), « Les Roms migrants en région parisienne : les dispositifs d'une marginalisation », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 26, n°1, 141-160.
- NASEH Mitra, MACGOWAN Mark J., WAGNER Eric F., ABTAHI Zahra, POTOCKY Miriam & STUART Paul H. (2019), « Cultural adaptations in psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder among refugees: A systematic review », *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, vol. 28, n°1, 76-97.
- NAUDE Anne-Jeanne (2000), « Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration », *Hommes & Migrations*, vol. 1225, n°1, 13-22.
- NAY Olivier & SMITH Andy (2002), « Les intermédiaires en politique. Médiation et jeux d'institutions », *Economica*, 1.
- NGUYEN Aude (2014), « L'agonie administrative des exilés », *L'Autre*, vol. me 15, n°2, 197-206.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (1995), « La politique du terrain », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, vol.n°1, 71-109.
- PANNETIER Julie, RAVALIHASY Andrainolo, DESGREES DU LOU Annabel & LERT France (2020), « Les violences sexuelles envers les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne après la migration en France », *Population & Sociétés*, vol. 577, n°5, 1-4.
- PANNETIER Julie, RAVALIHASY Andrainolo & LOU Annabel Desgrées du (2017), « Violences sexuelles : place dans le parcours de vie et relation avec le risque d'infection VIH en France », *Parcours*, La Découverte, 160-172.
- PAPINOT Christian (2013), « Erreurs, biais, perturbations de l'observateur et autres « mauvais génies » des sciences sociales », *SociologieS*.
- PARISSE Jordan & PORTE Emmanuel (2022), « Les démarches d'« aller vers » dans le travail social : une mise en perspective », *Cahiers de l'action*, vol. 59, n°2, 9-16.
- PARIZOT Isabelle (2000, janvier 1), « Soigner les pauvres : rapports sociaux et identités dans les associations humanitaires et le secteur hospitalier ».
- PARIZOT Isabelle (2003), *Soigner les exclus*.
- PARIZOT Isabelle & CHAUVIN Pierre (2003), « Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne », *Revue d'Epidémiologie et de santé publique*, vol. 51, n°6, 577-588.
- PARIZOT Isabelle, CHAUVIN Pierre, FIRDION Jean-Marie & PAUGAM Serge (2004), « Santé et ruptures sociales dans les Zones Urbaines Sensibles d'Ile-de-France », *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale*, 367-412.

- PAUGAM Serge (1991), *La disqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*, Presses Universitaires de France.
- PAUGAM Serge & DUVOUX Nicolas (2013), « Chapitre 4. Les territoires de la solidarité », *La régulation des pauvres*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 75-92.
- PELCHAT Yolande, GAGNON Éric & THOMASSIN Annick (2006), « Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale », *Lien social et Politiques*, vol.n°55, 55-66.
- PESLIN Natasha, PASQUIER V., PLAÇAIS Caroline, COUTANT A., AGARD C., BARRIER J. & LOMBRIL Pierre (2001), « 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, 349-357.
- PETIAU Anne (2019), « Frontières spatiales, temporelles et professionnelles dans l'accompagnement social et médical des personnes sans abri. Une étude de cas », *Espaces et sociétés*, vol. 176-177, n°s1-2, 33-51.
- PETIN Joanna (2015), « Vulnérabilité et droit européen de l'asile : quelques précisions nécessaires ».
- PFISTER Valérie, GUIBOUX Loriane & NAITALI Julianne (2014), « Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner », *Informations sociales*, vol.n°182, 100-107.
- PIAN Anaïk (2014), « La fabrique de l'interprétariat auprès d'immigrés et d'étrangers atteints de cancer : la place des proches en question. », pp193.
- PIAN Anaïk (2016), « Tourisme médical versus immigration thérapeutique : des catégories exogènes réductrices », *Revue francophone sur la santé et les territoires*.
- PIAN Anaïk & HOYEZ Anne-Cécile (2022), « Balancing local justice and spatial justice: Mobile outreach and refused asylum seekers », *Population, Space and Place*, vol. 28, n°.
- PIAN Anaïk, HOYEZ Anne-Cécile & TERSIGNI Simona (2018), « L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. Vol. 34, n°2, 55-78.
- PICHON Pascale & RAVON Bertrand (2006), « Chapitre IV. Souci de la relation d'aide et accompagnement social : le Samu social et les Camions du coeur », *Débats Jeunesses*, vol. 17, n°1, 79-96.
- PICON Elise, CROVELLA Elise, LECOUTURIER François, MINET Béatrice & SEIGNEUR Romain (2015), « Evaluation des équipes mobiles psychiatrie précarité », DGOS.
- PLOUQUET Christine (2009), « Assistante sociale dans une équipe mobile : quelle place pour quel rôle ? », *VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA*, vol. n° 101, n°1, 52-54.
- POPOVICI Elena & PAWLIC Claude (2018), « Quelques principes d'intervention d'une équipe mobile à destination de migrants précaires », *Rhizome*, vol. 68, n°2, 9-9.
- POROT Antoine & ARRII Côme (1932), « L'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien. Ses facteurs. », *Annales Médico-Psychologiques*, vol. 90, n°, 588-611.
- POUTOUT Gilles (2005), « Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens », *Sociologies pratiques*, vol. n° 11, n°2, 33-54.
- PROST Brigitte (2001), « Quel périurbain aujourd'hui ? / Periurbanisation today », *Géocarrefour*, vol. 76, n°4, 283-288.
- PRZYBYL Sarah (2017), « Où accueillir les mineurs non accompagnés en France ? Enjeux de la construction d'un territoire de protection », *EchoGéo*, vol.n°42.
- QUENEAU Camille, PONCET Hélène & ZEROUG-VIAL Halima (2019), « Idées et conduites suicidaires chez les migrants en situation de précarité : état des lieux régional des perceptions et ressources des acteurs de terrain. Résultats d'une étude qualitative », *L'information psychiatrique*, vol. 95, n°8, 609-617.
- RAVON Bertrand (2009), « Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux », *Informations sociales*, vol. 152, n°2, 60-68.
- RAVON Bertrand, PICHON Pascale, LAVAL Christian & FRANGUIADAKIS Spyros (2000), « "Aller à la rencontre" : l'engagement des professionnels et bénévoles de l'aide auprès des "personnes en souffrance" », dans PERONI A. Micoud et M. (éd.), *Ce qui nous relie*, Ed. de l'Aube, 71-87.
- RECHTMAN Richard (2000), « De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries », *Hommes & Migrations*, vol. 1225, n°1, 46-61.
- REVAULT Pascal (2017), « Migrations, vulnérabilités et santé en France », *La santé des populations vulnérables*, 184-205.

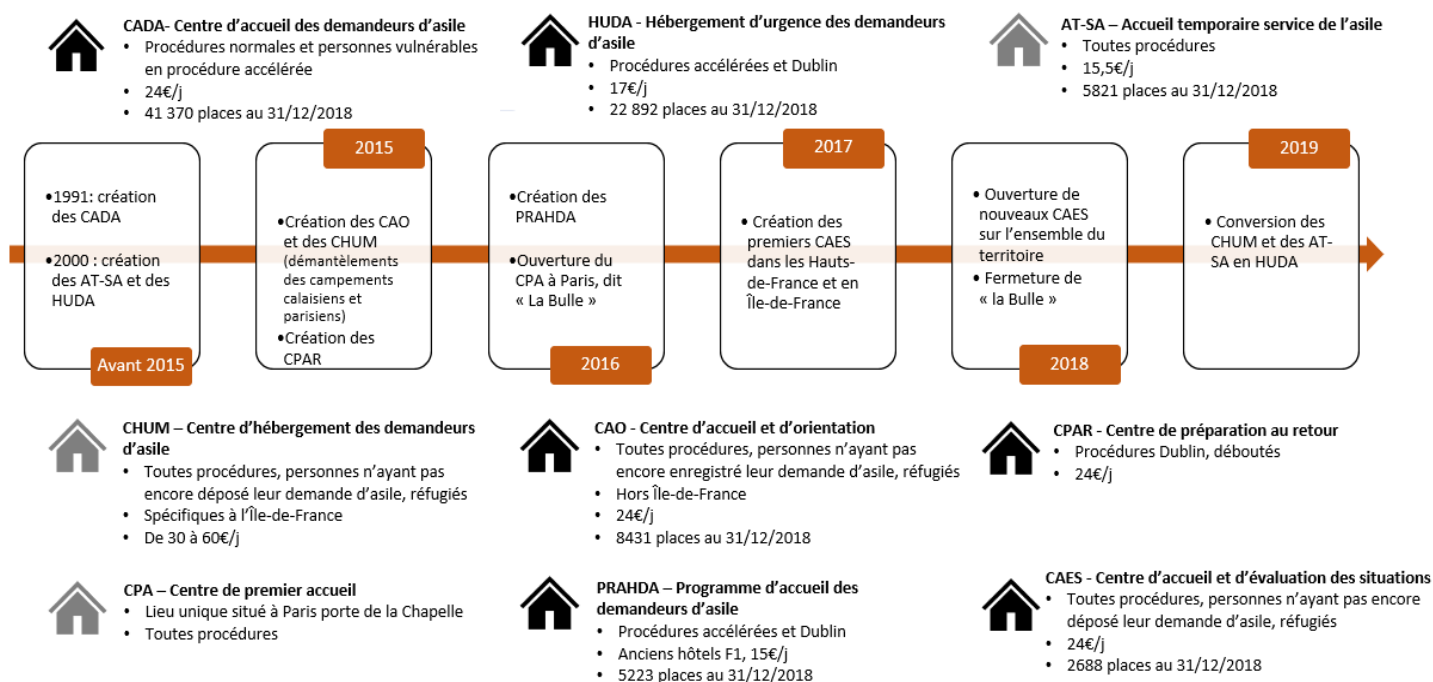
- REVAULT Pascal & DELAQUAIZE Hélène (2022), « Co-construire et interroger la médiation en santé : entre engagement, savoirs expérientiels et retours critiques », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, vol.n°24 bis (hors-série).
- REVIL Hélène (2018), « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire », *Regards*, vol. 53, n°1, 29-41.
- RISTIC Daniela (2020), « L'accueil des migrant·e·s dans les espaces de marges. Regards croisés sur des villages de Calabre et du Limousin », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 362, n°2, 231-253.
- RISTIC Daniela (2022, décembre 14), « L'accueil des migrant·e·s dans les espaces de marges (Calabre-Limousin) : entre invisibilisation, ressources pour les territoires et répression de l'hospitalité locale ».
- RIZK Yves (2020), « Les équipes mobiles d'appui à la scolarisation pour faciliter l'inclusion », *L'Aide-Soignante*, vol. 34, n°215, 20-21.
- ROBELET Magali, SERRE Marina & BOURGUEIL Yann (2005), « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, vol.n°1, 231-260.
- ROCHE Élise (2021), « L'hébergement citoyen des exilé·es, une zone grise, informalité et territoires solidaires, le cas de la vallée de la Drôme et de la métropole lyonnaise », *Espace populations sociétés. Space populations societies*, vol.n°2021/2-3.
- ROCHE Pierre (2005), « La posture de proximité chez les travailleurs sociaux », *Villes et toxicomanies*, Toulouse, Érès, 179-201.
- ROCHE Pierre (2007), « Les défis de la proximité dans le champ professionnel », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 3, n°1, 63-82.
- RODE Antoine (2010), « Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes ».
- RODRIGUEZ Jacques & TISSERAND Chloé (2017), « Calais, « laboratoire » d'une médecine de l'exil », *Hommes Migrations*, vol. n° 1316, n°1, 132-136.
- RODRIGUEZ Jacques & TISSERAND Chloé (2021a), « Soigner à la frontière », *Socio-anthropologie*, vol.n°43, 23-37.
- RODRIGUEZ Jacques & TISSERAND Chloé (2021b), « Les personnes exilées à la frontière : quand la violence ricoche sur les soignants », *Rhizome*, vol. 8081, n°2, 33-34.
- ROEDERER Thomas, MOLLO Bastien, VINCENT Charline, NIKOLAY Birgit, LLOSA Augusto E., NESBITT Robin, VANHOMWEGEN Jessica, ROSE Thierry, GOYARD Sophie, ANNA François, TORRE Corinne, FOURREY Emilie, SIMONS Erica, HENNEQUIN William, MILLS Clair & LUQUERO Francisco J. (2021), « Seroprevalence and risk factors of exposure to COVID-19 in homeless people in Paris, France: a cross-sectional study », *The Lancet Public Health*, vol. 6, n°4, e202-e209.
- ROSSI Carmine, SHRIER Ian, MARSHALL Lee, CNOSSEN Sonya, SCHWARTZMAN Kevin, KLEIN Marina B., SCHWARZER Guido & GREENAWAY Chris (2012), « Seroprevalence of Chronic Hepatitis B Virus Infection and Prior Immunity in Immigrants and Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis », *PLOS ONE*, vol. 7, n°9, e44611.
- SAOUT Christian (2015), « La lutte contre le sida : le face à face des associations et de l'État », *Les Tribunes de la santé*, vol. 46, n°1, 25-30.
- SAUVEGRAIN Priscille (2012), « La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n°vol. 28-n°2, 81-100.
- SCHLEGEL Vianney (2017), « Pauvres, déviants, malades. Travail d'inférence et catégorisations professionnelles dans la régulation de l'accès à l'hébergement des personnes sans-domicile », *Terrains & travaux*, vol. 30, n°1, 185-207.
- SCHLEGEL Vianney (2019, septembre 30), « Question sociale, question médicale : la professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile en France ».
- SCHLEGEL Vianney (2022), « Les usages du secret dans la prise en charge des personnes sans-domicile : communautés professionnelles et maintien des distinctions statutaires », *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, 317-328.
- SCHNAPPER Dominique (2002), *La démocratie providentielle. Essai sur l'égalité contemporaine*.

- SEMPE Mathilde (2022), « Les plateformes d'accompagnement social en hôtel social : une organisation du travail déstabilisante pour les professionnelles de l'accompagnement », *Revue française des affaires sociales*, vol.n°4, 37-59.
- SEMPE Mathilde & SIFFERT Isabelle (2022), « Les professionnels du médico-social en déplacement : enjeux de disponibilité et de construction partenariale à partir de deux équipes mobiles régionales », *Revue française des affaires sociales*, vol.n°2, 147-169.
- SHAPIRO Francine (1989), « Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 2, n°2, 199-223.
- SIFFERT Isabelle (2023), « Vulnérabilités résidentielles et recours aux soins des exilés », *Crise du logement, crise de l'accueil. Défis sociaux de l'habitat dans la France des années 2020*, Paris, 95-118.
- SIFFERT Isabelle, REGINAL Mégane, CORDONE Aude & LE MENER Erwan (2018), « L'accès aux soins des « migrants » en Île-de-France. Une enquête auprès des centres d'hébergement d'urgence migrants en Île-de-France au printemps 2017 », Observatoire du Samusocial de Paris.
- SIMON Emmanuelle, HALLOY Arnaud, HEJOAKA Fabienne & ARBORIO Sophie (2019), « Introduction : La fabrique des savoirs expérientiels : généalogie de la notion, jalons définitionnels et descriptions en situation », *Les savoirs expérientiels en santé. Fondements épistémologiques et enjeux identitaires*, Presses universitaires de Lorraine, 11-48.
- SIMON Patrick (2002), « La catégorisation statistique des « immigrés » : analyse des inégalités et lutte contre les discriminations », *Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*,.
- SIMON Patrick (2004), « Le rôle des statistiques dans la transformation du système de discrimination », *Confluences Méditerranée*, vol. 48, n°1, 25-38.
- SIMONET Maud (2018), *Travail gratuit : la nouvelle exploitation ?*, textuel.
- SMYTH-DENT Kelly, FITZGERALD Jocelyn & HAGOS Yibeyin (2019), « A Field Study on the EMDR Integrative Group Treatment Protocol for Ongoing Traumatic Stress Provided to Adolescent Eritrean Refugees Living in Ethiopia », *IAFOR Journal of Psychology & the Behavioral Sciences*, vol. 12, n°, 1-12.
- SOULIE Charles (1997), « Le classement des sans-abri », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 118, n°1, 69-80.
- SOURNIA Jean-Charles (2016), *Histoire de la médecine*, La Découverte.
- SPIRE Alexis (2005), *Etrangers à la carte*, Grasset.
- SPIRE Alexis (2007), « L'asile au guichet », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. n° 169, n°4, 4-21.
- STRAUSS Anselm (1992), *La trame de la négociation*, Paris.
- TABOURI Aziz (2009), « L'interprétariat dans le domaine de la santé. Une question aux enjeux souvent ignorés », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, vol.n°1282, 102-106.
- TAIEB Alain Jacques, TAIEB Laurence & VIGNIER Nicolas (2018), *La consultation de la solidarité*, Montigny-sur-Loing, Prem'édit.
- TAPIE DE CELEYRAN Florence, ASTRE Harold, NAZMIYE Aras, GRASSINEAU Dominique, SAINT-VAL Thierry, VIGNIER Nicolas, TOOLAN Margaret, FLICOTEAUX Rémi, APARICIO Caroline & GEORGES-TARRAGANO Claire (2017), « Etude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol.n°s19-20.
- THOMAS Hélène (2008), « Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc... De l'usage et de la traduction de notions éponges en sciences de l'homme et de la vie. », *Recueil Alexandries*, vol.n°13.
- TISSERAND Chloé (2018), « Soigner, Porte de la Chapelle, les exilés à la rue », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, vol.n°1323, 47-53.
- TISSERAND Chloé (2021, décembre 10), « L'émergence d'une nouvelle médecine ? : Soigner les exilés à la frontière calaisienne ».
- UKRAYINCHUK Nadiya & DRAPIER Carine (2021), « Exhausted migrant effect : La santé des travailleurs immigrés en France », *Région et Développement*, vol. 53, n°, 69-100.
- VALLUY Jérôme (2009), *Rejet des exilés*, Croquant (Éditions du).

- VALMY Larissa, GONTIER Barbara, PARRIAULT Marie Claire, VAN MELLE Astrid, PAVLOVSKY Thomas, BASURKO Célia, GRENIER Claire, DOUINE Maylis, ADENIS Antoine & NACHER Mathieu (2016), « Prevalence and predictive factors for renouncing medical care in poor populations of Cayenne, French Guiana », *BMC Health Services Research*, vol. 16, n° 34.
- VANIER Martin (2012), « Dans l'épaisseur du périurbain », *Espaces et sociétés*, vol. 148-149, n°1, 211-218.
- VEÏSSE Arnaud, WOLMARK Laure & REVAULT Pascal (2012), « Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, vol.n°s2-3-4, 36-40.
- VENIAT Céline (2021), « S'engager face aux politiques de non-accueil des migrants. Mobilisations des acteurs et catégorisations en expérience », *SociologieS*.
- VEROVE Margaux (2023, janvier 6), « La mise à distance des exilés dans les Centres d'Accueil et d'Orientation par les politiques d'action sociale. Une géographie sociale des formes d'accueil et des conditions de vie des "migrants" en Normandie ».
- VIGNIER N., MOUSSAOUI S., AUROUSSEAU A., NAPPEZ S., CORNAGLIA J., DELOBRE G., BLANCHI S., BOUCHAUD O., LAUNAY O. & MECHAIN M. (2018), « Pratiques de rattrapage vaccinal des médecins français pour les personnes migrantes arrivant sur le territoire français », *Médecine et Maladies Infectieuses*, vol. 48, n°4, Supplement, S27.
- VINCENT-PONROY Julia & CHEVALIER Françoise (2018), « Chapitre 9. Les récits de vie », *Les méthodes de recherche du DBA*, Caen, EMS Editions, 158-175.
- WARIN Philippe & CHAUVEAUD Catherine (2014), « Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard. », ODENORE pour la CPAM du Gard.
- WELLER Jean-Marc (1999), *L'Etat au guichet : sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Desclée de Brouwer, 254.
- WIHTOL DE WENDEN Catherine (2010), « Le glissement des catégories de migrants », *Migrations Société*, vol. 128, n°2, 193-195.
- WIHTOL DE WENDEN Catherine (2018), « Crise des migrations ou crise des politiques d'asile et ses effets sur les territoires d'accueil », *Hommes & Migrations*, vol. 1323, n°4, 23-29.
- WOLFF Valérie (2016), « La rencontre entre le soignant et le patient âgé immigré. Un éclairage sur trois chocs culturels usuels », *Vie sociale*, vol. 16, n°4, 161-176.
- ZEROUG-VIAL Halima, COURIOL Yvan & CHAMBON Nicolas (2014), « Les défaillances de l'accompagnement des demandeurs d'asile et leurs conséquences sur la santé mentale ».

Annexes

Annexe 1. Les évolutions du Dispositif National d'Accueil



Réalisation : I.Siffert, 2022, à partir des données de la Cimade

Les évolutions du Dispositif national d'accueil depuis 2015 témoignent d'une multiplication des dispositifs avec la création de six nouveaux types de centres, avant une logique de fusion en 2019. Cette prolifération des dispositifs est associée à une volonté de segmentation et de différenciation de l'hébergement selon la procédure administrative dans laquelle a été placée le demandeur. C'est ainsi que les CADA sont destinés aux demandeurs d'asile en procédure normale ou en procédure accélérée présentant une situation de vulnérabilité, alors que les HUDA et PRAHDA sont destinés aux personnes en procédure accélérée ou Dublin. Cette logique de différenciation est notamment permise par la création de dispositifs de tri, ou « d'évaluation des situations » dont l'objectif est de déterminer une orientation selon la situation juridique et parfois sanitaire. Ce fut d'abord la fonction des CAO et des CHUM, puis du Centre de premier accueil (CPA) installé à Paris entre novembre 2016 et janvier 2018 puis des centres d'accueil et d'évaluation des situations (CAES) apparus d'abord en Île-de-France et autour de Calais (2018) et aujourd'hui généralisés à l'ensemble du territoire. Sont apparus également en 2015 des dispositifs visant à organiser le retour au pays pour des personnes en procédure Dublin ou déboutées de l'asile : les centres de préparation au retour (CPAR).

Le DNA est également marqué par un recours croissant à un hébergement de type hôtelier avec une augmentation des places en HUDA et PRAHDA bien plus qu'en CADA. Alors que le prix de la nuitée dans ces deux dispositifs est significativement plus faible que pour un CADA (15€ et 17€ contre 24€), les équipes sociales y sont nécessairement plus réduites et les services et l'hébergement ne comprend pas les repas. La conversion des CHUM en HUDA à partir de janvier 2019 a conduit à une réduction des équipes sociales dans les lieux concernés.

Annexe 2. Grille d'entretien auprès des professionnels des dispositifs du soin ou de l'accompagnement social

<p>Informations individuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fonction(s) et missions dans la structure <input type="checkbox"/> Ancienneté <input type="checkbox"/> Formation et parcours <input type="checkbox"/> Fonctions éventuelles ailleurs ; avantages et difficultés à 'porter plusieurs casquettes' 	<p>Histoire/évolution de la structure, ses missions, ses actions</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Définition/missions de la structure, incluant les missions « hors les murs » <input type="checkbox"/> Evolution de la structure depuis sa création, mise en place de nouveaux dispositifs, évolution des ETP et du budget alloué <input type="checkbox"/> Gouvernance/organisation <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rapport à l'institution hospitalière, bénéfices et contraintes liés au rattachement hospitalier ➤ Rapport à l'ARS <input type="checkbox"/> Perspectives d'évolution
<p>Partenaires médico-sociaux et coordination à différentes échelles</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Existence et nature des relations avec d'autres structures similaires du département/ de la région <input type="checkbox"/> Existence et nature des relations avec d'autres acteurs médico-sociaux du département/de la région, plus ou moins spécialisées dans l'accompagnement de publics DA. <input type="checkbox"/> Modes de coordination, instances de partage d'expérience...avec les partenaires médico-sociaux Possibilité et qualité des retours sur les orientations <input type="checkbox"/> Du spécifique au droit commun : quelles possibilités/difficultés d'orientation des patients après leur accès à une couverture sociale ? > Nécessité de continuer à prendre en charge des publics dont les droits ont été ouverts mais qui n'ont pas d'autres solutions ? 	<p>Relations/collaborations avec les structures d'hébergement</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Existence et nature des relations avec les structures d'hébergement du territoire : conventions, rencontres de représentants, arrangements plus ou moins formels, modalités de coordination, fréquence des échanges, sollicitations <input type="checkbox"/> Impact de l'installation récente de centres d'hébergement sur le territoire sur l'activité et le fonctionnement de la structure : sollicitations par les structures et/ou par l'ARS, missions exceptionnelles... <input type="checkbox"/> Différences dans la prise en charge entre les structures d'hébergement « de droit commun » (CHRS, CHU) et les structures spécifiques « migrants » ? (CHUM, PRAHDA, CADA, DAIS, CAES un peu à part) > Question de l'accompagnement par les structures d'hébergement (représentants, bénévoles), de supports de communication avec les structures d'hébergement, qualité des suivis
<p>S'adapter à l'instabilité résidentielle du public accueilli</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prise en charge de patients « hors secteurs » > réorientations ? <input type="checkbox"/> Adaptabilité à l'instabilité résidentielle des DA au regard de l'enjeu du suivi <ul style="list-style-type: none"> ➤ Supports de suivi ➤ Possibilité d'orientations vers d'autres départements voire régions 	<p>Conditions et modalités de prise en charge d'un public étranger en situation précaire et engagé dans une procédure administrative</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Barrière de la langue : quelles méthodes d'interprétariat privilégiées et pourquoi : professionnel maîtrisant d'autres langues/proche accompagnant/accompagnant associatif/ISM/médiateurs/applications sur smartphone.. <input type="checkbox"/> Personnes sans solutions d'hébergement : quelles possibilités de mise à l'abri ? Rapports au 115, autres possibilités <input type="checkbox"/> Vulnérabilité physique : quelles possibilités d'intervention en cas de détection de violence, maltraitance... <input type="checkbox"/> Production de certificats médicaux <input type="checkbox"/> Question de l'(sur)investissement individuel face à la situat

Annexe 3. Grille d'entretien avec le/la chef de service ou responsable de l'équipe sociale dans les dispositifs d'hébergement

<p>Informations individuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ancienneté dans le centre - Autres fonctions potentiellement occupées sur d'autres dispositifs - Parcours professionnel antérieur et ancienneté dans le Sud Seine et Marne 	<p>Définition/missions de la structure, incluant les missions « hors les murs »</p> <ul style="list-style-type: none"> - évolution du centre depuis son ouverture - Rythme des entrées et arrivées, durée moyenne de séjour - Composition et organisation de l'équipe, recours à des bénévoles, interventions extérieures - Financement
<p>Ouverture des droits à une couverture sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> -Organisation de l'accompagnement social à une couverture sociale dans le dispositif (qui, quand, comment). - Possibilité d'appui sur des ressources extérieures dans l'accompagnement social (associations, CCAS, MDS) -Relations avec la CPAM du département / d'autres départements (Conventions de partenariats) -Difficultés rencontrées dans les ouvertures de droits ; notamment difficultés spécifiques à certaines situations administratives ? <p>Difficultés par rapport aux nombreuses réformes récentes et possibilités d'anticiper. Décret des 3 mois + réforme de la CSS</p>	<p>Accès aux soins et prévention dans le centre</p> <ul style="list-style-type: none"> -Interventions de professionnels de santé (médical et paramédical) dans le centre, bénévoles ou non (EMPP notamment) - opérations de dépistage dans le centre ou à l'extérieur (> CLAT et Cegidd) -Existence de procédure d'accueil à l'arrivée dans le centre - initiatives internes en matière d'accès aux soins et de prévention, en lien avec des compétences de membres du personnel. Par exemple, des ateliers de prévention -L'accès à des préservatifs au sein du centre <p>Vulnérabilité et demande d'asile</p> <p>Recours à des certificats médicaux de « vulnérabilité » pour appuyer des demandes d'asile ou des orientations dans d'autres structures d'hébergement ? [Vers quel(s) professionnels de santé ? A quelle fréquence cela arrive-t-il ?]</p>
<p>Orientations vers des services de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Possibilités et pratiques d'accompagnement physique vers des services de santé - Partenaires et pratiques d'orientation selon la possession ou non d'une couverture sociale et les problèmes de santé rencontrés → Urgences ; Médecine générale ; Soins spécialisés ; Problèmes dentaires ; Troubles psychiques -<u>Pour chaque partenaire/service cité</u> : caractérisation des relations établies : contact particulier, accessibilité, conventions de partenariat, arrangements particuliers, communication, difficultés <p><i>Orientations spécifiques pour femmes et enfants :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Partenaires pour les suivis gynécologiques et les grossesses -Relations avec des PMI et pédiatres -Ressources pour l'hygiène féminine (tampons, serviettes...) + contraception féminine - Prévention des mutilations génitales féminines et violences 	<p>Coordination, échanges et partage de pratiques/ressources à différents niveaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - au sein de l'équipe - avec d'autres centres d'hébergement du territoire - à l'échelle associative : échanges de pratiques/initiatives partagées entre différentes équipes d'une même association - à l'échelle du territoire de Sud Seine-et-Marne : ressources et initiatives partagées à l'échelle du territoire ; généralement portées par des acteurs dont l'action est territorialisée (instance de discussion de l'EMPP ?) - à l'échelle régionale - échelle nationale voire internationale <p>-Existence d'activités de plaidoyer</p>
<p>Suivi médical des résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pratiques d'accompagnement physique vers des services de santé - Moyens de communication avec les professionnels de santé (rédaction de lettres d'orientation, contacts privilégiés, professionnels rencontrés...) - Orientation et suivi médico-social de personnes envoyées sur un autre hébergement ou exclues du DNA (déboutés) 	<p>Accès aux traitements/médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> -Existence de partenariats avec des pharmacies -Autres ressources/partenaires pour obtenir des médicaments -Pratiques de débrouille pour la récupération de médicaments pour les résidents non couverts (recours à des dons, armoire à pharmacie...)
<p>Gestion d'épisodes épidémiques dans le centre</p> <ul style="list-style-type: none"> -Procédures / partenaires sollicités en cas de maladies contagieuses (gale, tuberculose, varicelle, grippe) + punaises de lits -contacts avec l'ARS en cas d'épisode épidémique/invasif 	

Annexe 4. Grille d'entretien auprès des personnes en demande d'asile pour la reconstitution de trajectoires de soin au prisme de la trajectoire résidentielle

Ces différentes questions ne sont pas destinées à être posées dans un ordre bien précis.

Il s'agit d'introduire l'entretien selon l'angle le plus adapté au regard des conditions de la rencontre

<p>Eléments généraux âge ; nationalité, situation familiale (en France et dans le pays d'origine si différente) Date de départ du pays d'origine et date d'arrivée en France. <i>Questions sur le parcours migratoire avant l'arrivée en France à adapter selon la situation médicale (cas des maladies chroniques notamment...)</i></p>	
<p>La trajectoire administrative <i>Vous êtes actuellement en demande d'asile. Je voudrais revenir avec vous sur les différentes étapes que vous avez déjà effectué dans votre demande. Quand avez-vous eu votre premier rendez-vous pour votre demande d'asile ? Qui vous a orienté vers la PADA/ la préfecture la 1^{ère} fois ?</i> Vous vous souvenez quand cela était exactement ? Pour ce rdv, vous étiez seul ? Est-ce que des personnes/associations vous ont aidé pour le préparer, pour venir avec vous ? S'arrêter sur chaque nouvel acteur sollicité dans les démarches pour qualifier les relations entretenues : - contexte du 1^{er} contact/sollicitation - Nombre et fréquence des contacts ; motifs des sollicitations - Encore en contact aujourd'hui ? - Qualité de la relation : ce que cela vous a apporté, comment cela se passait-il - Existence d'un référent (est-ce que vous voyez toujours la même personne ?)</p> <p>[Reprendre les mêmes questions pour chaque rdv/ étape de la DA]</p>	
<p>La trajectoire résidentielle <i>L'idée est de reprendre ensemble les différents endroits où vous avez dormi/habité depuis que vous êtes arrivée en France.</i> Actuellement, où habitez/dormez vous? Quand vous êtes arrivé en *mois/an*, où habitiez-vous ? (localisation/chez qui ?) Si hbgt : Comment avez-vous fait pour accéder à cet hébergement ? Vous êtes resté combien de temps dans cet endroit/cette situation ? Comment faisiez-vous pour vous laver ? pour manger ? Vous aviez accès à de l'aide pour vos démarches ?</p> <p>Était-ce facile pour vous de vous déplacer depuis cet endroit ? Comment faisiez-vous pour aller à un rdv ? Est-ce que vous aviez la carte Navigo ? (bien identifier les mois avec et sans : y a-t-il des moments où vous n'avez plus eu la carte navigo ?) Comment cela se passait-il avec la personne qui vous hébergeait/ l'équipe du centre d'hbgt/ les autres résidents ? Vous avez fait des rencontres de personnes avec qui vous êtes toujours en contact ? Et ensuite [Selon les situations, reprendre les mêmes questions pour les différents lieux d'hébergement] Faire attention aux transitions d'un endroit à l'autre, qui peuvent être marquées par des périodes de rue, d'errance, même très courtes</p>	
<p>La/les trajectoires de soins <i>Cet entretien vise en particulier à revenir sur les possibilités d'accès à des soins, et des services de santé depuis votre arrivée en France.</i> Commençons par votre état de santé. Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? Est-ce que vous avez un problème de santé ? Est-ce que vous prenez un traitement en ce moment ? Cela fait *** mois/ans que vous êtes en France, est ce que vous trouvez que votre état de santé a changé depuis votre arrivée ? Si maladie chronique, aborder le diagnostic L'accès à une couverture sociale En tant que DA, vous avez le droit à une couverture maladie et une complémentaire santé (la CMU-C), est-ce que vous l'avez aujourd'hui ? Depuis quand l'avez-vous ? Pouvez-vous m'expliquer les démarches que vous avez faites : qui vous a aidé à l'obtenir ? Comment l'avez-vous renouvelé ? Y a-t-il eu des moments où vous ne l'aviez plus ? L'accès à des professionnels de santé (cf. colonne de droite) : A tel moment, quand vous habitiez ****, avez-vous eu besoin de voir un médecin ? Avez-vous réussi à voir un médecin ? Qui vous a orienté vers *** ? Est-ce que vous avez eu besoin/la possibilité de voir une dentiste ? Est-ce que vous avez eu à vous procurer des médicaments ? Comment faisiez-vous ? Est-ce que des personnes/associations vous ont aidé ? Était-ce compliqué pour vous de prendre vos médicaments de manière régulière ? Quels sont les examens de santé que vous avez pu faire depuis votre arrivée en France ? Vous avez déjà fait une prise de sang ? Est-ce que vous avez fait des dépistages pour certaines maladies ? Avez-vous été vacciné ? Est-ce que vous avez déjà fait une radio des poumons pour le dépistage de la tuberculose ? Est-ce que vous avez eu l'occasion de rencontrer un psychologue ?</p>	<p>Démarche à tenir tout au long de l'entretien S'arrêter sur chaque « événement » de soins (consultation, examen, passage aux Urgences...) en posant différentes questions de manière systématique : - L'accès physique : Comment y êtes-vous allés (moyen, durée perçue, accompagnement, difficultés rencontrées) ? - Les conditions de prise en charge : attente, accès à interprétariat si non francophone et non accompagné, qualité de la communication - La suite : Orientations vers d'autres professionnels/consultations ? Vers des associations ? Prescription d'examens ? de traitements ? S'arrêter sur chaque nouvel acteur sollicité pour qualifier les relations entretenues : - contexte du 1^{er} contact/sollicitation - Nombre et fréquence des contacts ; motifs des sollicitations - Encore en contact aujourd'hui ? - Qualité de la relation : ce que cela vous a apporté, comment cela se passait-il - Existence d'un référent (est-ce que vous voyez toujours la même personne ?)</p>

Annexe 5. Questionnaire en vue de l'identification précoce des demandeurs d'asile ayant subi des expériences traumatiques, proposé dans le cadre du projet européen PROTECT (Processus de reconnaissance et d'orientation des victimes de tortures)

Questionnaire et remarques en vue de l'identification précoce des demandeurs d'asile ayant subi des expériences traumatiques

Questions <i>« souvent » signifie plus qu'à l'accoutumée et source de souffrance</i>		Oui	Non
1	Avez-vous souvent des problèmes pour vous endormir ?		
2	Faites-vous souvent des cauchemars ?		
3	Avez-vous régulièrement des maux de tête ?		
4	Avez-vous d'autres douleurs physiques ?		
5	Vous mettez-vous facilement en colère ?		
6	Repensez-vous souvent à des événements passés douloureux ?		
7	Vous sentez-vous souvent effrayé ou angoissé ?		
8	Vous arrive-t-il souvent d'oublier des choses dans votre vie quotidienne ?		
9	Avez-vous l'impression d'avoir perdu tout intérêt pour les choses quotidiennes ?		
10	Avez-vous souvent des problèmes de concentration ?		
Nombre de réponses répondues par « oui » →			

Évaluation :
Cocher la case correspondante afin d'indiquer le niveau de risque de traumatisme

0-3	4-7	8-10
Risque faible	Risque moyen	Risque élevé

En cas de risque « moyen » et « élevé », le demandeur d'asile devrait consulter un spécialiste afin de passer des examens médicaux et psychologiques. Un risque « faible » n'exclut pas la possibilité que le demandeur d'asile ait subi des expériences traumatiques. Les symptômes peuvent apparaître plus tard. Une autre détection devrait être menée à bien.

Autres remarques (par exemple : la personne pleure, ne montre aucune réaction, donne l'impression d'être absente... / difficultés liées à la compréhension des questions / conditions particulières de l'entretien...):

Ces observations doivent être partagées avec la personne.

Nom du demandeur d'asile :

Date de naissance :

Pays d'origine :

Date :

J'accepte qu'une copie de ce questionnaire soit gardée par l'organisation de l'intervieweur et soit utilisée pour un usage statistique (signature)

Organisation (tampon si possible)

Une fois complété, une copie de ce questionnaire doit être remise au demandeur d'asile avec la recommandation de le présenter chaque fois qu'il/elle rencontre un professionnel de santé, un conseiller juridique ou un agent de l'administration.

Annexe 6. Formulaire de consultation de la consultation de prévention dédiée aux Mineurs non-accompagnés de la PASS 1

(La consultation de Prévention du RDS Sud s'appuie sur un formulaire très similaire)

QUESTIONNAIRE CONSULTATION J0 MNA (+/- 1^è dose dTPca, ROR, Men C) **DATE DU JOUR :**

...../...../.....

NOM : **PRÉNOM :** **Numéro d'identifiant :**

DDN :/...../..... **SEXE :** H / F

STRUCTURE ORIENTANT : RVH / PASS / DAIS / Autre (préciser:))

DATE DE PRISE DE RDV OU D'ORIENTATION :/...../.....

DATE DE PREMIÈRE CONSULTATION MÉDICALE :/...../.....

TEL :

1 / CLINIQUE

Taille (même approximative)	..... cm
Poids actuel	..... kg (IMC =)
Poids avant migration:	..... kg
TAS/TAD :	...../..... mmHg
Température	..... °C
ATCD personnels	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Infectieux : <input type="checkbox"/> Addiction : <input type="checkbox"/> Psychiatrique : <input type="checkbox"/> PTSD/ <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Autres :
Motif de consultation	..

2 / SOCIO DEMOGRAPHIQUE

Pays de naissance	.....
Pays de résidence d'origine (si différent)	.....
Langue parlée au cours de la consultation	<input type="checkbox"/> Français / <input type="checkbox"/> Anglais / <input type="checkbox"/> Autre :
Nécessité de traduction	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Préciser : <input type="checkbox"/> Familial/ <input type="checkbox"/> Accompagnant/ <input type="checkbox"/> Professionnel/ <input type="checkbox"/> Site internet/application
Difficultés de compréhension (Quelle que soit la langue de la consultation)	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Date du départ du pays de résidence/...../.....
Date d'arrivée en France/...../.....
Motif de migration (personnel ou parents)	<input type="checkbox"/> Regroupement familial / <input type="checkbox"/> A fui des menaces / <input type="checkbox"/> Économique / <input type="checkbox"/> Études / <input type="checkbox"/> Raison de santé (précisez :))
Mode de migration	<input type="checkbox"/> Aérienne / <input type="checkbox"/> Terrestre courte / <input type="checkbox"/> Terrestre longue (>6mois)
Parcours migratoire (pays traversés)	..... .....

Conditions de la migration	<input type="checkbox"/> Bonnes / <input type="checkbox"/> Mauvaises (<i>évaluation par le patient</i>)
Type de séjour	<input type="checkbox"/> Nationalité / <input type="checkbox"/> Carte de résident / <input type="checkbox"/> Titre de séjour court / <input type="checkbox"/> Récépissé demande d'asile / <input type="checkbox"/> Autre récépissé / <input type="checkbox"/> Séjour irrégulier/ <input type="checkbox"/> Autre
Intention de résider en France	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Niveau maximum d'éducation	<input type="checkbox"/> Non scolarisé/ <input type="checkbox"/> Primaire/ <input type="checkbox"/> Secondaire/ <input type="checkbox"/> Supérieur

4 / SOCIO FAMILIAL

Situation conjugale	<input type="checkbox"/> En couple en France / <input type="checkbox"/> En couple transnational / <input type="checkbox"/> Célibataire / <input type="checkbox"/> Séparé / <input type="checkbox"/> Mariée
Lieu de vie	<input type="checkbox"/> Logement personnel salubre / <input type="checkbox"/> Logement personnel insalubre / <input type="checkbox"/> Hébergé/ <input type="checkbox"/> CADA/ <input type="checkbox"/> CHRS/ <input type="checkbox"/> CHU/ <input type="checkbox"/> Hôtel social 115/ <input type="checkbox"/> Camps/ <input type="checkbox"/> Caravane/ <input type="checkbox"/> Squat/ <input type="checkbox"/> A la rue Précisez :
Isolement social	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non (<i>évaluation subjective du praticien = seul et non hébergé</i>)

5 / ACCES AUX SOINS le jour de la consultation de prévention

Couverture maladie de base	<input type="checkbox"/> Aucune/ <input type="checkbox"/> Demande en cours / <input type="checkbox"/> Sécu standard / <input type="checkbox"/> Sécu étudiante/ <input type="checkbox"/> PUMA / <input type="checkbox"/> AME / <input type="checkbox"/> Autre :
Couverture complémentaire	<input type="checkbox"/> Aucune / <input type="checkbox"/> Demande en cours / <input type="checkbox"/> CMUc / <input type="checkbox"/> AME / <input type="checkbox"/> ACS / <input type="checkbox"/> Mutuelle ou assurance privée hors ACS

6 / ADDICTIONS

Tabac	<input type="checkbox"/> Actif / <input type="checkbox"/> Sevré / <input type="checkbox"/> Non
Alcool	<input type="checkbox"/> Actif / <input type="checkbox"/> Sevré / <input type="checkbox"/> Non si actif nombre de verre.....
Addiction médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Actif / <input type="checkbox"/> Sevré / <input type="checkbox"/> Non
Usage de drogues injectables	<input type="checkbox"/> Actif / <input type="checkbox"/> Sevré / <input type="checkbox"/> Non
Autre addiction Préciser :	<input type="checkbox"/> Actif / <input type="checkbox"/> Sevré / <input type="checkbox"/> Non

7 / EXAMEN CLINIQUE

État dentaire	<input type="checkbox"/> Correct / <input type="checkbox"/> Carie(s)/ <input type="checkbox"/> Chicot(s)
Symptômes à l'interrogatoire	..........
Signes cliniques à l'examen	..........
Diagnostic(s) à l'issue de la consultation	..........

8 / VIOLENCES

Violences subies	Dans le pays d'origine <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
-------------------------	---

(préciser)	Sur le parcours	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui préciser le(s) pays :</i>
	En France	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non

9 / SEXUALITE

Rapports sexuels avec hommes	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Rapports sexuels avec femmes	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Protection des rapports par préservatif	<input type="checkbox"/> Toujours / <input type="checkbox"/> Parfois / <input type="checkbox"/> Jamais
Sexualité avant l'arrivée en France	<input type="checkbox"/> Pas de rapports / <input type="checkbox"/> Rapports occasionnels / <input type="checkbox"/> Rapports avec partenaire stable
Sexualité depuis l'arrivée en France	<input type="checkbox"/> Pas de rapports / <input type="checkbox"/> Rapports occasionnels / <input type="checkbox"/> Rapports avec partenaire stable
Nombre de partenaires sexuels sur les 12 derniers mois	.....
ATCD d'IST	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si oui préciser laquelle/lesquelles :
Vulnérabilité sexuelle ³⁸³	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non

10 / VACCINATIONS /!\ En cas de consultation médicale récente (< 30j), répondre à ces questions tel qu'on l'aurait fait lors de la PREMIÈRE consultation médicale, SANS TENIR COMPTE D'UN EVENTUEL BILAN RECENT OU D'UNE VACCINATION RECENTE

Possession carnet de vaccination/preuve vaccinale	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	
Statut vis à vis du dTPc	<input type="checkbox"/> A jour sur preuve/ <input type="checkbox"/> A jour sur déclaration/ <input type="checkbox"/> Non à jour/ <input type="checkbox"/> NSP	
Si à jour pour dTPc, réalisation :	<input type="checkbox"/> Avant arrivé en France / <input type="checkbox"/> Après arrivée en France Date : .../.../.....	
Si non à jour pour dTPc ou NSP	Réalisation d'un TQS	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Résultat du TQS	<input type="checkbox"/> Positif / <input type="checkbox"/> Négatif
	Prescription d'une sérologie Tétanos prévaccinale	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Vaccination dTPc	Proposée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si non proposé, motif :
	Acceptée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :
	Réalisée lors de la consultation	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Nom du vaccin	.....
Prescription d'une sérologie Tétanos 4 semaines après vaccin	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	

³⁸³ - femmes : absence de logement personnel stable, a fui des menaces, partenaires occasionnels (dont relation < 1 an et rapports transactionnels), partenaires simultanés - hommes : HSH, partenaires occasionnels (dont relation < 1 an et rapports transactionnels), partenaires simultanés.

Statut vis-à-vis du ROR		<input type="checkbox"/> A jour sur preuve/ <input type="checkbox"/> A jour sur déclaration/ <input type="checkbox"/> Non à jour/ <input type="checkbox"/> NSP
Si à jour pour ROR, réalisation		<input type="checkbox"/> Avant arrivée en France / <input type="checkbox"/> Après arrivée en France Date : .../.../.....
Si non à jour pour ROR ou NSP, vaccination	Proposée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si non proposé, motif :
	Acceptée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :
	Réalisée lors de la consultation	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Nom du vaccin	.....
Statut vis-à-vis du VHB (<u>avant éventuel bilan récent</u>)		<input type="checkbox"/> Inconnu / <input type="checkbox"/> Vacciné / <input type="checkbox"/> Hépatite B guérie / <input type="checkbox"/> Hépatite B chronique / <input type="checkbox"/> Non immunisé / <input type="checkbox"/> AC anti HBc isolés
Si non immunisé ou	Proposée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si non proposé, motif :

vaccination partielle ou AC anti HBc isolés, vaccination	Acceptée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :
	Réalisée lors de la consultation	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Nom du vaccin	.....
	Prescription AC anti HBs 4 semaines après vaccin	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Si < 25 ans, statut vis à vis du vaccin contre méningite C		<input type="checkbox"/> A jour sur preuve/ <input type="checkbox"/> A jour sur déclaration/ <input type="checkbox"/> Non à jour/ <input type="checkbox"/> NSP
Si à jour pour méningite C, réalisation :		<input type="checkbox"/> Avant arrivée en France / <input type="checkbox"/> Après arrivée en France Date : .../.../.....
Si non à jour pour vaccin méningite C ou NSP, vaccination	Proposée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Acceptée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :
	Réalisée lors de la consultation	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Nom du vaccin	.....
Autre vaccin indiqué		.....
Statut vis-à-vis de cet autre vaccin		<input type="checkbox"/> A jour sur preuve/ <input type="checkbox"/> A jour sur déclaration/ <input type="checkbox"/> Non à jour/ <input type="checkbox"/> NSP
Si non à jour pour cet autre vaccin ou NSP, vaccination	Proposée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Acceptée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Réalisée lors de la consultation	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Nom du vaccin	.....

Autres sérologies pré vaccinales prescrite	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Préciser :
Création d'un carnet de vaccination électronique CVE (si adresse mail et enregistrement sur Colibri)	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non

11 / DEPISTAGES (hors cancers gynéco)

Dépistage IST récent (ce jour ou < 30j)	Proposé	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si non proposé, motif :
	Accepté	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :
	Examens prescrits	<input type="checkbox"/> Séro VIH / <input type="checkbox"/> Séro VHB / <input type="checkbox"/> Séro VHC / <input type="checkbox"/> Séro syphilis / <input type="checkbox"/> PCR chlam (site :.....)/ <input type="checkbox"/> PCR gono (site :.....)/ <input type="checkbox"/> Autre Préciser :
Dépistage Sérologie Bilharziose	Proposé	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si non proposé, motif :
	Accepté	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :
Dépistage Tuberculose par radio pulmonaire	Proposé	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si non proposé, motif :
	Accepté	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :
Dépistage ITL par IDR ou IGRA	Proposé	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si non proposé, motif :
	Accepté	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :
Sérologie varicelle si pas d'ATCD	Proposé	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si non proposé, motif :
	Accepté	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :
Autre dépistage	Proposé	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si non proposé, motif :
	Accepté	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :
	Examens prescrits	<input type="checkbox"/> NFS / <input type="checkbox"/> GAJ / <input type="checkbox"/> Bilan hépatique / <input type="checkbox"/> BU / <input type="checkbox"/> EPS / <input type="checkbox"/> EPU / <input type="checkbox"/> ElHb / <input type="checkbox"/> Créatininémie / <input type="checkbox"/> Autres Préciser :

12 / NUTRITION

Réduction des apports alimentaires journaliers pour raisons financières au cours des 12 derniers mois/depuis l'arrivée en France	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
--	---

13 / GYNECOLOGIE

Moyen de contraception en France	<input type="checkbox"/> Aucun / <input type="checkbox"/> Préservatif / <input type="checkbox"/> Contraception orale / <input type="checkbox"/> Implant / <input type="checkbox"/> DIU / <input type="checkbox"/> Autre :
ATCD d'IVG	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
ATCD d'excision	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si oui, complication : <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non, Préciser :
Autre problème gynécologique diagnostiqué	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si oui préciser :

Orientation vers une consultation de gynécologie	Proposée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Acceptée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :

14 / PRISE EN CHARGE MEDICALE A L'ISSUE DE LA CONSULTATION

Traitements prescrits (<u>sur les 30 derniers jours</u>)	Examens complémentaires prescrits (<u>sur les 30 derniers jours</u>)	Orientations (<u>sur les 30 derniers jours</u>)
<input type="checkbox"/> Aucun/ <input type="checkbox"/> Vaccin dTPc/ <input type="checkbox"/> Vaccin ROR/ <input type="checkbox"/> Vaccin méningite C/ <input type="checkbox"/> Vaccin VHB/ <input type="checkbox"/> Vaccin VHA/ <input type="checkbox"/> Vaccin HPV <input type="checkbox"/> Création d'un CVE <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive/ <input type="checkbox"/> Autre Préciser :	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Séro VIH / <input type="checkbox"/> Séro VHB / <input type="checkbox"/> Séro VHC / <input type="checkbox"/> Séro Syphilis / <input type="checkbox"/> PCR Chlam (site :.....)/ <input type="checkbox"/> PCR Gono (site :.....) <input type="checkbox"/> Séro Bilharziose <input type="checkbox"/> Séro Tétanos post vaccinale <input type="checkbox"/> AC antiHBs post vaccinal <input type="checkbox"/> Frottis cervico-utérin <input type="checkbox"/> BU <input type="checkbox"/> NFS / <input type="checkbox"/> GAJ / <input type="checkbox"/> Bilan hépatique / <input type="checkbox"/> EPS / <input type="checkbox"/> EPU / <input type="checkbox"/> EIhb / <input type="checkbox"/> Créatininémie <input type="checkbox"/> Radio thorax <input type="checkbox"/> Autres Préciser :	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Nouveau RDV de consultation prévention <input type="checkbox"/> Consultation de gynécologie <input type="checkbox"/> Consultation d'infectiologie <input type="checkbox"/> Consultation PREP <input type="checkbox"/> Consultation dentaire <input type="checkbox"/> Autre consultation spécialisée <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Equipe mobile psychiatrie Epsylone <input type="checkbox"/> Consultation psychiatrie précarité <input type="checkbox"/> CMP <input type="checkbox"/> Autres Préciser :

➤ Pathologies

<input type="radio"/> Allergologie	Inf° virale aiguë :	<input type="radio"/> Neurologie
<input type="radio"/> Addiction	<input type="radio"/> rhinite, sinusite, otite (ORL)	<input type="radio"/> Ophtalmologie
<input type="radio"/> Cancérologie	<input type="radio"/> bronchite	<input type="radio"/> O.R.L.
<input type="radio"/> Cardio-vasculaire <input type="radio"/> HTA	<input type="radio"/> syndrome grippal	<input type="radio"/> Phlébologie
<input type="radio"/> Dentaire	Inf° bactérienne :	<input type="radio"/> Pneumologie
<input type="radio"/> Dermato <input type="radio"/> Gale <input type="radio"/> Mycose	<input type="radio"/> infection urinaire	<input type="radio"/> Psychiatrie <input type="radio"/> SSPTraumat
<input type="radio"/> Endocrinologie <input type="radio"/> Diabète	<input type="radio"/> infection pulmonaire	<input type="radio"/> Rhumatologie
<input type="radio"/> Gastro-entérologie	<input type="radio"/> otite, sinusite, angine bact.	<input type="radio"/> Traumatologie
<input type="radio"/> Gynéco	<input type="radio"/> Inf° autre :	<input type="radio"/> Uro-néphrologie
<input type="radio"/> Grossesse	<input type="radio"/> VIH / SIDA	<input type="radio"/> Certificat (préciser) :...
<input type="radio"/> Hématologie <input type="radio"/> Anémie ferriprive	<input type="radio"/> Hépatite B <input type="radio"/> Hépatite C	<input type="radio"/> Autre :.....

QUESTIONNAIRE CONSULTATION S6 MNA (+/- 1^è dose VHB, 2^è dose ROR)

DATE DU JOUR :/...../.....

NOM : PRÉNOM : DDN :/...../..... SEXE : H / F

REALISATION ET RESULTATS DU DEPISTAGE PRESCRIT A J0 (et/ou aux cs° précédentes)

Examens réalisés	Si réalisés, résultat
<input type="checkbox"/> Aucun	
<input type="checkbox"/> Séro VIH	<input type="checkbox"/> AC anti VIH + / <input type="checkbox"/> AC anti VIH -
<input type="checkbox"/> Séro VHB	<input type="checkbox"/> AGHBs + / <input type="checkbox"/> AGHBs - <input type="checkbox"/> AC anti HBs + / <input type="checkbox"/> AC anti HBs - <input type="checkbox"/> AC anti HBc + / <input type="checkbox"/> AC anti HBc -
<input type="checkbox"/> Séro VHC	<input type="checkbox"/> AC anti VHC+ / <input type="checkbox"/> AC anti VHC-
<input type="checkbox"/> Séro Syphilis	<input type="checkbox"/> TPHA + / <input type="checkbox"/> TPHA - / <input type="checkbox"/> VDRL + / <input type="checkbox"/> VDRL-
<input type="checkbox"/> PCR Chlam (site :.....)	<input type="checkbox"/> PCR Chlam + / <input type="checkbox"/> PCR Chlam -
<input type="checkbox"/> PCR Gono (site :.....)	<input type="checkbox"/> PCR Gono + / <input type="checkbox"/> PCR Gono -
<input type="checkbox"/> Séro Bilharziose	<input type="checkbox"/> AC anti schistosome + / <input type="checkbox"/> AC anti schistosome -
<input type="checkbox"/> Séro Tétanos post vaccinale	<input type="checkbox"/> AC anti tétanique + / <input type="checkbox"/> AC anti tétanique -
<input type="checkbox"/> AC antiHBs post vaccinal	<input type="checkbox"/> AC antiHBs >= 10 UI/L / <input type="checkbox"/> AC antiHBs < 10 UI/L
<input type="checkbox"/> Frottis cervico-utérin	<input type="checkbox"/> FCU normal / <input type="checkbox"/> FCU anormal
<input type="checkbox"/> BU	<input type="checkbox"/> BU normale / <input type="checkbox"/> BU anormale Préciser :
<input type="checkbox"/> NFS	<input type="checkbox"/> NFS normale / <input type="checkbox"/> NFS anormale Préciser :
<input type="checkbox"/> GAJ	<input type="checkbox"/> GAJ < 1,26 g/L / <input type="checkbox"/> GAJ > 1,26 g/L
<input type="checkbox"/> Bilan hépatique	<input type="checkbox"/> BH normal / <input type="checkbox"/> BH anormal Préciser :
<input type="checkbox"/> EPS	<input type="checkbox"/> EPS normal/ <input type="checkbox"/> EPS anormal Préciser :
<input type="checkbox"/> EPU	<input type="checkbox"/> EPU normal/ <input type="checkbox"/> EPU anormal Préciser :
<input type="checkbox"/> ElHb	<input type="checkbox"/> ElHb normale/ <input type="checkbox"/> ElHb anormale Préciser :
<input type="checkbox"/> Créatininémie	<input type="checkbox"/> DFG < 90 mL/min / <input type="checkbox"/> DFG > 90 mL/min
<input type="checkbox"/> Radio thorax	<input type="checkbox"/> RP normale/ <input type="checkbox"/> RP anormale Préciser :
<input type="checkbox"/> Autres Préciser : .....	.....

REALISATION DES CONSULTATIONS PROPOSEES A J0

Orientations proposées	Consultations réalisées
------------------------	-------------------------

<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Nouveau RDV de consultation prévention <input type="checkbox"/> Consultation de gynécologie <input type="checkbox"/> Consultation d'infectiologie <input type="checkbox"/> Autre consultation spécialisée <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Equipe mobile psychiatrie	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Nouveau RDV de consultation prévention <input type="checkbox"/> Consultation de gynécologie <input type="checkbox"/> Consultation d'infectiologie <input type="checkbox"/> Autre consultation spécialisée <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Equipe mobile psychiatrie
<input type="checkbox"/> Consultation précarité <input type="checkbox"/> Autres Préciser :	<input type="checkbox"/> Consultation précarité <input type="checkbox"/> Autres Préciser :

SOCIO DEMOGRAPHIQUE

Type de séjour	<input type="checkbox"/> Nationalité / <input type="checkbox"/> Carte de résident / <input type="checkbox"/> Titre de séjour court / <input type="checkbox"/> Récépissé demande d'asile / <input type="checkbox"/> Autre récépissé / <input type="checkbox"/> Séjour irrégulier
-----------------------	--

SOCIO FAMILIAL

Lieu de vie	<input type="checkbox"/> Logement personnel salubre / <input type="checkbox"/> Logement personnel insalubre / <input type="checkbox"/> Hébergé/ <input type="checkbox"/> CADA/ <input type="checkbox"/> CHRS/ <input type="checkbox"/> CHU/ <input type="checkbox"/> Hôtel social 115/ <input type="checkbox"/> Camps/ <input type="checkbox"/> Caravane/ <input type="checkbox"/> Squat/ <input type="checkbox"/> A la rue Précisez :
Isolement social	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non (<i>évaluation subjective du praticien = seul et non hébergé</i>)

ACCES AUX SOINS le jour de la consultation de prévention

Couverture maladie de base	<input type="checkbox"/> Aucune/ <input type="checkbox"/> Demande en cours / <input type="checkbox"/> Sécu standard / <input type="checkbox"/> Sécu étudiante/ <input type="checkbox"/> PUMA / <input type="checkbox"/> AME / <input type="checkbox"/> Autre :
Couverture complémentaire	<input type="checkbox"/> Aucune / <input type="checkbox"/> Demande en cours / <input type="checkbox"/> CMUc / <input type="checkbox"/> AME / <input type="checkbox"/> Mutuelle ou assurance privée (Si oui ACS ? <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non)

ADDICTIONS

Tabac	<input type="checkbox"/> Actif / <input type="checkbox"/> Sevré / <input type="checkbox"/> Non
Ethylisme chronique	<input type="checkbox"/> Actif / <input type="checkbox"/> Sevré / <input type="checkbox"/> Non
Addiction médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Actif / <input type="checkbox"/> Sevré / <input type="checkbox"/> Non
Usage de drogues injectables	<input type="checkbox"/> Actif / <input type="checkbox"/> Sevré / <input type="checkbox"/> Non
Autre addiction	Préciser : <input type="checkbox"/> Actif / <input type="checkbox"/> Sevré / <input type="checkbox"/> Non

VIOLENCES depuis l'arrivée en France

Agression sexuelle en France	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Viol en France	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Rapports transactionnels en France	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Violences physiques en France	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Torture en France	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non

Autres violences en France (préciser)	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
--	---

SEXUALITE

Vulnérabilité sexuelle (selon le médecin)	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Rapports sexuels depuis la dernière consultation	<input type="checkbox"/> Pas de rapports / <input type="checkbox"/> Rapports occasionnels / <input type="checkbox"/> Rapports avec partenaire stable
En cas de rapports sexuels depuis la dernière consultation, protection des rapports par préservatif	<input type="checkbox"/> Toujours / <input type="checkbox"/> Parfois / <input type="checkbox"/> Jamais
Nombre de partenaires sexuels sur les 12 derniers mois	.....

VACCINATIONS

Possession carnet de vaccination/preuve vaccinale	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	
Statut vis à vis du dTPc	<input type="checkbox"/> A jour sur preuve/ <input type="checkbox"/> A jour sur déclaration/ <input type="checkbox"/> Non à jour/ <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Rattrapage en cours sur preuve/ <input type="checkbox"/> Rattrapage en cours sur déclaration	
Statut vis-à-vis du ROR	<input type="checkbox"/> A jour sur preuve/ <input type="checkbox"/> A jour sur déclaration/ <input type="checkbox"/> Non à jour/ <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Rattrapage en cours sur preuve/ <input type="checkbox"/> Rattrapage en cours sur déclaration	
Si non à jour pour ROR ou rattrapage en cours ou NSP, vaccination	Proposée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si non proposé, motif :
	Acceptée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :
	Réalisée lors de la consultation	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Nom du vaccin	.....
Statut vis-à-vis du VHB	<input type="checkbox"/> Inconnu / <input type="checkbox"/> Hépatite B guérie / <input type="checkbox"/> Hépatite B chronique / <input type="checkbox"/> AC anti Hbc isolé / <input type="checkbox"/> Non immunisé et jamais vacciné / <input type="checkbox"/> Vacciné et à jour sur preuve/ <input type="checkbox"/> Vacciné et à jour sur déclaration/ <input type="checkbox"/> Rattrapage vaccinal en cours sur preuve/ <input type="checkbox"/> Rattrapage vaccinal en cours sur déclaration	
Si non immunisé ou vaccination partielle ou AC anti Hbc isolés, vaccination	Proposée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si non proposé, motif :
	Acceptée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :
	Réalisée lors de la consultation	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Nom du vaccin	.....
	Prescription AC anti HBs 4 semaines après vaccin	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Si < 25 ans, statut vis à vis du vaccin contre méningite C	<input type="checkbox"/> A jour sur preuve/ <input type="checkbox"/> A jour sur déclaration/ <input type="checkbox"/> Non à jour/ <input type="checkbox"/> NSP	
Si non à jour	Proposée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non

pour vaccin méningite C ou NSP, vaccination	Acceptée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Si refus, motif :
	Réalisée lors de la consultation	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Nom du vaccin	.....
Autre vaccin indiqué		.....
Statut vis-à-vis de cet autre vaccin		<input type="checkbox"/> A jour sur preuve/ <input type="checkbox"/> A jour sur déclaration/ <input type="checkbox"/> Non à jour/ <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Rattrapage en cours sur preuve/ <input type="checkbox"/> Rattrapage en cours sur déclaration
Si non à jour pour cet autre vaccin ou NSP, vaccination	Proposée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Acceptée	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Réalisée lors de la consultation	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
	Nom du vaccin	.....
Possession d'un carnet de vaccination électronique CVE (si adresse mail et enregistrement sur Colibri)		<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non

PRISE EN CHARGE MEDICALE A L'ISSUE DE LA CONSULTATION

Traitements prescrits	Examens complémentaires prescrits	Orientations
<input type="checkbox"/> Aucun/ <input type="checkbox"/> Vaccin dTPc/ <input type="checkbox"/> Vaccin ROR/ <input type="checkbox"/> Vaccin méningite C/ <input type="checkbox"/> Vaccin VHB/ <input type="checkbox"/> Vaccin VHA/ <input type="checkbox"/> Vaccin HPV <input type="checkbox"/> Création d'un CVE <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive/ <input type="checkbox"/> Autre Préciser :	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Séro VIH / <input type="checkbox"/> Séro VHB / <input type="checkbox"/> Séro VHC / <input type="checkbox"/> Séro Syphilis / <input type="checkbox"/> PCR Chlam (site :.....)/ <input type="checkbox"/> PCR Gono (site :.....) <input type="checkbox"/> Séro Bilharziose <input type="checkbox"/> Séro Tétanos post vaccinale <input type="checkbox"/> AC antiHBs post vaccinal <input type="checkbox"/> Frottis cervico-utérin <input type="checkbox"/> BU <input type="checkbox"/> NFS / <input type="checkbox"/> GAJ / <input type="checkbox"/> Bilan hépatique / <input type="checkbox"/> EPS / <input type="checkbox"/> EPU / <input type="checkbox"/> EIhb / <input type="checkbox"/> Créatininémie <input type="checkbox"/> Radio thorax <input type="checkbox"/> Autres Préciser :	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Nouveau RDV de consultation prévention <input type="checkbox"/> Consultation de gynécologie <input type="checkbox"/> Consultation d'infectiologie <input type="checkbox"/> Consultation PREP <input type="checkbox"/> Autre consultation spécialisée <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Equipe mobile psychiatrie <input type="checkbox"/> Consultation précarité <input type="checkbox"/> Autres Préciser :

Titre : Accueillir et soigner les exilés à l'épreuve des politiques de dispersion. Reconfigurations sociales et territoriales des pratiques de soin et enjeux de coordination médico-sociale

Mots clés : accès aux soins, exilés, coordination médico-sociale, aller-vers

Résumé : Cette thèse étudie les recompositions de l'action médico-sociale auprès des exilés en situation de précarité sous l'effet des logiques de dispersion territoriale dans les politiques migratoires. S'appuyant sur une enquête auprès d'acteurs de l'action sanitaire et sociale sur un département périurbain en Île-de-France, elle analyse les (re)configurations locales des acteurs publics et privés associatifs, dans leurs pratiques de soin et leurs dynamiques partenariales en réponse à l'accueil croissant d'exilés sur le territoire. Cette thèse démontre la prégnance des dynamiques de spécialisation dans l'accès aux soins, marquées par le développement de dispositifs dédiés aux exilés et la construction d'une expertise locale relative à leur santé. Face à l'enjeu de décloisonner l'accès des exilés à l'ensemble du système de santé, elle analyse alors les ambivalences et les limites de ces approches spécialisées et explore les pratiques d'orientation négociées vers les

services de santé non dédiés aux populations précaires. Alors que s'affirme la démarche d'« aller-vers » dans les politiques sanitaires et sociales, ce travail analyse enfin le déploiement de l'intervention mobile comme modalité d'extension territoriale des services de santé. Nous montrons comment cette dynamique de « mise en mobilité » représente non seulement une reconfiguration des territoires d'intervention et des conditions de travail des professionnels de l'accueil et du soin, mais bouscule également la construction d'une relation d'aide et les rapports au politique dans lesquels ces derniers s'inscrivent. En explorant ces recompositions sociales et territoriales de l'action médico-sociale, cette thèse s'inscrit ainsi dans les réflexions sur la mise en œuvre et les enjeux de la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Title : Welcoming and caring for refugees under dispersal policies. Reconfigurations and coordination challenges across medico-social action

Keywords : health care access, migrants dispersal policies, medico-social coordination, outreach

Abstract : This thesis explores the transformation of medico-social action aimed at exiles facing precarious situations in response to territorial dispersion policies. Leveraging a survey of health and social care workers across a peri-urban territory in the Parisian region impacted by those policies, we unravel the (re)configurations of local care actors, services, and practices prompted by an increasing reception of exiles. Among those reconfigurations, we identify the emergence of specialized services and the development of local expertise tailored to the specific health needs of exiles. While addressing the challenge of enabling exiles' entry into the entire healthcare system, this work scrutinizes the ambivalence of these specialized approaches and investigates the abilities as well as practices to direct individuals

towards healthcare services not explicitly designed for populations in precarious situations. Given the rising prominence of the 'outreach' approach in health and social policies, we then explore the deployment of mobile interventions as a strategy to extend health services across the territory. The work not only underscores the resulting shifts in territorial and working conditions but also examines how this process reshapes partnerships and the political engagement of social and medical actors. By navigating the evolving landscape of medico-social action, this thesis actively contributes to the ongoing debate on the implementation and challenges of reducing social and health inequalities.