



HAL
open science

Entre sanitaire et social. Enquête sociologique sur les pass en Ile-de-France

Mauricio Aranda, Nicolas Duvoux

► **To cite this version:**

Mauricio Aranda, Nicolas Duvoux. Entre sanitaire et social. Enquête sociologique sur les pass en Ile-de-France. Rapport de recherche pour l'Axe Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), Chaire Santé de Sciences Po Paris (France). 2022, pp.233. <hal-04908519>

HAL Id: hal-04908519

<https://sciencespo.hal.science/hal-04908519v1>

Submitted on 23 Jan 2025

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

ENTRE SANITAIRE ET SOCIAL ENQUETE SOCIOLOGIQUE SUR LES PASS EN ÎLE-DE-FRANCE

Mauricio Aranda

Chercheur postdoctoral
Chaire Santé
SciencesPo

Sous la direction de :
Nicolas Duvoux
Professeur
Université Paris 8
CRESPPA-LabTop

**Rapport de recherche pour l'Axe Programme régional d'accès à la
prévention et aux soins (PRAPS)**

Dans le cadre de l'évaluation du PRS 2 de l'ARS IDF dirigée par
Daniel Benamouzig
Directeur de recherche, CNRS

Chaire Santé, SciencesPo
Juin 2022

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
RÉSUMÉ	5
REMERCIEMENTS	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE 1. Comprendre le PRAPS en Île-de-France : contexte, genèse et gestion institutionnelle d'un ciblage implicite sur la « grande pauvreté »	21
Introduction du Chapitre 1	21
1. Le PRAPS dans les évolutions de la protection sociale	22
2. Genèse et particularités du PRAPS en Île-de-France.....	25
3. L'enjeu pour l'ARS IDF de la gouvernance du PRAPS	36
Conclusion du Chapitre 1	45
CHAPITRE 2. Un dispositif entre sanitaire et social. À propos de l'émergence et des transformations des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)	47
Introduction du Chapitre 2.....	47
1. Saisir l'émergence et la particularité des PASS.....	48
2. Développement des PASS et encadrement par l'ARS	56
3. La question migratoire comme enjeu pour les PASS.....	68
Conclusion du Chapitre 2.....	83
CHAPITRE 3. Les PASS d'Île-de-France enquêtées. Une présentation idéal-typique.....	87
Introduction du Chapitre 3.....	87
1. Les PASS hospitalières dédiées	90
2. Les PASS hospitalières tant dédiées que transversales	102
3. Les PASS ambulatoires insérées	109
4. Des PASS hospitalières et ambulatoires hors les murs.....	113
Conclusion du Chapitre 3.....	119
CHAPITRE 4. Les organisations des PASS. Rapport aux institutions de rattachement et aux acteurs des territoires	121
Introduction du Chapitre 4.....	121
1. L'environnement organisationnel (1)	122
2. L'environnement organisationnel (2)	132
3. L'environnement territorial et partenarial.....	148
Conclusion du Chapitre 4.....	166
CHAPITRE 5. En première ligne face à l'exclusion. Saisir les enjeux des groupes professionnels des PASS	169
Introduction du Chapitre 5.....	169
1. Ce qui mène au travail dans une PASS.....	170
2. Effets du croisement entre sanitaire et social.....	184
3. Les missions des PASS mises en œuvre.....	202
Conclusion du Chapitre 5.....	208
CONCLUSION	211
BIBLIOGRAPHIE	215
ANNEXES	223
TABLE DES MATIÈRES	229

RÉSUMÉ

L'accès aux soins des populations en situation d'« exclusion » constitue, notamment depuis les décennies 1980 et 1990, tant un enjeu d'action publique pour les autorités publiques que d'investigation pour la recherche en sciences sociales. En vue d'explorer la manière dont l'Agence régionale de santé organise cette action publique qu'elle nomme PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins) en Île-de-France, ce rapport interroge la mise en œuvre d'un de ses dispositifs : les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), tant hospitalières qu'ambulatoires. Effectuée dans cette optique au cours de l'année universitaire 2020/2021, une enquête qualitative a permis de rassembler 52 entretiens (dont 45 avec des professionnels, soignants et aidants, de terrain) et une dizaine de séquences d'observation auprès des équipes des PASS. Le rapport propose une analyse transversale de la fabrication de l'accès aux soins en Île-de-France – allant des décideurs publics aux metteurs en œuvre –, ainsi qu'au travers du prisme des permanences. Tout en livrant une typologie des PASS, il aborde leur inclusion dans des organisations plus larges (institutions de rattachement, territoires, liens partenariaux etc.), tout comme les transformations des groupes professionnels (médecins, paramédicaux, assistants de service social, etc.) impliqués dans sa mise en œuvre auprès des « exclus », aujourd'hui composés de manière très marquée par des personnes étrangères.

Mots-clés :

Accès aux soins, action publique, groupes professionnels, hôpital, soins primaires, « exclusion »

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier nos différents interlocuteurs au sein du siège de l'ARS IDF, ainsi que dans les directions départementales de l'agence, notamment celle du Val-de-Marne, pour le temps qui nous a été consacré lors de la phase de préparation de notre enquête. Que Luc Ginot, Isabelle Chabin-Gibert, Chrystele Berthon, Axelle Menu, Fatima Akkouche, Chahrazed Bendiaf soient remercié-e-s. Un grand merci à Barbara Bertini pour son aide tout au long de ce travail.

De même, notre gratitude va à toutes les professionnelles et à tous les professionnels des PASS, soignants et aidants, qui nous ont accueilli dans leurs services et accordé de leur temps. Une pensée également à toutes les personnes venues en consultation et croisées sur le terrain. Elles nous ont autorisé, à certains moments, à être présents lors de leurs rendez-vous médicaux et/ou sociaux. Ces éléments d'observation ont alimenté notre réflexion de manière très profitable.

Aussi, nous tenons à remercier toute l'équipe de la Chaire Santé de Sciences Po et notamment du Consortium de recherche dirigé par Daniel Benamouzig dans le cadre de la recherche-évaluative sur le PRS (Projet Régional de Santé) de l'agence. La discussion avec les unes et les autres ont aidé à la formalisation de notre travail. Ce travail a bénéficié également du suivi et des lectures avisées, bienveillantes et constructives de Nicolas Duvoux.

Enfin, un grand merci aux chercheuses et chercheurs postdoctoraux de la Chaire Santé, Marie-Victoire Bouquet, Joan Cortinas, Armelle Klein, Stéphane Lavoipierre, Pascal Martin, Jeanne Pahun, Gaëtan Thomas, et en particulier Julia Legrand, pour leur soutien au cours de cette année de recherche.

INTRODUCTION

Le travail d'investigation sur les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), hospitalières et ambulatoires ¹, présenté dans ce rapport, s'inscrit dans le cadre d'une recherche-évaluative plus générale à propos de la politique régionale de santé de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS IDF) et conduite par un consortium de chercheuses et chercheurs de la Chaire Santé de Sciences Po (2020-2023). Cette enquête sur les PASS, effectuée au cours de l'année universitaire 2020-2021, correspond à l'axe « Programme régional d'accès à la prévention et aux soins » (PRAPS) de cette recherche-évaluative. Si elle explore ce programme par une entrée spécifique, elle vise à soulever des questionnements traversant d'autres dispositifs au croisement de la question sociale et de la question sanitaire, ainsi que faisant partie dudit programme. Cette introduction vise, tout d'abord, à contextualiser brièvement l'enjeu que constitue « l'accès aux soins » pour l'action publique (1). Par la suite, elle rend compte de la manière dont nous comptons analyser cette question au travers des PASS (2). Enfin, elle annonce l'architecture du rapport afin que les lectrices et lecteurs puissent avoir une vision globale de son contenu (3).

1. L'accès aux soins comme enjeu d'action publique

L'accès aux soins des populations en situation d'« exclusion » ² constitue, notamment depuis les décennies 1980 et 1990, tant un enjeu d'action publique pour les autorités publiques que d'investigation pour la recherche en sciences sociales. Contexte marqué par les effets de la crise économique consécutive aux chocs pétroliers des années 1970, ainsi que par un retour du creusement des inégalités sociales dans les pays occidentaux ³, cette période se caractérise également par l'apparition du « chômage de masse » en France – non démenti jusqu'à nos jours⁴ –

¹ Il convient de préciser que ces deux formes du dispositif n'ont pas le même statut. Les PASS hospitalières relèvent d'une politique nationale alors que les PASS ambulatoires sont issues d'une initiative de l'ARS IDF. On reviendra sur ces différences plus avant dans le texte.

² Notion qui s'est imposée dans le débat public et qui a même eu un certain succès parmi les chercheurs en sciences sociales. Celle-ci a été néanmoins remise en cause par la suite, notamment en raison de son caractère normatif séparant « exclus » et « inclus ». Cf. Julien DAMON, *L'exclusion*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008.

³ Voir en particulier le Chapitre 2 du livre de Nicolas DUVOUX, *Les inégalités sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2017.

⁴ Si le taux de chômage se situe à hauteur de 2% pendant les Trente Glorieuses, il croît fortement par la suite : il ne redescend plus au-dessous de la barre de 7% et atteint même 10% au cours des années 1990 et des années 2010. Cf. Axelle BRODIEZ-DOLINO, *Combattre la pauvreté: vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*, Paris, CNRS éditions, 2013.

et de tout une série de mesures visant à combattre l'exclusion sociale. Des mesures telles que l'instauration de la Couverture médicale universelle (CMU) en 1999, l'Aide médicale d'État (AME) en 2000, ou encore la création formelle des PASS dans les hôpitaux à partir de 1998, participent de ce mouvement d'extension d'une assistance d'État auprès des populations sans ressources et exclues jusqu'alors de la protection sociale, ici particulièrement d'un accès légal à se faire soigner (assurance maladie). De manière très significative, « l'accès aux soins » est une des dimensions inscrites dans la loi de lutte contre les exclusions de 1998. Ces mesures symbolisent aussi le développement d'une étatisation de la « santé de base », qui se produit parallèlement au délestage progressif des « soins courants » aux propres assurés de la sécurité sociale et au secteur concurrentiel privé (mutuelles)⁵. Dans tous les cas, ces mesures d'assistance sont impulsées depuis les années 1980 par tout un mouvement humanitaire composé d'associations médicales (Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde, etc.)⁶ effectuant – à côté et en complément des institutions publiques de santé – des prises en charge « socio-médicales »⁷. En effet, tant les dispositifs publics (à l'image des PASS des hôpitaux ou des institutions de soins primaires) que privés (les consultations humanitaires des ONG ou des associations) adossent une action médicale à un travail social visant l'ouverture des droits sociaux des patients.

Par ailleurs, la décentralisation de l'État⁸ vers le niveau départemental à partir de la décennie 1980, puis régional au cours des années 2000, donne une importance au niveau local dans la gouvernance des questions sociales et sanitaires, et plus précisément – en ce qui concerne les populations éloignées des droits sociaux et/ou sans ressources – des questions de l'accès aux soins. Créées en 2010, les ARS doivent de cette manière reprendre le flambeau des institutions préalables qui organisaient les mesures de santé publique, voire de la « santé sociale »⁹, sur leurs

⁵ Bruno PALIER, *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Presses universitaires de France, 2017, p. 93 Daniel BENAMOUZIG, « Du grand soir au clair-obscur. Expertise économique et privatisation bureaucratique de l'assurance maladie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 9 juillet 2012, n° 193, n° 3, pp. 56-73.

⁶ Caroline IZAMBERT, *Soigner les étrangers ? L'État et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours*, Paris Sciences et Lettres (ComUE), 2018, URL complète en biblio Jérémy GEERAERT, « 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*, 2020, Vol. 70, n° 5, pp. 639-656.

⁷ Isabelle PARIZOT, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003.

⁸ Sur ces processus de réforme de l'État, voir Philippe BEZES, *Réinventer l'État: les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, Presses universitaires de France, 2009.

⁹ À propos de cette norme émergente dans l'action publique, voir les contributions de l'ouvrage de Nicolas DUVOUX et Nadège VEZINAT (dir.), *La santé sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2022.

territoires telles que les Directions départementales des affaires sociales et sanitaires, les Directions régionales des affaires sociales et sanitaires ou les Groupements régionaux de la santé publique. La formalisation au sein de leur politique visant les populations précaires, en l'occurrence le PRAPS, de tout un ensemble de dispositifs préexistants constitue ainsi un enjeu fondamental pour les décideurs publics et la raison même pour laquelle des recherches-évaluatives se produisent par son initiative, à l'image de celle qui a été confiée à la Chaire Santé de Sciences Po. De manière générale, la littérature scientifique sur l'évaluation des politiques publiques nous apprend que connaître l'état du fonctionnement ou du dysfonctionnement d'un dispositif public intéresse de premier chef l'administration qui doit le réguler, cela aussi bien en raison d'une volonté d'effectuer des rationalisations d'ordre managériales que d'enjeux institutionnels propres à l'espace administratif concerné (on pourrait penser à la légitimation du travail accompli par certains services vis-à-vis d'autres services, par exemple)¹⁰.

Quoi qu'il en soit, un travail de recherche sur les PASS comme le nôtre, qui s'intéresse en premier chef à la mise en œuvre par ses professionnels de l'accès aux soins ne peut donc pas se détacher d'une interrogation sur les enjeux institutionnels qui traversent ces permanences, en raison notamment de leur insertion au sein du PRAPS et plus largement de la politique de l'ARS IDF. En ce sens, ce travail de recherche sociologique propose d'explorer de manière transversale – en quelque sorte, des décideurs publics aux professionnels de première ligne ou, en reprenant les termes de la sociologie de l'action publique, « par le haut » et « par le bas »¹¹ – ce que signifie de fabriquer l'accès aux soins pour des populations ne disposant ni de ressources ni de droits sociaux. De cette manière, cette enquête peut offrir des pistes de réflexion non seulement sur la marche des dispositifs tels qu'ils sont mis en œuvre mais aussi sur la manière dont ils sont pensés dans une stratégie plus large d'une administration déconcentrée de l'État.

2. Explorer les PASS : cumul des connaissances, questionnements et enquête

S'intéresser aux PASS, tant hospitalières qu'ambulatoires, comme moyen pour interroger l'accès aux soins organisé par l'ARS IDF au niveau régional, relève de deux logiques : une

¹⁰ Pascale LABORIER et Daniel GAXIE, « Les obstacles à l'évaluation des actions publiques et quelques pistes pour tenter de les surmonter », in Pierre FAVRE, Jack HAYWARD et Yves SCHEMEIL (dir.), *Être gouverné. Études en l'honneur de Jean Leca*, Paris, Presses de Sciences Po, 2003, pp. 201-224.

¹¹ Voir Pierre LASCOURMES et Patrick LE GALES, *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2012 Patrick HASSENTEUFEL, *Sociologie politique: l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2011.

contribution qualitative destinée à apporter des connaissances pour l'agence sur sa propre action ; un apport à la littérature scientifique sur l'accès aux soins. Explicitons déjà que ces permanences mettent en place des consultations médicales, avec ou sans rendez-vous, couplées à un travail social visant l'ouverture des droits sociaux. Celles-ci représentent, d'une part, pour les responsables hiérarchiques de l'agence, l'un des chantiers d'organisation les plus aboutis. Existant depuis 1998 au niveau de l'hôpital dans le cadre d'une politique nationale et dès 2013 en tant qu'expérimentation au niveau ambulatoire en région francilienne (au sein de centres municipaux de santé et de réseaux de santé associatifs) par l'initiative de l'agence, le dispositif des PASS a fait l'objet d'un travail serré de suivi par l'ARS IDF (exemple : création d'un répertoire, demande de Rapports d'activité, réunions, poste de coordinatrice régionale dédié, etc.). Les questions d'interprétariat et de médiation qui intéressent aujourd'hui fortement le département de la santé publique sont par ailleurs des enjeux concrets du travail des professionnels de ces permanences, comme en témoigne un article rédigé par des coordinatrices et coordinateurs régionaux des PASS ¹² . Les PASS constituent par conséquent un dispositif bien installé et *a priori* contrôlé par l'ARS IDF. Or, la routinisation du suivi institutionnel, ainsi que la différence des enjeux entre le volet hôpital et le volet ville (ou soins primaires), peuvent justifier une exploration autre que quantitative de l'activité conjointe des permanences hospitalières et ambulatoires. Cela bien évidemment en tenant compte des particularités des unes et des autres.

D'autre part, du point de vue de la recherche en sciences sociales sur le développement de l'assistance dans le système de santé¹³, l'entrée par les PASS hospitalières constitue aussi un chantier qui a déjà été abordé de manière approfondie¹⁴ ou de manière partielle¹⁵, autrement dit comme un terrain en soi ou comme un terrain parmi d'autres. Toutefois, si ce dispositif d'assistance a fait l'objet de travaux portant sur son action à l'hôpital, il n'a été que rarement analysé sous d'autres formes¹⁶. Au moment où des recherches se développent sur les structures de soins primaires

¹² Barbara BERTINI, Rémi LAPORTE, Elisabeth PIEGAY et Muriel SCHWARTZ, « Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les soins aux populations migrantes », *Adsp*, 2020, n° 111, pp. 35-36.

¹³ Pascal MARTIN, *Les métamorphoses de l'assurance maladie: conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres*, Rennes, PUR, 2016.

¹⁴ Jérémy GEERAERT, *La question sociale en santé: L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XXI^e siècle*, France, Université Sorbonne Paris Cité, 2017, URL complète en biblio.

¹⁵ Pascal MARTIN, « De l'État social à l'État humanitaire », *Savoir/Agir*, 23 avril 2018, N° 43, n° 1, pp. 89-96.

¹⁶ Des éléments sur une PASS mobile émanant d'un hôpital sont présent dans Gabriel URIBELARREA, *Le souci des patients sans abri: Enquêter sur la relation de soins entre le monde médical et le monde de l'assistance*, Université de Lyon, 2020.

(maisons de santé pluri-professionnelles, centres municipaux de santé, etc.)¹⁷, il semble intéressant de prêter attention à l'élargissement des dispositifs comme celui de la PASS en milieu ambulatoire. Cela permet d'interroger de manière plus générale le développement de la norme de l'accès aux soins en dehors de l'hôpital et au profit des structures dites « de proximité ». En ce sens, prendre pour terrain d'enquête aussi bien les permanences hospitalières que celles existant « en ville » donne à réfléchir sur les évolutions plus générales des priorités en matière de santé, tout comme cela autorise à questionner de manière comparative ce qu'une inclusion dans des organisations différentes fait au fonctionnement de la PASS. On peut d'emblée faire l'hypothèse que l'hôpital, le CMS ou le réseau associatif n'offrent pas les mêmes ressources aux équipes des permanences, en termes humains, matériels et relationnels. Les liens avec les partenaires de ville (médecins, pharmaciens, laboratoires de radiologie, associations, etc.) seraient, par exemple, plus faciles à établir pour les professionnels de CMS ou de réseaux de santé que pour ceux des hôpitaux.

L'exploration de l'accès aux soins au travers des PASS dans le cadre de cette enquête a permis de soulever deux séries de questionnements principaux situés, pour le premier volet, principalement au niveau de la décision et, pour le second, au niveau de la mise en œuvre. On verra que, d'une part, l'interrogation porte sur les enjeux concernant les publics ciblés par le programme de l'ARS IDF, ainsi que sur les problématiques liées aux patients effectivement touchés par l'action des dispositifs et en l'occurrence par les permanences (2.1). D'autre part, l'attention se focalise sur les questions tant institutionnelles que professionnelles produites par la diversité de PASS, hospitalières et ambulatoires, existant sur le territoire francilien (2.2). En vue de rendre compte de la manière dont nous avons exploré ces questionnements, nous exposerons la méthode de cette enquête de terrain. Celle-ci se caractérise principalement par son recours à des entretiens semi-directifs auprès des décideurs impliqués dans la conception et la direction du PRAPS, ainsi qu'auprès des professionnels du dispositif des PASS (2.3).

2.1. Quels publics cibles du PRAPS et des PASS ?

L'interrogation sur les « publics cibles » du PRAPS, et par conséquent des PASS, apparaît pertinente en raison d'un certain paradoxe. D'une part, la littérature scientifique montre que le ciblage des politiques publiques devient de plus en plus spécifique depuis la fin des Trente

¹⁷ Nadège VEZINAT, *Vers une médecine collaborative: politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, Paris, PUF, 2019.

Glorieuses en France comme dans d'autres pays développés¹⁸. D'autre part, la catégorie officiellement visée par le programme – que ce soit en région Île-de-France comme dans toute autre région française – est celui, très large, des populations en situation de précarité. L'enquête a permis, par ailleurs, de constater une autre situation paradoxale en ce qui concerne particulièrement la région francilienne. Cette région n'est pas seulement la plus inégalitaire au niveau national. Aussi, en son sein, l'Île-de-France rassemble des départements – et en leur sein des villes et des quartiers (QPV) – comportant de très hauts taux de pauvreté à l'image de la Seine-Saint-Denis ou du Val-de-Marne. Dans le contexte francilien, le fait de cibler donc une population « précaire »¹⁹ peut apparaître difficile à mettre en place tant cela recouvre de fortes proportions de la population. Comme nous le verrons, cette situation questionne la hiérarchie même de l'ARS IDF. Ses représentants nous expliquent que ce programme, se donnant pour objectif de prendre en charge la précarité, vise dans les faits la « grande précarité ». Les responsables de l'ARS IDF nous parleront des personnes « sans domicile » pour résumer ce qu'ils entendent par le vocable de « grande précarité ». Tous ces éléments sont explorés dans le Chapitre 1.

L'interrogation des publics peut aussi être faite à partir du dispositif des PASS et par la confrontation entre la cible officielle et le public effectivement touché. Comme nous l'avons dit, les permanences cherchent à prendre en charge médicalement, ainsi que par le travail social, les personnes « exclues » et notamment celles qui ne disposent pas de droits sociaux ni de ressources. L'enquête de terrain montre que les professionnels prennent en charge, au moins pour une première consultation, tout patient qui arrive dans leurs locaux. Néanmoins, si la personne dispose déjà d'une ouverture de leurs droits (CSS²⁰ ou AME), elle sera orientée vers des consultations dites de « droit commun ». Cela en raison de la mission que se donnent ces professionnels, de ciblage des personnes qu'il s'agit de faire accéder à leurs droits, sous la forme d'une « passerelle ». La recherche permet de mettre en lumière un « allant de soi » des acteurs de terrain, tout comme de

¹⁸ Lorenzo BARRAULT-STELLA et Pierre-Edouard WEILL (dir.), *Creating target publics for welfare policies: a comparative and multi-level approach*, Berlin/New York, Springer International Publishing, 2018.

¹⁹ La notion de « précarité » est elle-même débattue en sociologie en raison de sa difficulté à désigner clairement des individus ou des groupes. Pour une synthèse des différents paradigmes de lecture de la question, voir Maryse BRESSON, *Sociologie de la précarité*, Paris, Armand Colin, 2015.

²⁰ Comme l'indique le site de l'assurance maladie, depuis « le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire. » Cf. <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment> (Consulté le 31 août 2021).

l'administration²¹, à savoir la prépondérance des populations étrangères – et en partie en situation irrégulière – parmi les bénéficiaires des PASS. Tout en montrant que ce fait social traverse l'ensemble des dispositifs sanitaires et sociaux en France et notamment en Île-de-France (115, hébergement à l'hôtel, etc.), ce rapport permettra d'interroger la manière dont les professionnels de terrain s'ajustent à ces patients, nécessairement non familiers du système de santé français et pour une partie non francophone. Les enjeux de traduction et d'interprétariat feront ainsi l'objet d'une analyse à partir de la manière dont ils apparaissent sur le terrain. Ces problématiques font l'objet de développements dans le Chapitre 2.

2.2. Quels enjeux institutionnels et professionnels des PASS ?

La diversité des PASS, hospitalières et ambulatoires, ainsi que le travail concret réalisé par les professionnels, effectué en partie en lien avec d'autres acteurs (CPAM, médecins de ville, associations caritatives, etc.), peut faire également l'objet d'interrogations.

Tout d'abord, il convient de questionner la diversité des types de permanences. En effet, les professionnels nous expliquent qu'elles sont très diverses. Une responsable médicale dira, par exemple, qu'« il y a autant de PASS que des façons de faire ». Les documents produits par l'ARS, tout comme les interviewés, signalent l'existence de permanences « dédiées » et « transversales ». Est-ce que cette séparation entre PASS hospitalières et ambulatoires s'avère heuristique pour comprendre la diversité du dispositif en région francilienne ? Ce rapport essaye d'esquisser une typologie des modalités de déploiement en Île-de-France, en décrivant les fonctionnements particuliers et en montrant ce qui différencie un type de permanence d'un autre. Cette question de la typologie des PASS est abordée dans le Chapitre 3.

Par la suite, ce travail propose d'interroger les enjeux organisationnels, voire institutionnels, des PASS. En effet, le fait que certaines permanences se trouvent dans des hôpitaux, d'autres dans des centres municipaux de santé ou des réseaux de santé associatifs pousse à questionner leurs modalités d'insertion dans ces structures. Quelle est la place occupée par l'équipe du dispositif au sein de ces institutions – et notamment de l'hôpital, espace « à la fois central et en crise »²², faisant

²¹ Barbara BERTINI, Rémi LAPORTE, Elisabeth PIEGAY et Muriel SCHWARTZ, « Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les soins aux populations migrantes », *op. cit.*

²² Jean-Claude BARBIER, Michaël ZEMMOUR et Bruno THERET, *Le système français de protection sociale*, Paris, La Découverte, 2021, p. 84.

l'objet de rationalisations managériales depuis les décennies 1980-1990²³ ? Quels sont les bénéfices que cette équipe peut retirer de ces institutions en termes de ressources humaines, matérielles et relationnelles ? Ce dernier volet de l'interrogation mérite d'être explicité. Devant s'occuper de faire accéder les patients sans droits ni ressources au « droit commun », les PASS doivent rentrer en contact avec d'autres institutions ou acteurs à cette fin (la CPAM, les médecins de ville, les associations caritatives, autres PASS parfois²⁴, etc.). Ainsi, les liens créés et entretenus avec ces « partenaires » méritent d'être questionnés. Ces éléments font l'objet de développements tout au long du Chapitre 4.

Enfin, le travail effectué par les professionnels de première ligne, soignants et aidants, mérite aussi d'être exploré. Comme la sociologie de l'action publique « par le bas » le postule – celle de la *Street-Level Bureaucracy* notamment –, ce sont ces acteurs en contact direct avec le public qui fabriquent concrètement l'action publique²⁵. De cette manière, il convient de s'intéresser aux trajectoires sociales et professionnelles qui conduisent à travailler dans une permanence, tout comme aux effets de ce travail sur les contours, voire le contenu, de leurs groupes professionnels. Cela revient à s'interroger sur les modalités et les ressorts de la jonction des soignants et des aidants. Comment l'action envers les « exclus » modifie (ou pas) l'activité des uns et des autres ? Ces interrogations traversent le Chapitre 5 qui est également le dernier chapitre du rapport.

2.3. Méthodologie de l'enquête de terrain

Ce rapport prend essentiellement appui sur une enquête de terrain. Même si des données statistiques de cadrage sont mobilisées, la dimension qualitative est fondamentale dans l'approche retenue. Ce travail qualitatif regroupe un nombre important d'entretiens, quelques moments d'immersion par l'observation ethnographique, tout comme une lecture de la documentation produite par l'ARS IDF. Deux séquences principales de recherche ont été effectuées. Elles se donnent à voir également dans la présentation des entretiens dans les annexes.

La première phase a consisté à interviewer des responsables, tout comme des agents clés (notamment la coordinatrice des PASS hospitalières d'Île-de-France) pour notre recherche au sein

²³ Pierre-André JUVEN, Frédéric PIERRU et Fanny VINCENT, *La casse du siècle: à propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir, 2019 Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression: enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010.

²⁴ Pour faire accéder leurs patients à des consultations de spécialistes, lorsque ceux-ci n'ont pas encore obtenu leurs droits, les PASS ambulatoires peuvent contacter des PASS hospitalières. L'inverse est notamment possible lorsque les patients sortent d'hospitalisation et nécessitent un suivi de « proximité ».

²⁵ Michael LIPSKY, *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of The Individual in Public Services*, New-York, Russell Sage Foundation, 1980.

de l'agence, ainsi qu'une représentante de la Préfecture de la région et un directeur d'association. Ces entretiens (N= 7) ont permis de recueillir de manière exploratoire les enjeux traversant le PRAPS et les PASS du point de vue de ceux et celles qui prennent les décisions publiques ou, en tout cas, les organisent au niveau territorial. La seconde séquence – la plus conséquente – a eu pour objectif de mener des entretiens avec les professionnels des permanences (N=45). Le choix a été fait de varier le plus possible les interlocuteurs : PASS hospitalières et ambulatoires ; PASS parisiennes et d'autres départements ; PASS anciennes (créées dans les années 1990) et plus récentes. De même, un objectif a été d'effectuer des entretiens non seulement avec les médecins (souvent responsables des permanences) et les assistantes sociales, à savoir les deux piliers constitutifs du dispositif, mais aussi avec les paramédicaux (infirmières, aides-soignants, assistant dentaire), et les autres personnels (secrétaires, agents d'accueil, bénévoles, services civiques).

Aussi, le travail d'observation a été important. De manière générale, nous pouvons dire que l'approche de notre enquête a été celle des « entretiens ethnographiques »²⁶, dans le sens où nous considérons que le fait de faire des interviews s'accompagne d'une observation des conditions de vie (ici de travail) des personnes et que ces données recueillies par « le terrain » permettent d'affiner les questions posées par la suite aux enquêtés. Ainsi, nous tenons à préciser que – même si avec trois professionnels les entretiens ont été effectués à distance (visio-conférence) – tous les sites des PASS mentionnées dans ce travail ont été visités par nos soins au moins une fois et parfois à de multiples reprises. En effet, sur certains terrains nous nous sommes rendus à plusieurs occasions, non seulement pour effectuer des entretiens semi-directifs – soit guidés en partie par une grille d'entretien –, mais pour réaliser des observations de l'accueil des patients, pour participer à des réunions d'équipe ou pour suivre le parcours des patients au sein de l'hôpital. Comme dans toute enquête de sciences sociales, l'objectif a consisté à « négocier »²⁷ les terrains auprès des enquêtés (ici les équipes de PASS) en sollicitant au préalable les responsables médicaux ou sociaux par mail.

Bien évidemment, il y a une particularité aux recherches effectuées dans le cadre d'une commande de recherche-évaluative. Les professionnels peuvent se sentir obligés d'accepter la demande de l'enquêteur afin de se faire bien voir de leurs tutelles, tout en étant méfiants vis-à-vis de ce que nous pourrions écrire²⁸. Ces éléments, dont il faut être conscient de manière réflexive,

²⁶ Stéphane BEAUD, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 1996, vol. 9, n° 35, pp. 226-257.

²⁷ Stéphane BEAUD et Florence WEBER, *Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, France, La Découverte, 2010.

²⁸ Plus généralement, le fait de passer par le "haut" (patrons, directeurs, autorités, etc.) peut créer une méfiance vis-à-vis des acteurs subalternes. Cependant, cette méfiance n'empêche pas d'essayer de rassurer

nous ont poussé à être beaucoup plus explicites dans notre travail : même si venus les solliciter dans le cadre d'une étude évaluative pour l'ARS IDF, nous leur disions que nous désirions garder notre indépendance scientifique et ce tout en étant attentifs à respecter l'anonymat des professionnels de terrain qui nous ont offert de leur temps.

3. L'architecture du rapport

Ce rapport propose une exploration transversale de l'accès aux soins organisé par l'ARS en Île-de-France et cela au travers d'une enquête de terrain sur le dispositif des PASS hospitalières et ambulatoires. Cette action publique sera donc analysée depuis les décideurs publics jusqu'aux professionnels de première ligne. L'architecture du rapport propose de suivre cette même transversalité. Il nous semble néanmoins que le terme d'« entonnoir » le caractérise particulièrement bien. L'objectif consiste non seulement à aller du « haut » vers le « bas », mais aussi des questions plus amples de politique publique (le ciblage, la territorialisation, les interdépendances entre le siège de l'agence et les autres institutions, etc.) aux problématiques des équipes des permanences qui par essence sont plus situées (rapports aux institutions de rattachement, liens avec les partenaires locaux, travail en équipe et savoirs partagés, etc.).

Les deux premiers chapitres constituent des moments de cadrage général. Pour commencer, le **Chapitre 1**, tout en mettant en perspective la genèse du PRAPS dans le cadre d'évolutions plus générales de la protection sociale, permet de comprendre ses particularités en région francilienne et notamment sa focalisation sur la « grande pauvreté ». Il donne à voir aussi comment la gestion du programme par l'ARS IDF témoigne de la transformation du rôle de cet organisme déconcentré de l'État dans la gouvernance de la santé des populations « exclues », et cela notamment en temps de crises (migratoires et sanitaires, en particulier). Ensuite, le **Chapitre 2** propose une présentation du dispositif des PASS et de ses évolutions – notamment en termes quantitatifs – aux niveaux national et francilien. Le dispositif apparaît au cours des années 1990 à l'hôpital et se formalise dans la loi en tant que « PASS » en 1998 ; il s'étend au milieu des soins primaires seulement dans les années 2010 via une expérimentation locale de l'ARS IDF. Son « univers » de sens, centré sur la prise en charge médicale comme but principal, se différencie de celui des consultations humanitaires mettant la focale sur la commune humanité et le don de soi. L'objectif de ce chapitre consiste aussi à voir comment ce dispositif, ainsi que son univers, s'adaptent

les personnes. Cf. Erving GOFFMAN, « On Fieldwork », *Journal of Contemporary Ethnography*, 1 juillet 1989, vol. 18, n° 2, pp. 123-132, doi:10.1177/089124189018002001.

aux transformations de la patientèle des PASS, aujourd'hui composée majoritairement d'étrangers, en partie non francophones.

Les trois chapitres suivants abordent les enjeux institutionnels, organisationnels et professionnels du dispositif des PASS. Tout d'abord, le **Chapitre 3** propose une typologie issue de l'enquête de terrain. Celle-ci vise à rendre intelligible une diversité complexe de fonctionnements et de morphologies de permanences différentes. Quatre idéaltypes de PASS se dégagent : les « hospitalières dédiées », les « hospitalières tant transversales que dédiées », les « ambulatoires insérées » et les « hospitalières et ambulatoires "hors les murs" ». Par la suite, le **Chapitre 4** se concentre sur l'insertion du dispositif au sein de ses institutions de rattachement (principalement l'hôpital mais des contrepoints avec les CMS et les réseaux associatifs sont faits), tant d'un point de vue matériel (les locaux, les ressources humaines, etc.) que symbolique (l'estime des permanences, de ses équipes et ses patients au sein de l'institution). Aussi, il replace les PASS dans leurs configurations territoriales faites de « partenariats » et d'interdépendances institutionnelles. Pour conclure, le **Chapitre 5** s'intéresse aux professionnels, soignants et aidants, positionnés en première ligne face aux « exclus ». En revenant sur les trajectoires qui les mènent aux dispositifs et sur les transformations de leur activité – en raison du croisement entre question de santé et question sociale –, ce dernier moment d'analyse s'intéresse à la fabrication en actes de l'accès aux soins.

CHAPITRE 1. COMPRENDRE LE PRAPS EN ÎLE-DE-FRANCE : CONTEXTE, GENESE ET GESTION INSTITUTIONNELLE D'UN CIBLAGE IMPLICITE SUR LA « GRANDE PAUVRETE »

INTRODUCTION DU CHAPITRE 1

Ce premier chapitre vise à donner des éléments de compréhension du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France. À cette fin, il propose tout d'abord de replacer la création de cet instrument du projet régional de santé de l'agence au croisement de deux évolutions de la protection sociale depuis plusieurs décennies : le développement en son sein de politiques de lutte contre l'exclusion, dès les années 1980, et l'étatisation du système de santé dit de base, commencée dans les années 2000 (1). Par la suite, il s'attache à explorer la genèse du PRAPS dans cette région – se caractérisant par une construction ascendante (*bottom-up*) de ses missions, à partir de dispositifs déjà existants –, ainsi que sa principale particularité : le ciblage sur les populations, ici les patients, en « grande pauvreté » (2). Enfin, ce premier chapitre questionne l'enjeu de gouvernance que ce programme pose aux décideurs de cette agence déconcentrée de l'État. Plus précisément, il s'agit d'interroger de quelle manière le PRAPS a été reformé entre le projet régional de santé n°1 (2013-2017) et le projet régional de santé n°2 (2018-2022). S'il est issu d'une construction venant des dispositifs préexistants, ce dernier se trouve de plus en plus piloté de manière descendante (*top-down*) par l'ARS, et cela à la faveur des crises (d'abord migratoire, puis sanitaire liée à la Covid-19) qui ont eu lieu entretemps (3).

1. LE PRAPS DANS LES EVOLUTIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

Pour comprendre le PRAPS, il convient en premier lieu de le mettre en perspective vis-à-vis de deux dynamiques qui se développent depuis plusieurs décennies. D'une part, il est question de le réinscrire dans la transformation de la gouvernance du système de santé donnant une place prépondérante à l'État en ce qui concerne la santé dite de base. Ce processus d'étatisation se produit depuis une vingtaine d'années (1.1). D'autre part, il faut replacer ce programme dans la montée en puissance, depuis la décennie 1980, des politiques dites de lutte contre les exclusions au sein de la protection sociale (1.2). Ces deux processus constituent les conditions de possibilité pour qu'un programme comme le PRAPS puisse émerger et devenir une des missions des institutions déconcentrées de l'État que représentent les ARS.

1.1. L'étatisation de la protection maladie de base

En France, l'assurance-maladie connaît plusieurs modes de régulation depuis les années 1970²⁹. De manière générale, la plupart des pays occidentaux est traversée par des réformes de leurs systèmes de santé, qu'ils soient des systèmes nationaux (Grande-Bretagne), d'assurance-maladie (Allemagne) ou libéraux-résiduels (États-Unis). L'objectif de ces transformations consiste, dans tous les cas, à abaisser les dépenses publiques. L'encadrement par l'État représente, avec la libre concurrence du marché (notamment entre mutuelles complémentaires se disputant de nouveaux clients) et la négociation entre partenaires sociaux (caisses d'assurance-maladie et représentants du corps médical, en l'occurrence), l'une des modalités du gouvernement français de la santé. Le but de ces réformes étant de favoriser la rentabilité financière et la performance du système de protection sociale.

Depuis les années 2000, comme l'explique Bruno Palier dans *La réforme des systèmes de santé*, une restructuration profonde de la régulation du système de santé se produit en France, « avec un renforcement des acteurs étatiques pour la protection maladie de base aux dépens des partenaires sociaux, et un délestage d'une part plus grande des soins courants aux individus et au secteur concurrentiel privé »³⁰. Créées en 2010, les ARS sont l'un des aboutissements de ce processus d'étatisation de la gestion de la santé de base. Ayant pour finalité revendiquée la

²⁹ Bruno PALIER, *La réforme des systèmes de santé*, *op. cit.*

³⁰ *Ibid.*, p. 93.

réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, ces agences se donnent pour missions principales : de garantir un meilleur accès aux soins pour toute la population, de chercher une plus grande efficacité de l'offre de santé, ainsi qu'une plus équitable répartition des professionnels de santé sur le territoire³¹. De cette manière, le PRAPS doit être compris comme une émanation du rôle revendiqué par l'État déconcentré dans le domaine sanitaire. Comme nous le mentionnerons plus tard, des formes préalables de ce programme existaient au niveau régional, avant même la création des ARS. Néanmoins, il convient d'emblée de préciser que ces agences donnent au PRAPS un statut encore plus important qu'auparavant.

1.2. L'émergence de la lutte contre l'exclusion

Comprendre le PRAPS implique non seulement de le replacer dans l'histoire des transformations du système de santé, mais aussi dans la séquence au sein de laquelle, depuis les années 1980, des politiques de lutte contre l'exclusion se développent. Celles-ci vont imprégner l'ensemble de la protection sociale. Dans un contexte de crise économique et de forte hausse du chômage, les politiques de lutte contre l'exclusion sont mises en place à la suite de mobilisations d'associations caritatives. La « cause des pauvres »³², portée notamment par ATD Quart Monde, pointe l'inadaptation de la Sécurité sociale à prendre en charge la « nouvelle pauvreté », voire « l'exclusion » – phénomène impulsé également par de hauts fonctionnaires depuis le milieu des années 1970³³. Comme l'explique Serge Paugam, ce phénomène « renvoie à plusieurs évolutions simultanées, en particulier la dégradation du marché de l'emploi avec la multiplication des emplois instables et la forte croissance du chômage de longue durée, mais aussi l'affaiblissement des liens sociaux dont les principaux symptômes sont l'augmentation des ruptures conjugales et le déclin des solidarités de classe et de proximité. »³⁴ On pourrait aussi dire que ce phénomène renvoie aux « métamorphoses de la question sociale »³⁵ que Robert Castel a étudié sur le long terme.

Pour faire face à ces effets de la crise économique apparue à la fin des Trente Glorieuses, l'État met en place des dispositifs d'assistance. Créé en 1988, le Revenu minimum d'insertion (RMI),

³¹ *Ibid.*, p. 108.

³² Frédéric VIGUIER, *La cause des pauvres en France*, Paris, Presses de Sciences Po, 2020.

³³ René LENOIR, *Les exclus: un Français sur dix*, Paris, Éditions du Seuil, 1974.

³⁴ Serge PAUGAM, *La disqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*, 8e éd., Paris, Presses universitaires de France, 2009, p. 3.

³⁵ Sur l'effritement de la société salariale dans l'après Trente Glorieuses et le processus de désaffiliation, voir Robert CASTEL, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995.

devenu en 2008 le Revenu de solidarité active (RSA)³⁶, demeure représentatif de ce type de politique. D'autres dispositifs se voient également érigés en vue de répondre aux problèmes sanitaires touchant les personnes « exclues ». Au cours des décennies 1980 et 1990, par exemple, des cellules précarité apparaissent au sein de l'hôpital public (elles se transforment par la suite en Permanences d'accès aux soins de santé – PASS)³⁷ et des associations humanitaires mettent sur pied leurs propres consultations médicales³⁸. En 1998, la loi de lutte contre les exclusions institutionnalise une prise en charge multidimensionnelle des personnes (emploi, logement, santé, éducation, culture, etc.), visant à assurer leur « accès aux droits », tout en évitant ou en réduisant leur risque de tomber dans l'« exclusion ». En principe, cette loi ne visait pas à créer des droits spécifiques aux pauvres, mais plutôt à « éviter la rupture avec les droits fondamentaux », applicables à tous les citoyens³⁹. Or, comme l'explique Nicolas Duvoux, les mesures qui se mettent en place depuis ces années en direction des populations exclues de droits sociaux – telle la Couverture Médicale Universelle (CMU) apparue en 1999 ou l'Aide Médicale d'État (AME) créée en 2000 –, sont porteuses d'une ambivalence. Tout en offrant « aux plus démunis un accès aux droits fondamentaux », elles les enferment « dans des dispositifs toujours plus spécifiques »⁴⁰.

L'origine du PRAPS se trouve, par conséquent, aussi dans le développement de ces dispositifs ciblant les populations vulnérables et plus précisément celles n'ayant pas de droits. Plus concrètement, dans la continuité de la loi de lutte contre les exclusions de 1998, une mission de santé dédiée aux publics précaires voit le jour au début des années 2000, au sein des institutions chargées de coordonner la santé publique au niveau régional. Il s'agissait plus précisément des Groupements régionaux de la santé publique⁴¹. Par la suite, avec la création des ARS – manifestation de l'étatisation de la santé de base –, ces programmes régionaux perdent leur statut de simple « missions » pour devenir à la place des « départements » à proprement parler. Ils gagnent en ampleur, en devenant un des axes transversaux à toutes les actions de ces agences. Il

³⁶ Nicolas DUVOUX, « Trente ans de RMI », *La Vie des idées*, 27 novembre 2018, URL complète en biblio.

³⁷ Jérémie GEERAERT, « Temporalité et rôle des passeurs. Le transfert et la consolidation des normes du soin de la précarité vers l'hôpital public », *op. cit.*

³⁸ Isabelle PARIZOT, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, *op. cit.*

³⁹ Sophie DION-LOYE, « La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 », *Le Genre humain*, 2002, vol. 38-39, n° 2-3, p. 117.

⁴⁰ Nicolas DUVOUX, *Le nouvel âge de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques*, Paris, Seuil/La République des idées, 2012, p. 34.

⁴¹ Comme le rappelle le *Programme régional d'accès à la prévention et aux soins, 2013-2017* [Rapport], ARS IDF, 2013, URL complète en biblio.

reste toutefois à comprendre comment ce programme a été construit en région francilienne (2) et de quelle manière il fait l'objet d'une gestion de la part de l'ARS d'Île-de-France (3).

2. GENESE ET PARTICULARITES DU PRAPS EN ÎLE-DE-FRANCE

Le PRAPS d'Île-de-France se caractérise principalement par un ciblage particulier du public visé par son action. Les entretiens effectués auprès des responsables des départements « Précarité/PRAPS » et « Santé publique » du siège de l'ARS francilienne, rendent compte de la spécificité de la focalisation populationnelle de ce programme dans leur région. Alors que ce dernier devrait *a priori* favoriser l'accès aux soins et à la prévention de l'ensemble des habitants précaires de la région, il cible dans les faits la « grande pauvreté », voire, selon les mots employés par les interviewés eux-mêmes, la « très grande pauvreté », soit les personnes « sans chez soi » qui sont souvent sans droits. Pour appréhender la manière dont ce ciblage s'est dessiné, il convient d'appréhender la situation particulière du territoire francilien, concentrant sur certains départements et villes de forts taux de pauvreté (2.1), ce qui rend difficile des actions centrées sur la précarité au sens large. L'option d'un ciblage sur les « grands exclus »⁴² – *ciblage implicite* puisque jamais présenté publiquement en tant que tel – donnerait néanmoins de l'opérationnalité au PRAPS au niveau de la région, bien que, comme nous le verrons, la délimitation des populations touchées soit compliquée à opérer (2.2). Le programme se caractérise aussi par une construction « ascendante » (*bottom up*) sur chacun de ses territoires départementaux où l'ARS compte avec des directions départementales. Ce sont donc les dispositifs de lutte contre les exclusions, préexistants sur les territoires, qui façonnent les orientations du PRAPS (2.3).

2.1. De fortes concentrations de pauvreté en territoire francilien

Le ciblage de ce programme en Île-de-France trouve son fondement dans la surreprésentation de la pauvreté dans certains départements, voire certaines villes ou quartiers, franciliens. C'est principalement, mais pas uniquement, dans la petite couronne parisienne que ces concentrations

⁴²Pour une analyse sur le ciblage des politiques publiques sur les « grands exclus » dans le domaine du sans-abrisme (hébergement, logement adapté, etc.), cf. Julien LEVY, *Les « grands exclus » : une catégorie d'exceptions : évolutions du traitement politique des sans-abri chroniques en France depuis les années 1980*, Université Grenoble Alpes, 2021, URL complète en biblio.

se trouvent (Figure 1). Précisons, pour commencer, que les disparités sociales se révèlent davantage marquées dans cette région qu'ailleurs. « À caractéristiques comparables, avance un rapport de l'INSEE de 2013, un ménage francilien encourt un risque de pauvreté en condition de vie supérieur de 40% à celui d'un ménage de province.⁴³ » À ce sujet, le rapport précise que « les inégalités de revenus sont plus marquées en Île-de-France qu'en province. En 2010, les ménages les plus aisés ont des revenus fiscaux par unité de consommation 7,4 fois supérieurs à ceux des ménages modestes alors que ce rapport est de 5,2 en province. »⁴⁴ En ce sens, il convient de spécifier que si « un Francilien sur six est pauvre », de fortes inégalités entre territoires existent au sein même de la région : « le taux de pauvreté [...] varie du simple au triple selon les départements »⁴⁵.

Comme le signalent les statisticiens de l'INSEE et du service d'études de la CAF (la cellule technique de réflexion et d'aide à la décision – CTRAD), il existe une prégnance de la pauvreté « au nord de Paris, particulièrement dans la partie ouest de la Seine-Saint-Denis, dans certaines zones à l'ouest du Val-de-Marne ainsi que dans quelques territoires de grande couronne, comme à Évry dans l'Essonne ou encore Pontoise dans le Val-d'Oise »⁴⁶. Le taux de pauvreté de la Seine-Saint-Denis – situé à 30% environ – fait de ce département, non seulement le plus pauvre de la région, mais aussi le plus pauvre de la France métropolitaine. Si l'on regarde plus dans le détail, les quartiers prioritaires de la politique de la ville se caractérisent par des taux de pauvreté allant jusqu'à 60%. Les chiffres de l'INSEE montrent, en outre, que la pauvreté a fortement augmenté en Île-de-France entre 2008 et 2014 (+ 3,5 points). Cet appauvrissement touche de manière plus forte les communes qui sont déjà les plus désavantagées (+7,1 points en Seine-Saint-Denis).

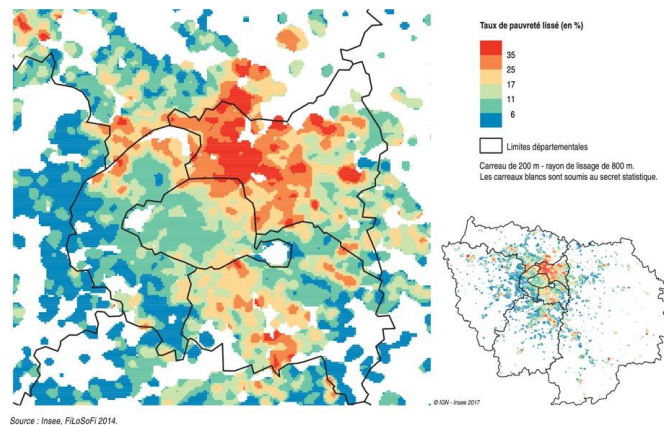
⁴³ Jessica LABRADOR, « Regards sur la pauvreté en Ile-de-France », *INSEE*, 2013, URL complète en biblio.

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ Vinciane BAYARDIN, Julie HERVIANT, Danielle JABOT, Corinne MARTINEZ, Danie CHEMINEAU, Emmanuel GLACHANT et Delphine GUERIN, « En Île-de-France, la pauvreté s'est intensifiée dans les territoires déjà les plus exposés », *Insee Analyses Ile-de-France*, 21 décembre 2017, n° 76.

⁴⁶ *Ibid.*

Figure 1. Une région avec de fortes concentrations de pauvreté en petite couronne⁴⁷



Par ailleurs, les chiffres de l'Atelier parisien d'urbanisme (APUR), organisme menant des enquêtes pour la Préfecture de la région Île-de-France, donnent à voir une forte disproportion dans l'offre d'hébergement et de logement adapté dans le Grand Paris. En particulier, se dessine une surreprésentation de ces structures dans deux secteurs situés en Seine-Saint-Denis : la Plaine Commune et l'Est Ensemble⁴⁸. Le ratio des places par rapport au nombre d'habitants rend compte de ce déséquilibre révélateur de la concentration de populations pauvres (ici des personnes « sans-domicile » au sens des statisticiens de l'INSEE ⁴⁹) dans ce département. Alors que la moyenne représente en Île-de-France 13,9 places pour 1 000 habitants, il y a dans ces secteurs respectivement 29,8 et 21,9 places pour le même nombre d'habitants. De plus, si l'on regarde au niveau des villes, ce sont majoritairement celles de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne qui comptabilisent un plus important nombre de situations dans lesquelles le ratio est le double, voire le triple, de la moyenne régionale. Cette forte concentration de la pauvreté dans certaines villes ou quartiers d'Île-de-France a, par conséquent, conduit au ciblage spécifique de la « grande pauvreté » au sein du PRAPS. Il est apparu incongru aux responsables du PRAPS de l'ARS francilienne de s'adresser de manière générale aux précaires dans des territoires en grande partie peuplés de précaires. Ainsi, ils ont choisi de cibler la fraction la plus pauvre parmi eux : les populations en « grande pauvreté ».

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ *Les dispositifs d'hébergement et de logement adapté dans la Métropole du Grand Paris* [Rapport], APUR, 2018, p. 26.

⁴⁹ Il s'agit des personnes ayant dormi, la veille de l'enquête de l'INSEE, ou dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans un centre d'hébergement de courte ou de longue durée. Cf. Cécile BROUSSE, Jean-Marie FIRDION et Maryse MARPSAT, *Les sans-domicile*, Paris, La Découverte, 2008.

2.2. Un ciblage implicite sur la « grande pauvreté »

L'État social se caractérise, depuis la fin des Trente Glorieuses, par le développement de « publics cibles », de plus en plus spécifiques, dans ses politiques publiques⁵⁰. Dès le moment où la thématique de l'« exclusion » s'impose dans le débat public au cours des années 1980, il devient légitime aux yeux des dirigeants de créer des filières spécifiques pour ces populations éloignées des droits sociaux. La situation particulière de la région Île-de-France, concentrant comme nous l'avons vu sur quelques départements de forts taux de pauvreté, provoque une réorientation des objectifs du PRAPS en territoire francilien. Face au caractère massif de la pauvreté, ce programme se focalise sur les populations vues comme le plus exclues. Celles pour lesquelles, en raison de leur éloignement des droits sociaux, se mettent en place, au fil du temps, des dispositifs dits « d'aller-vers »⁵¹.

La responsable actuelle du département Précarité/PRAPS de l'ARS d'Île-de-France, Isabelle Chabin-Gibert, médecin formée à la santé publique au début de la décennie 1990, ayant travaillé dans ce domaine pour la ville de Saint-Denis pendant une vingtaine d'années et arrivée à son poste au siège de l'agence en 2011⁵², nous raconte l'élaboration particulière de ce ciblage du PRAPS en région francilienne :

« Le PRAPS est quelque chose qui a été créé dans les années 1990. 1998, pardon, au moment de la loi de lutte contre les exclusions, au même titre que les PASS [Permanences d'accès aux soins de santé]. Ça a été conçu au moment où il y avait les DDASS [directions départementales des affaires sanitaires et sociales], les DRASS [directions régionales des affaires sanitaires et sociales]. C'était conçu comme quelque chose de...autour de la pauvreté en général. Là, en Île-de-France, d'emblée il a fallu cerner ce qu'on appelle la grande, la très grande pauvreté. Grosso modo, les personnes sans chez soi. Tout simplement parce que sinon, si on cernait la pauvreté, on était sur les ¾ de la population du 93. Et ça n'avait aucun sens. C'est l'objet même du Projet régional de santé [PRS] dans la lutte contre les inégalités

⁵⁰ Lorenzo BARRAULT-STELLA et Pierre-Édouard WEILL, « The Making of Target Publics for Welfare Policies. From Targeting Practices to Resistances of Governed People », in Lorenzo BARRAULT-STELLA et Pierre-Édouard WEILL (dir.), *Creating Target Publics for Welfare Policies. A Comparative and Multi-level Approach*, Berlin/New York, Springer International Publishing, 2018, pp. 1-24.

⁵¹ Sur la construction du problème public de la « grande exclusion », en l'occurrence des personnes perçues comme « désocialisées », menant à la constitution d'équipes mobiles ou maraudes par le Samu social de Paris au début des années 1990, cf. Daniel CEFAÏ et Edouard GARDELLA, *L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samu social de Paris*, Paris, La Découverte, 2011.

⁵² Éléments obtenus via les informations publiques d'Isabelle Chabin-Gibert sur son compte *LinkedIn*.

sociales et territoriales de santé. Donc, en Île-de-France, c'est la très grande pauvreté. »⁵³

Pour le directeur de la Santé publique du siège de l'ARS d'Île-de-France, Luc Ginot – médecin spécialisé en santé publique, arrivé à son poste actuel en 2019, après avoir occupé d'autres responsabilités au sein de l'agence depuis 2011 dans le même domaine⁵⁴ –, il s'agissait lors de la conception du PRAPS de séparer deux publics qui ne relèvent pas, d'après lui, des mêmes logiques d'action. C'est une logique dualiste⁵⁵, séparant assurance et assistance⁵⁶, que l'interviewé met en avant. D'après lui, pour les publics précaires, l'enjeu consisterait tout simplement à bien faire fonctionner le système de santé, alors que pour les individus en « grande pauvreté », il conviendrait de mettre en place des dispositifs dits de passerelle, afin de faire accéder les intéressés au « droit commun ». Cette idée de « passerelle » revient souvent dans les descriptions données par les professionnels des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dispositifs tant hospitaliers qu'ambulatoires sur lesquels nous allons nous attarder dans les prochains chapitres. Voici la justification du ciblage du PRAPS donnée par Luc Ginot :

« Je trouve qu'en France, on paye assez fort la confusion entre grande exclusion et inégalités sociales, ou précarité, grande précarité et inégalités sociales. [...]. Chez nous [à l'ARS IDF], on a souhaité que le PRAPS soit vraiment focalisé sur ce qui est vraiment le cœur du projet, c'est-à-dire les dispositifs passerelle en direction des personnes qui sont en situation d'écart important par rapport soit à la prévention ou généralement au niveau social. Donc, ça, ça veut dire qu'on a eu un PRAPS qui a explicitement souhaité ne pas aborder des questions des jeunes en difficulté, la politique de la ville, les foyers de travailleurs migrants, qui pour nous relevaient du champ global de l'intégration de l'agence. [...] La question de la caissière de supermarché à temps partiel – pour reprendre une image que j'emploie tout le temps –, ça ne nécessite pas une passerelle, ça nécessite juste que le système de soins s'occupe de la caissière de supermarché à temps partiel autant que du prof ou du cadre supérieur. Voilà. »⁵⁷

⁵³ Entretien avec Isabelle Chabin-Gibert, responsable PRAPS à l'ARS IDF, le 30/09/2020.

⁵⁴ Éléments obtenus via les informations publiques de Luc Ginot sur son compte *LinkedIn*.

⁵⁵ Selon Bruno Palier, « les réformes des années 1980 [de la Sécurité sociale] ont favorisé une dualisation de la société, entre ceux qui ont acquis des droits complets à une protection sociale généreuse, et ceux qui, trop éloignés du marché du travail, doivent se contenter des minima sociaux et des programmes d'aide sociale. » Cf. Bruno PALIER, *Gouverner la sécurité sociale: les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses universitaires de France, 2005, p. 307.

⁵⁶ Didier RENARD, « Assistance et assurance dans la constitution du système de protection sociale française », *Genèses*, 1995, vol. 18, n° 1, pp. 30-46.

⁵⁷ Entretien avec Luc Ginot, directeur de la santé publique à l'ARS IDF, le 10/11/2020.

La focalisation sur les populations en « grande pauvreté », « grande exclusion » ou « grande précarité » – termes utilisés de manière interchangeable par nos interlocuteurs – dans le cadre du PRAPS, est certainement l’aboutissement d’une réflexion menée au sein de l’ARS d’Île-de-France, voire des institutions qui la précédaient sur ces questions (DDASS ⁵⁸, DRASS ⁵⁹, Groupement régional de la santé publique). Il nous semble que ce ciblage peut être caractérisé comme un *ciblage implicite* puisqu’il n’est pas présenté, voire assumé, comme tel dans la communication publique de cette agence déconcentrée de l’État. Nous faisons l’hypothèse que le caractère implicite de ce recentrage sur la « grande pauvreté » vise à éviter les remous que cela pourrait causer, notamment auprès de leurs partenaires associatifs et de manière générale de la part des citoyens. Ces derniers pourraient émettre de réserves par rapport à la focalisation sur les plus exclus. Cela pourrait faire penser, d’une certaine manière, à la contestation vis-à-vis de la mise en place du RMI (Revenu minimum d’insertion) qu’avait exprimé une partie de la gauche au début des années 1980. D’après elle, cela marquerait une acceptation du chômage de masse et un abandon à des réformes plus ambitieuses des structures économiques. Finalement, le RMI a été adopté presque à l’unanimité et perçu – du moins au départ – comme une « dette sociale de la Nation envers les citoyens les plus défavorisés » ⁶⁰. Le fait de mettre en place, au cours des décennies 2000-2010 des mesures d’assistance pour la « grande pauvreté », via le PRAPS, rejoue ce même type d’ambivalences au sein des partenaires de l’ARS IDF.

Si le principe du ciblage sur la « grande pauvreté », même implicite, semble clair pour les décideurs publics et les responsables associatifs partenaires de l’agence, il apparaît néanmoins que celui-ci reste difficile à mettre en œuvre. Aussi, il transparaît des échanges avec les responsables de l’ARS interviewés une certaine difficulté à délimiter précisément les frontières des publics visés. En cela, la question de l’opérationnalisation du PRAPS peut être questionnée. Probablement, il résulte que le continuum des situations de pauvreté, parfois entre des populations très proches, habitant par exemple les mêmes espaces (des centres d’hébergement d’urgence ou des foyers de travailleurs migrants, par exemple), empêche l’application d’un ciblage très précis sur le terrain. Les actions rentrant dans le cadre du PRAPS brassent des populations allant au-delà de l’idée initiale des concepteurs du programme. Isabelle Chabin-Gibert, responsable du programme au niveau du siège de l’ARS d’Île-de-France, expose ainsi les frontières poreuses des populations touchées,

⁵⁸ Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

⁵⁹ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

⁶⁰ Sur cette histoire voir Nicolas DUVOUX, « Trente ans de RMI », *op. cit.*

porosité qui explique que le contour des « ressortissants »⁶¹ de l'action publique s'élargisse au-delà du public cible.

« Cette personne très pauvre qui est prise en charge dans une structure d'hébergement d'urgence, qui a déjà un médecin traitant, qui a déjà des droits ouverts à la sécu, on n'est plus sur du PRAPS. On est plutôt sur du PRS en général, lutte contre les inégalités. [...] Mais voilà, ça reste flou. Ce n'est pas dans les écrits, ce n'est pas présenté comme ça. C'est beaucoup plus large parce qu'évidemment le PRAPS, historiquement, on brassait quelque chose de beaucoup plus large. Et c'est vrai qu'on intervient sur un... quand on fait un travail d'éducation à la santé dans un centre d'hébergement d'urgence, on atteint à la fois les gens qui sont sans couverture maladie [CMU] et les gens qui ont déjà une couverture maladie. Il n'y a pas une sectorisation aussi claire que ça des publics. »⁶²

Comme nous le verrons plus tard, l'enquête que nous avons menée auprès des PASS franciliennes montre que les professionnels en première ligne (médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux, etc.) font face à ces difficultés de délimitation de leurs patients⁶³. On constatera, lorsque nous aborderons pleinement leur action dans les prochains chapitres, qu'il y a tout un enjeu autour de leurs publics-cibles. Normalement, une fois que les personnes obtiennent leurs droits à la sécurité sociale, il est préconisé que celles-ci soient orientées le plus possible vers la médecine de ville ou d'autres dispositifs de « droit commun ». Même s'il n'y a pas d'interdiction formelle pour que ces patients ayant des droits continuent à venir consulter lors des permanences⁶⁴, ils ne constituent plus le public visé par la PASS. Ils passent de l'autre côté, celui du « droit commun ». Or, pour différentes raisons sur lesquelles nous reviendrons (par exemple : des difficultés pour les intéressés à trouver des médecins généralistes en ville, des difficultés liées à la barrière de la langue qu'ils éprouvent, leur attachement à l'équipe du dispositif qui les a accueillis, leur perte régulière des droits sociaux

⁶¹ Julien LEVY et Philippe WARIN, « Ressortissants », in Laurie BOUSSAGUET, Sophie JACQUOT et Pauline RAVINET (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2019, pp. 555-561.

⁶² Entretien avec Isabelle Chabin-Gibert, responsable PRAPS à l'ARS IDF, le 30/09/2020.

⁶³ Le Chapitre 5 aborde ce sujet de manière frontale.

⁶⁴ La circulaire PASS de 2013 signale que le fait d'avoir ou d'avoir retrouvé des droits ne représente pas un critère d'exclusion du suivi en PASS. En effet, un patient n'en est pas uniquement un « en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude », mais aussi « pour d'autres raisons d'ordre social : patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins ». Toutefois, en vue de pouvoir accueillir de nouveaux patients et pour ne pas déroger à la vocation initiale des permanences en tant que dispositifs « passerelle », ce texte préconise que les patients disposant de droits sociaux ouverts soient orientés vers d'autres dispositifs de « droit commun ». La circulaire signale que la « PASS permet à tout patient d'être accompagné dans son parcours [...] afin d'accéder à l'offre de soins de droit commun et de bénéficier d'une continuité de soins conforme à ses besoins ; il est orienté à l'issue de sa prise en charge à la permanence. » Voir, <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37144>

demandant des démarches de renouvellement, etc.), il y a des ajustements qui se mettent en place entre les catégories de publics cibles et les situations changeantes des populations qui viennent en consultation.

Dans tous les cas, face aux contours flous des publics touchés par le PRAPS, la position des responsables de l'ARS de l'Île-de-France ne se traduit pas par une recherche de clarification des cibles, par types de populations, par exemple. Leur objectif ne consiste donc pas à définir à l'avance des bénéficiaires classifiables mais plutôt des dispositifs « passerelle » (les PASS en sont exemplaires et souvent citées par les décideurs de l'agence), pouvant servir à l'ensemble des personnes en situation de « grande pauvreté ».

Il convient néanmoins de préciser que cette catégorie floue pour les responsables de l'ARS IDF l'est aussi pour d'autres acteurs impliqués dans la compréhension et le traitement du phénomène. Cette catégorie a fait l'objet d'efforts de clarification, par exemple, du côté de la statistique publique. Ainsi, les statisticiens de l'INSEE ont tenté d'établir ses contours dans étude récente : « Pour les personnes vivant en logement ordinaire, la grande pauvreté est définie comme la combinaison de faibles revenus et de privations matérielles et sociales sévères. Leur niveau de vie médian est équivalent à 43% de celui du reste de la population. [...] En France hors Mayotte, en 2018, 1,6 millions de personnes vivant en logement ordinaire sont en situation de grande pauvreté selon l'approche retenue ici. [...] Par ailleurs, du fait de la privation de domicile personnel, toutes les personnes sans domicile peuvent être considérées en situation de grande pauvreté. »⁶⁵ Bien qu'il y ait, d'après les chiffres de 2012 (Enquête SD), 143 000 sans domicile en France, ici sont seulement comptés 77 000 (le reste, étant logée par des associations, est susceptible d'avoir été comptabilisé dans les 1,6 millions de personnes habitant logement ordinaire). À ces catégories de population, l'INSEE ajoutait celle des personnes habitant en habitation mobile, ainsi qu'en situation de privation matérielle et sociale sévère (76 000 personnes). On peut néanmoins constater la difficulté de l'estimation lorsque les statisticiens signalent également les « personnes susceptibles d'être en grande pauvreté » (personnes qui se trouvent au sein de cités universitaires, foyer de jeunes travailleurs, des EHPAD, etc.) et « autres personnes pour lesquelles les données manquent » (prisonniers, communautés religieuses).

⁶⁵ Julien BLASCO et Sébastien PICARD, « Environ 2 millions de personnes en situation de grande pauvreté en France en 2018 », *Revenus et patrimoine des ménages*, 2021, URL complète en biblio.

La responsable du département Précarité/PRAPS du siège de l'ARS, Isabelle Chabin-Gibert, explicite le positionnement de l'agence francilienne vis-à-vis de la catégorie de « grande pauvreté », conçue de manière élargie malgré le fait qu'elle est en soi plus restrictive que celle de « pauvreté ».

« [On] ne distingue pas dans le PRAPS différentes catégories de publics, au sens : les prostituées d'un côté, les toxicos de l'autre, les je ne sais pas quoi, je ne sais pas quoi, troisièmement les migrants, les migrants isolés à la rue, les campements, les campements regroupés, sauvages, les bidonvilles. On préfère avoir une réflexion qui s'adresse à un ensemble de publics très démunis, c'est-à-dire plutôt de l'accompagnement, du "aller-vers", [voir] plus tôt possible [...] la difficulté de l'ouverture des droits, donc se préoccuper quelque soient les acteurs de proximité, savoir si des gens ont des droits ou pas, etc. La couverture maladie... [...]. On voit bien l'importance de différencier les publics dans le cadre des politiques publiques où on a dans un cas de prostitution, des financements particuliers, des outils particuliers à mobiliser. Mais là, nous on a voulu quelque chose qui soit, qui s'adresse à l'ensemble des publics en situation de grande précarité. »⁶⁶

On remarque, par conséquent, que si le ciblage cherche à se focaliser sur les « plus pauvres » parmi les pauvres, il reste large dans ses contours. Il ne se donne pas pour mission de définir des sous-ensembles (« les migrants », « les prostituées », « les toxicomanes », les habitants de « bidonvilles », de « campements », etc.).

2.3. La construction *bottom-up* du PRAPS en Île-de-France

Une de nos remarques préalables sur les partenaires associatifs de l'ARS révèle le rôle de premier plan que jouent ces derniers. Ceux-ci gèrent, dans chaque département de la région, les dispositifs labellisés PRAPS. La genèse même de ce programme, si elle trouve sa justification dans les caractéristiques sociales de la population de l'Île-de-France, tout du moins d'après les membres de l'agence, se caractérise par son ancrage dans le tissu existant de dispositifs (publics et associatifs) travaillant auprès des personnes en « grande pauvreté ». Comme l'explique Isabelle Chabin-Gibert, à la différence d'autres politiques, ce programme ne dispose pas de ressources qui lui sont propres. En entretien, elle signale à plusieurs reprises cette particularité : « Le PRAPS ce n'est pas un programme avec des moyens spécifiques, avec une équipe qui s'en occupe spécifiquement, comme on pourrait l'avoir pour, je ne sais pas, pour un programme "sans tabac" ou ne sais pas quoi »⁶⁷. L'objectif du PRAPS consisterait plutôt à « essayer de fédérer » différentes

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ *Ibid.*

initiatives sur le territoire francilien qui s'adressent aux publics en « grande précarité ». Pour le dire autrement, tout en reprenant les formules de la responsable du département Précarité/PRAPS, « on n'est pas [ici] sur un travail *a priori* », mais « dans un travail *a posteriori* »⁶⁸.

En ce sens, le programme construit par les responsables du siège de l'ARS d'Île-de-France peut être conçu comme une politique de type *bottom-up* ou ascendante. Elle se différencie ainsi des formalisations de types *top-down* ou descendantes de certaines politiques publiques. Si les expressions « *bottom-up* » et « *top-down* » peuvent être utilisées par les chercheurs pour décrire leurs approches (par exemple, les études dites « par le bas » pour parler des ethnographies de l'action publique)⁶⁹, elles sont également utilisées par les acteurs de terrain eux-mêmes pour décrire leurs actions. On pense, par exemple, aux Ateliers Santé Ville qui, tout comme d'autres dispositifs de la politique de la ville, se réclament d'une « démarche ascendante ». Ce dispositif fait émerger (ici aussi par les acteurs associatifs agissant auprès des habitants des quartiers populaires) les thématiques de santé à promouvoir auprès des populations de leurs territoires d'action, à savoir les quartiers prioritaires de la politique de la ville⁷⁰.

La description donnée par Isabelle Chabin-Gibert à propos de la construction du premier, puis du deuxième PRAPS, rend compte de l'élaboration d'un programme ancré sur diverses initiatives existantes dans les départements franciliens en direction des populations les plus éloignées du droit commun en matière de santé. En ce sens, chaque direction départementale (DD) de l'ARS d'Île-de-France fait émerger une politique différente en fonction des thématiques promues par les institutions et/ou acteurs de son territoire. La construction du PRAPS n°2 en 2018 s'appuie ainsi sur l'évaluation de ce que les représentants de l'agence dans chaque département de la région francilienne ont labellisé comme relevant du PRAPS n°1. Cet extrait d'entretien montre la dimension fortement inductive qui entoure les genèses du programme dans ses différentes versions :

« On reprend tout ce qui s'est fait à droite, à gauche, et ça [...] mis en superposition, finit par donner du relief et par donner un vrai programme en tant que tel. [On] est plutôt sur une image de la mosaïque, c'est-à-dire que dans tel territoire, [...] les choses avancent plutôt sur l'éducation à la santé, sur l'éducation thérapeutique, d'autres c'est plus sur des dispositifs d'aller-vers, des maraudes, d'autres ce sera

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALES, *Sociologie de l'action publique*, *op. cit.*, p. 27.

⁷⁰ Mauricio ARANDA et Juliette FROGER-LEFEBVRE, « Bricoler avec les cartes de la santé. Injonctions contradictoires et ajustements chez les coordinatrices Atelier Santé Ville en Île-de-France », in Thomas AGUILERA, Francesca ARTIOLI, Lorenzo BARRAULT-STELLA, Emmanuelle HELLIER et Romain PASQUIER (dir.), *Les cartes de l'action publique. Réformes, légitimations, conflits*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2021.

plutôt sur des dispositifs d'accueil en médico-social, d'autres ce sera encore sur autre chose [...]. On est plutôt sur cette image de mosaïque [...]. Donc c'est pour ça que ce premier programme était cette masse d'idées. [Pour] l'évaluation du [premier] PRAPS [qui a conduit à la construction du deuxième], on a essayé de reprendre un peu tous les dossiers sur lesquels on avait travaillé pendant 5 ans, au sein directement de la cellule grande précarité. On a essayé d'interroger les DD [directions départementales] et les autres directions métiers sur ce qu'ils avaient fait pendant 5 ans reprenant un peu le plan du premier PRAPS. Je me suis basé sur le plan [...] et j'ai essayé de remplir case par case, ce qu'avaient fait les uns et les autres, en laissant la place à quelques focales de travaux qu'on avait plus particulièrement développés. »⁷¹

La construction du périmètre d'action du PRAPS se fait aussi en fonction des activités prises en charge par les autres départements ou cellules des directions de l'ARS. En ce sens, il apparaît que des types de dispositifs ou de publics cibles peuvent faire l'objet de disputes juridictionnelles entre différents responsables au sein de l'agence. Luc Ginot, directeur de la Santé publique, considère que la gestion de deux questions relevant de ce programme n'a pourtant pas été attribuée à l'équipe du département PRAPS : la santé des migrants et la santé des prisonniers. Il regrette que le pilotage de ces thématiques auxquelles les dispositifs PRAPS ont affaire quotidiennement soit revenu à d'autres directions de l'agence, au lieu de celle de la santé publique qui intègre le programme de prévention et d'accès aux soins (PRAPS)⁷². Sa remarque montre que les possibilités d'action de ce dernier doivent être replacées dans l'architecture globale de l'ARS. On sait que ce qui est en jeu pour ce type d'acteurs administratifs consiste à « transformer le monopole de juridiction d'une institution sur un domaine ou un secteur d'action publique et d'accroître ou de diminuer ses prérogatives au détriment des institutions concurrentes »⁷³. La question qui mérite d'être posée : quelle place occupe le département du PRAPS au sein de l'agence ? Il faut tenir compte que ce programme fait partie de la direction de la santé publique, lui-même coexistant à côté d'autres directions, à l'image de la direction de l'allocation des ressources et du pilotage, la direction de la veille et sécurité sanitaire, la direction de l'innovation de la recherche et de la transformation numérique, la direction de l'autonomie, direction de l'offre de soins, etc.)⁷⁴

⁷¹ Entretien avec Isabelle Chabin-Gibert, responsable PRAPS à l'ARS IDF, le 30/09/2020.

⁷² La santé de migrants ne faisait pas l'objet d'un traitement par l'équipe PRAPS jusqu'en 2020.

⁷³ Philippe BEZES et Patrick LE LIDEC, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », in Jacques LAGROYE et Michel OFFERLE (dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2011, p. 70.

⁷⁴ Organigramme de l'ARS IDF, actualisé au mois d'août 2021. Cf. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/organisation-et-contacts> (Consulté le 14/09/2021)

« On a eu le développement, sous l'effet de la réalité [...], de trois gros secteurs en fait, qui devraient logiquement être pilotés par le département du PRAPS, qui relèvent de la logique du PRAPS, mais qui ne sont pas pilotés par le département du PRAPS. Ce qui veut dire qu'on a aussi une question de décalage entre l'architecture institutionnelle et les missions prioritaires. Les trois missions dont je parle sont : 1. La question de santé des migrants. [...] [2] Le deuxième champ est celui des détenus. [...] [3] Le troisième grand champ c'est sur la grande précarité [...]. Ces trois politiques spécifiques sont des politiques qui sont très emblématiques et qui sont sur l'axe de PRAPS, mais qui ne sont pas pilotés par le secteur PRAPS, par le département du PRAPS. Du coup, ça fait une espèce de complexité à voir qu'est-ce qui avance, qu'est-ce qui n'avance pas. »⁷⁵

Par conséquent, le PRAPS se caractérise par plusieurs éléments en Île-de-France. Tout d'abord, son action visant les populations précaires a fait l'objet d'un recadrage en raison de la forte concentration de la pauvreté dans certains départements, villes et quartiers de la région. Ainsi, un ciblage sur les « grands exclus » a été mis en place en vue de rendre opérationnel le programme. Or ce ciblage est implicite dans le sens où il n'a pas été assumé publiquement comme tel. Par ailleurs, cette catégorie, bien qu'elle soit plus restrictive que celle de « pauvreté » ou « précarité », reste délibérément floue afin de pouvoir l'appliquer à différentes situations sociales (prostituées, sans-papiers, sans-abri, habitants de bidonvilles, etc.). Enfin, le PRAPS est une construction de type *top-down* ou ascendante, à savoir issu des initiatives des acteurs de terrain. Cette particularité devient essentielle lorsqu'il s'agit d'interroger la gouvernance du programme par l'ARS IDF. En effet, si l'agence a construit celui-ci à partir des dispositifs préexistants dans les différents départements (maraudes, PASS, éducation thérapeutique, etc.), elle ne se limite pas à une simple agrégation d'actions disparates. On verra qu'elle essaye de plus en plus de les piloter.

3. L'ENJEU POUR L'ARS IDF DE LA GOUVERNANCE DU PRAPS

La gouvernance du programme constitue un défi pour les responsables de l'agence. La montée en puissance du PRAPS en son sein – de simple mission à département à part entière – semble avoir poussé ses gestionnaires à effectuer à son égard un encadrement plus poussé. Le passage du programme n°1 (2013-2017) au n°2 (2018-2022) a donné l'occasion aux décideurs de l'ARS de se lancer dans une clarification des objectifs à poursuivre dans le cadre de ses dispositifs à l'égard des « plus exclus » (3.1). Si l'on regarde de plus près, il est possible de percevoir que

⁷⁵ Entretien avec Luc Ginot, directeur de la santé publique à l'ARS IDF, le 10/11/2020.

l'agence change de rôle : elle passe du soutien au pilotage. Les situations de crise, tels les démantèlements de campements de migrants ou les effets de la pandémie sur les populations en « grande pauvreté », ont légitimé aux yeux de leurs partenaires le rôle de promoteur d'actions des responsables de l'ARS (3.2). En focalisant notre attention sur la gestion de l'hébergement des « sans-domicile » en Île-de-France en temps de Covid-19, on constate que se dessine une proactivité de l'agence déconcentrée de l'État. Elle travaille de concert avec d'autres acteurs institutionnels (Préfecture, Direction régionale et interdépartementale de l'Hébergement et du Logement – DHRIL, etc.) à la fabrication de l'action publique. Celle-ci étant déléguée aux partenaires associatifs sur le terrain (3.3).

3.1. Du PRS n°1 au n°2 : clarifier les objectifs

Comme nous l'avons mentionné, le PRAPS vise à fédérer les diverses actions dédiées aux personnes en « grande pauvreté » dans les départements de l'Île-de-France. Le programme fait émerger ses orientations à partir des actions existantes. Plus qu'une imposition de thématiques précises ou de types de dispositifs spéciaux, ce dernier est conçu comme une feuille de route, un référentiel, une manière de faire converger des initiatives au sein de l'ARS. Isabelle Chabin-Gibert, la responsable du PRAPS auprès du siège de l'agence francilienne, pointe cette volonté d'assurer « une lecture commune et une transversalité qui se construisent pour gagner en efficacité »⁷⁶. Or autant elle que son collègue de la Santé publique, Luc Ginot, mettent en avant le désir d'instaurer une action davantage « programmatique » dans le cadre du deuxième PRAPS. La responsable du département Précarité/PRAPS indique ainsi la volonté de dessiner « des objectifs beaucoup plus opérationnels », tout comme un programme « plus facile à évaluer »⁷⁷. Pour Luc Ginot, directeur de la Santé publique, « on est passé d'un PRAPS n°1 qui était quand même, très, très théorique au sens le plus noble du terme, c'est-à-dire, c'était vraiment un cadrage, à un PRAPS n°2 où on s'est dit en gros les axes d'attaque c'est plutôt... »⁷⁸. On assiste là à un processus d'institutionnalisation du programme où de nouvelles règles viennent intégrer les pratiques existantes⁷⁹.

Des dispositifs particuliers montrant le pilotage croissant de l'ARS sur le PRAPS ont vu le jour ces dernières années. Si des PASS hospitalières existent depuis deux décennies au niveau national,

⁷⁶ Entretien avec Isabelle Chabin-Gibert, responsable PRAPS à l'ARS IDF, le 30/09/2020.

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Entretien avec Luc Ginot, directeur de la santé publique à l'ARS IDF, le 10/11/2020.

⁷⁹ Jacques LAGROYE et Michel OFFERLE (dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2011.

elles ont fait l'objet d'un travail de répertoire en région francilienne par l'ARS IDF en 2015⁸⁰. Cette tâche d'organisation a été réalisée plus particulièrement par une coordinatrice dédiée uniquement à ce dispositif : Barbara Bertini. De même, une expérimentation a été lancée dès 2013 afin de favoriser l'accès des plus « exclus » aux soins primaires de ville et d'éviter par conséquent des discriminations en raison du manque de ressources et/ou de droits ouverts. On peut faire l'hypothèse que l'expérimentation des PASS ambulatoires s'inscrit aussi dans une volonté de désengorgement des hôpitaux et notamment des urgences hospitalières. En effet, ces dispositifs ambulatoires ont vu le jour dans des organisations de soins primaires de ville, à savoir quelques centres municipaux de santé et réseaux de santé associatifs de la région. Celles-ci sont issues de diverses origines (militantisme médical, politique municipale) et dotées de ressources budgétaires et humaines inégales. De plus, elles se différencient par au moins deux aspects d'autres structures de médecine de ville telles les maisons de santé pluri-professionnelles regroupant des libéraux⁸¹. D'une part, les centres et réseaux de santé se distinguent de ces dernières par leur caractère respectivement communal et associatif, d'autre part, par le recours à la salarisation ou encore parfois au bénévolat en ce qui concerne les réseaux associatifs. 10 permanences ambulatoires existent en 2017, elles se comptent au nombre de 18 en 2022.

Enfin, les missions d'interprétariat et de traduction en direction des populations migrantes, faisant largement partie de la patientèle des dispositifs labellisés par le programme (on pense notamment aux PASS), apparaissent comme le fruit du travail réalisé dans le cadre du PRAPS. Ces deux missions sont actuellement présentées par ses responsables comme les plus importantes au sein de l'ARS. En somme, l'ensemble de ces chantiers relève de la volonté des responsables de l'agence de développer, ainsi que d'organiser, leur programme. Cela mène à un glissement de leur rôle : de simple acteur fédérateur d'initiatives existantes, l'ARS en vient à s'occuper de l'organisation et de la promotion d'actions de santé dans le cadre du PRAPS.

« [Le] département qui gère le PRAPS a aussi la fonction de gérer des actions et pas uniquement des pilotages politiques. Donc, il y a un certain nombre d'actions, je parle souvent de l'extension des PASS ambulatoires qui était un des gros, gros, succès [...]. On parle de PASS hospitalières, mais les PASS hospitalières il y a quatre ans, c'était quand même, non pas n'importe quoi mais enfin c'était quand même un

⁸⁰ On revient sur les PASS dans le chapitre 2 où son développement à l'hôpital et en ambulatoire fera l'objet d'une description détaillée et d'analyses.

⁸¹ François-Xavier SCHWEYER et Nadège VEZINAT, « Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2019, vol. 1, n° 1, pp. 3-10, doi:10.3917/jges.191.0003.

grand flou. Il y a eu une mise en ordre des PASS hospitalières qui est quand même sans... Il n'y a pas aujourd'hui de dispositif hospitalier qui ne soit aussi homogènement suivi, piloté, évalué, etc. Donc, ça c'est très emblématique. La question qu'on a eue, effectivement, ce sur quoi on est en train d'avancer c'est la question de la traduction et celle de la migration. Ce sont les deux sujets importants pour nous. »⁸²

On constate ainsi qu'entre le PRS n°1 et le PRS n°2, le rôle de l'ARS IDF vis-à-vis de son PRAPS se transforme. Les évaluations, les rapports d'activité, la mise en place de référents pour ses dispositifs, etc., participent à un changement de son rôle. L'agence ne se limite plus au soutien d'initiatives existantes regroupées au sein du programme, mais effectue également un pilotage de celles-ci. Ce rôle s'affirme en temps de crises.

3.2. Du soutien au pilotage en temps de crises

Au départ, le rôle de l'ARS dans le cadre du PRAPS consistait souvent à accompagner les dispositifs et les acteurs de terrain. Les situations de crise – à l'image du démantèlement du camp de migrants de La Chapelle en 2018 ou de la pandémie du Covid-19, au cours de l'année 2020 en particulier – ont en quelque sorte transformé, selon les responsables de cette agence déconcentrée de l'État, leur action. Luc Ginot, directeur de la santé publique, décrit la manière par laquelle ces situations critiques, l'une après l'autre, ont produit du changement dans le positionnement de l'ARS IDF vis-à-vis de ses partenaires. Alors que sa posture se caractérise par le « soutien » apporté aux partenaires associatifs, l'agence se voit chargée d'une légitimité dans les contextes de crise, notamment par les demandes venant du terrain, lui imposant un rôle proactif. Le directeur de l'association Aurore, partenaire de l'agence, nous indiquait en entretien à propos de la gestion de l'hébergement en temps de crise sanitaire : « L'ARS a été très proactive, je pense, sur le sujet, et je pense que ça trace des perspectives pour la suite. »⁸³ Dans ces situations spécifiques, les associations deviennent en quelque sorte des « vectrices des politiques publiques »⁸⁴ de l'ARS. À écouter notre interlocuteur de la santé publique, l'agence d'Île-de-France ne s'occupe plus tant de la coordination de l'action publique, mais de sa fabrication. Les initiatives des responsables du siège

⁸² Entretien avec Luc Ginot, directeur de la santé publique à l'ARS IDF, le 10/11/2020.

⁸³ Entretien avec Florian Guyot, directeur d'Aurore, le 14/12/2020.

⁸⁴ Comme dans d'autres secteurs de l'action sociale où les institutions publiques enrôlent les associations caritatives, cf. Jean-Noël RETIERE et Jean-Pierre LE CROM, *Une solidarité en miettes: socio-histoire de l'aide alimentaire des années 1930 à nos jours*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2018, p. 274.

francilien de l'agence auraient été suivies, par ailleurs, au niveau national, à savoir par les autres agences régionales, mais aussi par le ministère de rattachement.

« [Sur] le PRAPS lui-même, pour moi la grosse inflexion – qui était en préfiguration avec la politique qu'on a eue sur les migrants. La politique sur les migrants, on est passé d'une politique qui était en particulier sur l'évacuation, les bilans de santé, tout ce qui été mis en place autour de la Bulle [de Porte de la Chapelle], etc. Une politique qui était une politique, on va dire, de soutien aux intervenants, à une politique qui se voulait directe d'intervention et de régulation. [...] L'idée étant de quitter le volontarisme de soutien aux associations, à une action très programmée de l'agence, même si l'agence mobilise énormément d'associations. Donc un certain nombre de questions qu'on se posait, avant la COVID. [...] Lorsque la COVID est arrivée [...] on nous a demandé de prendre le leadership et de dire ce qu'il fallait faire. Du coup, on s'est retrouvé à devoir mettre en place des choses. Et donc on a pu improviser : les équipes mobiles, les centres de COVID, les centres d'hébergement avec les personnes avec COVID les plus précaires. Le niveau national nous a suivis très, très, clairement. [...] On a acquis et développé notre capacité de faire et de faire au sens de fabriquer. Fabriquer une équipe mobile c'est trouver une bagnole, mettre de l'essence dedans, aller chercher des stéthoscopes à la pharmacie d'à côté, parce qu'on n'avait pas trouvé de volontaires. »⁸⁵

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a néanmoins également eu un effet sur le ciblage initial du PRAPS. Depuis son poste de directeur de la santé publique du siège de l'ARS d'Île-de-France, Luc Ginot observe que la pandémie a fait basculer des populations populaires, jusqu'alors plutôt stables, dans la pauvreté monétaire et de conditions de vie. Cela rejoint les différents travaux de recherche qui ont pu être menés sur la question à ce jour. Tant quantitatifs que qualitatifs, ces derniers montrent que la pandémie s'est traduite par un creusement encore plus important des inégalités sociales en France, tout comme par une forte précarisation des fractions des classes populaires qui se maintenaient, bon an mal an, « sur le fil »⁸⁶. Luc Ginot considère que tous ces publics précaires qui ne relèvent pas, en ce sens, du PRAPS, puisque n'étant pas en « grande pauvreté », pourraient basculer dans les dispositifs du programme.

« Mon point de vue c'est que l'avant et l'après du secteur sur lequel l'impact structurel du COVID sera plus net, c'est la santé des plus précaires. En tout cas, très, très, très clairement. Là, on est passé dans tout autre chose de ce qu'on avait avant. Y compris dans mon regard à moi, dans ma capacité à moi. [...] [À propos de

⁸⁵ Entretien avec Luc Ginot, directeur de la santé publique à l'ARS IDF, le 10/11/2020.

⁸⁶ Nicolas DUVOUX et Michelle LELIEVRE (dir.), *La pauvreté démultipliée. Dimensions, processus et réponses [Rapport]*, CNLE, 2021 Anne LAMBERT et Joanie CAYOUILLE-REMBLIÈRE, *L'explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire*, La Tour-d'Aigue, Éditions de l'Aube, 2021.

la non-prise en charge des populations en difficulté mais non en grande pauvreté : jeunes, politique de la ville, foyers de travailleurs migrants] La suite a prouvé que je n'avais pas forcément complètement raison du point de vue de ces thématiques- là.
»⁸⁷

3.3. Le pilotage de l'hébergement en centres COVID-19

L'ARS d'Île-de-France assume une mission de pilotage dans un contexte de crise et plus particulièrement de crise sanitaire. Dans ce cadre, sa légitimité institutionnelle sur le domaine de la santé ne peut *a priori* lui être contestée. Le rôle de pilote se traduit par un travail mené conjointement avec la Préfecture de la région, ainsi qu'avec d'autres acteurs (publics et privés), afin de gérer l'hébergement des personnes en situation de « grande pauvreté » et potentiellement atteintes du virus de la Covid-19. En entretien, la directrice de cabinet de la Préfecture depuis 2019, Magali Charbonneau – haute fonctionnaire formée, tout d'abord, à l'École Supérieure de Sciences Économiques et Commerciales (ESSEC), avant son passage par l'École Nationale d'Administration (ENA), promotion Aristide Briand 2006-2008, ayant eu de multiples expériences, entre autres, en tant que directrice de cabinet (régions, police, ministère de l'Intérieur) ou secrétaire (préfecture, défense)⁸⁸ – nous explique longuement ce travail où le pilotage se partage entre institutions publiques. La mise en œuvre se trouve, cependant, assurée par des associations caritatives à l'image d'Aurore ou des groupes d'intérêt public comme le Samusocial de Paris. Puisque ce type d'organisations du monde caritatif et humanitaires fait l'objet d'une délégation de service public depuis au moins les années 1980, afin de répondre aux problèmes publics perçus comme « urgents » (sans-abrisme, violences faites aux femmes, faim, etc.)⁸⁹, elles sont désignées en tant qu'« opérateurs » par cette haute administratrice de l'État. La crise sanitaire re-légitime la sollicitation à ces organisations : elles permettent aux institutions publiques d'agir rapidement ; elles disposent déjà d'équipes sur le terrain et connaissent les publics cibles ; elles disposent d'une bonne image auprès des citoyens, dont les pouvoirs publics peuvent bénéficier. De plus, il apparaît que ce rôle de commandement exige également de la prévision de la part des acteurs institutionnels : depuis février 2020 les représentants d'institutions publiques (Préfecture, DRIHL⁹⁰, ARS)

⁸⁷ Entretien avec Luc Ginot, directeur de la santé publique à l'ARS IDF, le 10/11/2020.

⁸⁸ « Charbonneau, Magali, Josette, Denise », *Who's who*, 2019, p. 493. Voir également la version en ligne : https://www.whoswho.fr/bio/magali-charbonneau_81714 (Site consulté le 06/01/2021)

⁸⁹ Ce phénomène de délégation se produit également aux États-Unis sur la même période. Pour une analyse fine de ses mécanismes, cf. Michael LIPSKY et Steven Rathgeb SMITH, « When Social Problems Are Treated as Emergencies », *Social Service Review*, 1989, vol. 63, n° 1, pp. 5-25.

⁹⁰ Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement.

s'interrogent sur les manières d'héberger les publics à la rue, tout en respectant la « distanciation sociale ». Des réunions « multi-hebdomadaires », comme le raconte l'interviewée, conduisent à la création des centres Covid précaires, exigeant un travail logistique pour la fabrication de l'action publique sur un temps réduit et dans un contexte incertain.

*« La crise Covid a fortement renforcé la qualité et la fréquence des liens qu'on a avec l'ARS, pour des raisons assez évidentes. Notamment pour deux axes en particulier, le premier c'est la problématique de l'inquiétude partagée qu'on avait de quel va être l'impact du Covid sur des structures collectives d'hébergement [déjà existantes] : risques de contamination élevés, publics en fragilité, comme on le disait de santé, etc. [...] En mars, c'est la question qu'on se posait, enfin avant mars, même en février, on s'est dit : " si l'épidémie se met à cavalier, quel va être l'impact sur les 120 000, à l'époque, personnes qu'on a dans l'hébergement en Île-de-France ? Et quelles sont les mesures que l'on doit prendre en anticipation pour gérer cette situation ?" [...] Donc c'est des réunions de travail multi-hebdomadaires, qui se sont faites avec les équipes de la DRIHL, mes équipes donc au niveau du cabinet de *0:24:59* région, avec l'ARS bien sûr et avec quelques opérateurs avec lesquels on travaille vraiment en confiance, qu'on connaît très bien, donc le SAMU social de Paris bien sûr. [...] Et donc on a commencé à travailler avec quelques opérateurs, donc le SAMU social de Paris, Aurore, François Grison sur s'il faut créer un centre... Ce qui est devenu ensuite des centres Covid précaires, des centres dits spécialisés de terminologie nationale. C'est des questions qu'on s'est posées depuis trois semaines avant d'entrer en confinement. C'est à dire, s'il faut bâtir un cahier des charges, quel est-il ? Sur un truc, un exercice qui n'avait pas été fait auparavant donc, allant de configuration des lieux, est-ce qu'y a des configurations plus favorables que d'autres, etc., premier point. Deuxième point, quelles sont les structures que l'on peut assez rapidement récupérer pour les dédier. »⁹¹*

Du point de vue des metteurs en œuvre associatifs, délégataires d'un service public, le rôle de pilotage par l'ARS, notamment en période de crise sanitaire, se dessine également. Florian Guyot, directeur depuis 2018 de l'association Aurore, gestionnaire historique de l'hébergement social des populations à la rue (sortants de prison, sortants d'hôpitaux, etc.)⁹², rend compte de cette action qu'il décrit comme « partenariale », centrée sur la COVID et commencée en février 2020. Cet homme de formation ingénieur, passé plus tard par Sciences Po, fait la connaissance avec l'ancien directeur d'Aurore, Éric Pliez, lors de son passage par le cabinet du ministre des finances Michel Sapin entre 2014 et 2017, au sein duquel « il y avait un plan de relance pour le logement » et où « il y avait

⁹¹ Entretien avec Magali Charbonneau, directrice de cabinet à la Préfecture d'Île-de-France, le 06/01/2021.

⁹² Fabrice SERODES, *Aurore: une page d'histoire sociale en France (1871-2011)*, Paris, Aurore, 2011.

beaucoup de questions autour du logement et de l'hébergement »⁹³. Effectué en décembre 2020, l'entretien avec cet associatif expose non seulement la durée prolongée de la crise sanitaire, mais également les liens quotidiens avec les responsables de l'ARS, en particulier Luc Ginot, directeur de la Santé Publique, ainsi que le contexte toujours incertain, au coup par coup, dans lequel se construit l'action publique. Son discours réaffirme la division du travail qui se met en place : aux associations la mise en œuvre, à la Préfecture la gestion de l'hébergement et à l'agence déconcentrée de l'État la prise en charge du volet sanitaire (test, personnel paramédical, etc.)

« Il y a eu beaucoup de coordination. Dès le début, dès février, Luc, enfin l'ARS nous a proposé, aux différentes associations, de nous réunir pour essayer de réfléchir aux problématiques que ça allait poser. Donc là, on nous demande des réunions assez institutionnelles avec tous les acteurs qui sont plutôt le bienvenu. Ensuite, aujourd'hui, les relations sont surtout bilatérales, effectivement. Et là, c'est vraiment une relation que je qualifierais de partenariale. Donc c'est... enfin c'est quasiment au quotidien où on s'appelle. On fait part des difficultés et on les partage et on les résout quoi. [...] C'est des questions de coordination. C'est-à-dire qu'il y a les dispositifs où la préfecture et l'ARS sont chacune pour une partie du sujet, et nous, on est au milieu pour le sujet à mettre en œuvre. Et il faut arriver à ce que tout le monde se coordonne. Et c'est pas toujours facile. Je prends l'exemple des centres COVID qui ont été créés pour prendre en charge des malades du COVID. Bah la fonction plutôt hébergement était prise en charge par la préfecture et la fonction plutôt soin, par les ARS. »⁹⁴

Cette production de l'action publique, tâtonnante en ce début de pandémie, mène à l'invention, peu de temps après, des centres « SAS » Covid précaires. Ceux-ci visent à fonctionner à côté des centres Covid précaires. Ils permettent plus précisément d'isoler et de mettre à l'abri des personnes en grande précarité qui présentent des symptômes du virus, en attendant que leurs résultats des tests de type PCR (*Polymerase Chain Reaction* ou réaction de polymérisation en chaîne) soient disponibles. L'ARS d'Île-de-France participe fortement à la mise en place de ces deux types de structures *ad hoc*. L'objectif de ce fonctionnement bicéphale consiste à ne pas mélanger les personnes ayant le virus et celles dont on présume qu'elles pourraient l'avoir. La directrice de cabinet de la Préfecture de la région Île-de-France, Magali Charbonneau, nous explique de quelle manière a été imaginée la prise en charge de ces personnes dans les centres d'hébergement existants et dans ces structures COVID :

⁹³ Entretien avec Florian Guyot, directeur d'Aurore, le 14/12/2020.

⁹⁴ *Ibid.*

« [On] a inventé les centres Covid SAS. C'est-à-dire qu'on a créé des structures dédiées en réquisitionnant des bâtiments, avec un accompagnement médico-social moins intense, on va dire, que pour un centre Covid précaire. Mais quand même présence infirmier, régulation ARS, là aussi. En fait, la logique était, je suis opérateur, j'ai un centre d'hébergement, j'ai une personne qui est symptomatique. Première question, un, je le signale pour avoir des placements d'équipes mobiles tests, test de la personne, test des cas contacts pour limiter le risque de propagation de cluster. Et là, il y a une question avec une alternative, est-ce que je peux isoler la personne ? Si la réponse est oui, je l'isole, c'est-à-dire que le premier niveau de réponse, c'est l'isolement sur place pour éviter de déménager les gens. Enfin, je veux dire, tout ça c'est du drame humain derrière. Parce que c'est des personnes, il ne faut pas perdre de vue, c'est des personnes qui sont fragiles. C'est-à-dire qu'un SDF que vous avez sorti du Bois de Vincennes, que vous avez déjà convaincu d'accepter d'entrer dans le centre d'hébergement, ça n'a pas été simple. Aller lui expliquer qu'on va l'isoler dans une première structure pour ensuite le déménager, potentiellement, dans une deuxième structure avant qu'il revienne dans sa structure d'origine, la probabilité de le perdre n'est pas faible. [...] S'il n'y a pas de possibilité d'isoler sur place, là on préconisait sur régulation de l'ARS, une orientation en SAS Covid précaire, le temps du retour de la PCR. Soit la PCR est négative et la personne réintègre son centre d'hébergement d'origine puisqu'elle n'est pas malade et donc l'affaire continue. Soit elle est malade et là on l'oriente soit vers l'hôpital si les cas sont graves, soit vers un centre Covid précaire, le temps de sa guérison, où là elle fait l'objet d'un accompagnement médico-social avec un suivi infirmier, etc. Et puis, dès qu'elle est guérie, elle réintègre son centre d'hébergement. »⁹⁵

L'ARS IDF, acteur de régulation selon les termes de l'interviewée, s'inscrit ainsi dans toute une action publique plus générale visant à répondre au problème du sans-abrisme en temps de crise sanitaire. Comme l'ont montré des contributions récentes, l'État a créé davantage de places d'hébergement (dont la durée d'accueil a été systématiquement prolongée) au cours de l'année 2020. Les associations saluent un « effort sans précédent », soit « la mobilisation des services de l'État [qui] a permis en complément des 157 000 places déjà financées, l'ouverture de 20 000 nouvelles places dont 10.600 en hôtel, auxquelles s'est ajouté le maintien de 14 000 places issues du plan hivernal, et l'application du principe de continuité de l'hébergement. »⁹⁶ Cependant, elles constatent aussi que « la vie en centre d'hébergement s'est avérée extrêmement anxiogène et inadaptée : partage de chambres à plusieurs, espaces collectifs (cuisines, douches, sanitaires...) saturés et sans respect des distances sociales, violences verbales voire physiques engendrées par

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ Axelle BRODIEZ-DOLINO, « Pauvretés durables, pauvretés nouvelles: les conséquences sociales de la crise », in Nicolas DUVOUX et Michèle LELIEVRE (dir.), *La pauvreté démultipliée. Dimensions, processus et réponses [Rapport]*, CNLE., 2021, p. 57.

le confinement en structure collective. »⁹⁷ En tout cas, le rôle de l'ARS d'Île-de-France dans le pilotage de la prise en charge sanitaire des populations « sans domicile » n'est pas contestable.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Le PRAPS doit être compris comme le résultat de deux processus qui traversent la protection sociale depuis la décennie 1980 : l'étatisation du système de santé de base et l'émergence de la lutte contre l'exclusion. Son émergence en Île-de-France, avant même l'apparition de l'ARS en 2010, se traduit par un ciblage sur les populations en « grande pauvreté ». En raison de la particularité du territoire francilien, concentrant sur certains départements, voire villes ou quartiers, des taux très élevés de pauvreté, il apparaît plus pertinent aux responsables de ces institutions déconcentrées de l'État de se focaliser sur les populations les plus « exclues ». Puisque les acteurs, notamment les opérateurs de terrain, ne souhaitent pas assumer ce recentrage sur les personnes en « grande pauvreté » (« il ne [faut] pas attendre que les gens soient dans le trou avant de les aider à en sortir »⁹⁸), ce ciblage fonctionne de manière implicite. Par ailleurs, en quelque sorte, les partenaires associatifs constituent l'origine du PRAPS. Les orientations du programme ont, en effet, émergé de manière ascendante (*bottom-up*) à partir de l'existant dans chaque département francilien.

Toutefois, depuis que l'ARS IDF se développe, elle transforme sa fonction de soutien en rôle de pilote des actions de santé. En ce sens, les situations de crise qu'ont représenté tant le démantèlement des campements de migrants dans le Nord de Paris (2018) que la gestion de l'hébergement des « sans-domicile » en temps de Covid-19 (2020), semblent avoir affermi la nouvelle mission que se donnent les responsables de cette agence déconcentrée de l'État. Par conséquent, un des éléments qui ressort de notre travail d'enquête est la capacité de l'ARS à légitimer son rôle dans les situations critiques. Un rôle qui n'est plus celui de l'accompagnateur de missions préexistantes mais celui de promoteur de nouvelles mesures extraordinaires, à l'image, par exemple, de l'ouverture des dépistages de personnes hébergées dans les centres COVID précaires ou des bilans de santé des personnes migrantes évacuées des campements.

La présentation de ces éléments de contexte, de genèse et de gestion du ciblage du PRAPS sur la « grande pauvreté » nous permet de resituer maintenant le dispositif sur lequel porte notre étude : les PASS hospitalières et ambulatoires (chapitre 2).

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ Entretien avec Isabelle Chabin-Gibert, responsable PRAPS à l'ARS IDF, le 30/09/2020.

CHAPITRE 2. UN DISPOSITIF ENTRE SANITAIRE ET SOCIAL. À PROPOS DE L'EMERGENCE ET DES TRANSFORMATIONS DES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS)

INTRODUCTION DU CHAPITRE 2

L'enquête empirique de cette recherche porte, principalement, sur une des composantes du PRAPS : les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), hospitalières et ambulatoires. Celles-ci existent donc respectivement au niveau de l'hôpital, en tant que dispositif national que l'agence suit dans un cadre régional, et au niveau des structures de soins primaires de ville dans le cadre d'une expérimentation initiée par l'ARS IDF. En faisant une entrée via le prisme du dispositif, tout en prenant compte de ses différentes déclinaisons, l'objectif consiste à questionner tant les enjeux organisationnels (chapitre 4) que les enjeux professionnels qui le traversent (chapitre 5). Avant de faire cela, il convient de présenter les permanences sur lesquels nous avons effectivement enquêté, en dégagant des idéaux-types de celles-ci en vue d'avoir une intelligibilité par rapport à ce qui les rassemble et les différencie entre elles (chapitre 3). De même, il est nécessaire de présenter de manière plus générale le dispositif. L'objet de ce chapitre 2 répond à cette dernière exigence : il vise à rendre compte de l'émergence et des transformations des PASS, tant au niveau national qu'au niveau local (Île-de-France). Tout d'abord, l'objectif consiste à restituer les conditions d'apparition de ce dispositif de lutte contre l'exclusion à l'hôpital (1). Si nous abordons le contexte et les mobilisations humanitaires qui poussent à la mise en place de ces permanences, la focale se centre aussi sur l'univers de sens qui lie ses professionnels aux patients. Par la suite, le chapitre s'intéresse au développement quantitatif des PASS, initialement à l'hôpital, puis récemment en ambulatoire (soins primaires), tout comme à l'encadrement institutionnel qui l'accompagne (2). Enfin, l'attention est portée sur un phénomène qui traverse tous les dispositifs sanitaires et sociaux, et auquel les permanences d'accès aux soins n'échappent pas : l'augmentation des populations

étrangères parmi leurs bénéficiaires. Cette thématique se trouve abordée ici sous l'angle de l'adaptation que doivent réaliser les équipes des PASS face à des patients non francophones (3). D'autres enjeux posés par cette surreprésentation des personnes allogènes dans la file active du dispositif, seront interrogés dans les chapitres suivants.

1. SAISIR L'EMERGENCE ET LA PARTICULARITE DES PASS

Comment expliquer la présence d'un dispositif comme celui des PASS dans l'institution hospitalière ? Pour répondre à cette interrogation, cette section propose de revenir, en premier lieu, sur la manière par laquelle, au cours des décennies 1980 et 1990, des acteurs promeuvent la prise en charge sanitaire à l'hôpital des populations « exclues » du système social français. Des ONG médicales travaillant dans les pays « du Sud » se mobilisent en France, un pays « du Nord », en vue d'attirer l'attention des autorités publiques. Leur mobilisation – notamment celle de médecins multi-positionnés dans l'humanitaire et la médecine – permettent la création de consultations tant humanitaires (les « missions ») qu'hospitalières (les PASS). Plus largement, leur action conduit à la mise en place de tout un ensemble de dispositifs publics (la CMU, l'AME, principalement) (1.1). En second lieu, cette section essaye de décrire ce que rend les consultations hospitalières dédiées aux patients précaires différentes de celles des associations humanitaires telles que Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières. En mobilisant le travail sociologique pionnier d'Isabelle Parizot⁹⁹, l'objectif consiste à montrer que ces actions s'inscrivent de manière idéal-typique dans un « univers symbolique » mettant la focale davantage sur la prise en charge médicale (logique professionnelle), plus que sur la commune humanité et le don de soi (logique humaniste) (1.2).

1.1. Des logiques humanitaires dans le système de santé français

Comprendre l'émergence du dispositif PASS à l'hôpital – et plus largement des logiques humanitaires dans le système de santé français – implique, tout d'abord, de revenir au contexte socio-économique des décennies 1980 et 1990. Les « Trente Glorieuses »¹⁰⁰, marquées par la croissance économique et l'élargissement de la protection sociale des salariés, arrivent à leur fin au milieu de la décennie 1970. Les chocs pétroliers de ces années peuvent servir de marqueur

⁹⁹ Isabelle PARIZOT, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, op. cit.

¹⁰⁰ D'après l'expression célèbre de Jean FOURASTIE, *Les Trente glorieuses ou la Révolution invisible de 1946 à 1975*, Paris, Fayard, 1979.

symbolique de la fin d'une époque longtemps pensée comme opulente. Une nouvelle ère commence, non seulement avec la crise économique et l'apparition du « chômage de masse », mais aussi avec les politiques d'assistance qui se développent¹⁰¹. Situé aux alentours de 2% dans les trente ans qui suivent la fin de la Seconde guerre mondiale, le taux de chômage croît fortement par la suite, atteint les 10% au cours des années 1990 et ne redescend depuis sous la barre des 7%¹⁰². Dans ce contexte, des associations caritatives et humanitaires vont critiquer les limites de la protection sociale. ATD Quart monde se lance dans une croisade pour la reconnaissance de l'exclusion et la promotion des mesures d'assistance auprès des décideurs publics¹⁰³. De manière générale, tout un renouveau de l'action associative se produit au cours des décennies 1980 et 1990¹⁰⁴. Dans le domaine de la santé, ce sont les organisations non gouvernementales (ONG) médicales qui se mobilisent à la faveur de toutes ces personnes qui se retrouvent exclues des droits sociaux pouvant les faire bénéficier des soins à l'hôpital ou auprès de la médecine de ville. À l'époque, l'épidémie du sida et le développement de la toxicomanie constituent également des sujets de mobilisation pour ces organisations.

Des associations humanitaires telles Médecins du Monde (MDM) ou Médecins Sans Frontières (MSF) créent, au cours des années 1980, les premiers centres de soins gratuits en France, un pays « du Nord », alors qu'auparavant leur action était effectuée dans les pays « du Sud »¹⁰⁵. Leur plaidoyer auprès des décideurs publics débouche néanmoins sur des réformes telles que la mise en place de la Couverture médicale Universelle, CMU (1999), et l'Aide Médicale d'État, AME (2000)¹⁰⁶. Bien que toutes leurs mobilisations n'aient pas atteint les effets escomptés et que les réponses d'urgence se soient pérennisées au lieu de déboucher sur des transformations plus ambitieuses du système de santé, il apparaît que ces changements législatifs ont malgré tout apporté des possibilités de se faire soigner à des personnes qui étaient antérieurement exclues du système de santé. L'émergence de la PASS se situe dans ce contexte.

¹⁰¹ Serge PAUGAM et Nicolas DUVOUX, *La régulation des pauvres*, Paris, Presses universitaires de France, 2008.

¹⁰² Pour une vision plus détaillée de ces chiffres de l'INSEE : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676628?sommaire=3696937#consulter> (Consulté le 21/08/2021).

¹⁰³ Frédéric VIGUIER, *La cause des pauvres en France*, *op. cit.*

¹⁰⁴ Axelle BRODIEZ, « Gérer sa croissance : le cas des associations de solidarité et humanitaires depuis les années 1940 », *Entreprises et histoire*, 2009, n° 56, n° 3, pp. 73-84.

¹⁰⁵ Caroline IZAMBERT, « Une crise sanitaire du Sud dans un pays du Nord ? », *Mouvements*, 7 juin 2019, n° 98, n° 2, pp. 95-105.

¹⁰⁶ Caroline IZAMBERT, *Soigner les étrangers ?*, *op. cit.*

Comme l'a montré Jérémy Geeraert, des médecins occupant tant des positions reconnues dans les hôpitaux qu'au sein des ONG médicales ou encore dans le milieu académique (de la santé publique, par exemple), militent pour la création de consultations dédiées aux populations précaires au sein de leurs institutions hospitalières¹⁰⁷. Grâce à leur capital symbolique dû à leur multi-positionnalité, ces « passeurs » de la première heure arrivent, dès le milieu des années 1980, à créer dans les hôpitaux parisiens et de la banlieue parisienne, les premières « consultations précarité » en leur sein. Leur modèle constitue celui des Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) mis en place par les associations humanitaires telles MDM et MSF. L'activité de ces professionnels en direction des populations précaires se focalise ainsi « sur des consultations de médecine générale sans rendez-vous mais intègre également un important travail social pour obtenir la reconnaissance d'une couverture sociale de droit commun »¹⁰⁸.

Le « passeur » par excellence de ces « consultations précarité » s'appelle Jacques Lebas. Issu de la médecine humanitaire des années 1970, ce dernier exerce la médecine à l'hôpital Saint-Antoine, ainsi qu'à MDM, « ce qui lui confère un aura médiatique incontestable et un solide ancrage à gauche », tout comme une « capacité singulière d'interpellation de ministres et secrétaires d'État »¹⁰⁹. Ce médecin crée à Saint-Antoine la consultation « Baudelaire » en 1992. La promotion qu'il fait de celle-ci se traduit par une circulaire signée par le ministre délégué à la Santé en 1993 et par un déblocage de fonds de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) étant à l'origine de la création de cinq autres « consultations précarité » (aux hôpitaux : Lariboisière, Bichat, Jean-Verdier, Saint-Louis et Bicêtre) en 1994. Par la suite, ces types de cellules se multiplient dans les grandes villes françaises. Comme le signale Jérémy Geeraert, le rapport que Martine Aubry et Bernard Kouchner commandent à Jacques Lebas inspire le paragraphe sur les PASS au moment de la rédaction de la loi de 1998 de lutte contre les exclusions. En ce sens, cette loi institue un dispositif qui lui préexistait déjà sur le terrain depuis le milieu des années 1980 et qui était porté par des médecins inscrits aussi bien dans le milieu de l'humanitaire que dans celui de l'institution hospitalière.

¹⁰⁷ Jérémy GEERAERT, « Temporalité et rôle des passeurs. Le transfert et la consolidation des normes du soin de la précarité vers l'hôpital public », *op. cit.* On renvoie plus largement à la thèse de cet auteur: Jérémy GEERAERT, *La question sociale en santé: L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XXI^e siècle*, France, Université Sorbonne Paris Cité, 2017, URL complète en biblio.

¹⁰⁸ Caroline IZAMBERT, « Une crise sanitaire du Sud dans un pays du Nord ? », *op. cit.*, p. 97.

¹⁰⁹ Jérémy GEERAERT, « Temporalité et rôle des passeurs. Le transfert et la consolidation des normes du soin de la précarité vers l'hôpital public », *op. cit.*, p. 644.

Comme nous le verrons, dans le corpus des PASS hospitalières étudiées dans ce rapport, deux d'entre elles font partie de ce noyau dur des premières permanences créées dans les années 1990. Il s'agit des dispositifs des hôpitaux Saint-Louis et Lariboisière. On verra qu'elles se rapprochent de la « consultation Baudelaire » de Saint-Antoine ne serait-ce que par la dimension symbolique des noms donnés à leurs permanences. À Saint-Louis, la consultation porte l'appellation de « Verlaine » ; à Lariboisière, celle-ci se nomme « Arc-en-ciel ». Ces permanences sont guidées – comme la plupart des autres PASS – par l'importance donnée à la médecine générale combinée au travail social permettant d'ouvrir les droits sociaux aux personnes. Comme nous le verrons de manière plus approfondie, les différences se trouvent néanmoins sur la focale strictement « dédiée » de Saint-Louis et « tant dédiée que transversale » de Lariboisière (Chapitre 3). Toutefois, précisons d'emblée que l'action du collectif national des PASS au sein duquel se retrouvent plusieurs professionnels des permanences, notamment des premières d'entre elles, servent à s'inscrire dans une certaine continuité avec le projet de Jacques Lebas. La médecin responsable de la permanence de Lariboisière (entretien n°9), ayant été trésorière du collectif, racontait lors de notre interview avec elle que le médecin de Saint-Antoine était leur « maître à penser ». On pourrait dire que cette femme fait partie de ces « passeurs de la seconde phase » analysée par Jérémy Geeraert – soit celles et ceux qui dirigent souvent les PASS créées à la suite de la loi de 1998¹¹⁰. Ces passeurs cherchent, d'une part, à défendre via des collectifs ou associations professionnels le projet de la PASS auprès de leurs hiérarchies directes (directions hospitalières) ou indirectes (ARS, ministère, etc.). Leur mobilisation au sein de ces groupes consiste, d'autre part, à adapter leurs manières de faire aux « normes néo managériales » qui se diffusent au sein de l'hôpital¹¹¹. La responsable médicale évoque le lien de filiation avec Jacques Lebas de cette manière :

« [O]n avait démarré autour de Jacques Lebas, qui était médecin à Saint-Antoine qui est mort récemment et qui avait beaucoup travaillé sur la Loi de 98. Donc un peu notre maître à tous en tout cas, maître à penser, et puis qui était le médecin responsable de la PASS de Saint-Antoine [...] Donc effectivement, au début, ça s'est passé avant même l'ARS et tout ça, à se retrouver ensemble pour pas être des gens dans son coin. D'autant qu'on – vous allez le voir, il y a autant de PASS que de façons de faire – qu'on a voulu homogénéiser tout ça. Sachant que c'est plus facile de l'originer dans des grandes PASS parisiennes, et qu'évidemment c'est pas la même réalité à la campagne [...]. »¹¹²

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 651.

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² Entretien n°9, responsable médicale à la PASS de Lariboisière, le 01/02/2021

1.2. « L'univers symbolique médical » face à « l'exclusion »

À la fin des années 1990, avec la loi de lutte contre les exclusions qui institue et impulse les PASS à l'hôpital, se formalisent deux modes d'assistance socio-médicale en France. D'une part, les permanences d'accès aux soins s'installent dans le milieu hospitalier. D'autre part, les consultations mises en place par des ONG médicales ou associations humanitaires, en dehors du système de santé, se pérennisent – alors qu'elles étaient pensées comme provisoires, à l'image de beaucoup d'actions publiques d'exception¹¹³. L'un des premiers travaux importants qui explore ce type d'assistance en France, et notamment au cours des années 1990, est celui d'Isabelle Parizot. Lors de sa thèse de doctorat sous la direction de Serge Paugam, soutenue en 2000 à l'Institut d'études politiques de Paris¹¹⁴, celle-ci travaille sur ces deux modalités de l'assistance socio-médicale. Dans l'ouvrage issu de cette thèse intitulé *Soigner les exclus* (2003), l'auteure tient à préciser sa préférence pour le terme « socio-médical », au détriment de « médico-social », « dans la mesure où les centres de soins gratuits hospitaliers comme humanitaires sont avant tout des structures médicales et que les personnes s'y adressent, au moins dans un premier temps, pour des raisons médicales »¹¹⁵. Or, comme elle le montre dans son livre, Isabelle Parizot ne prétend pas pour autant que ces deux types d'institutions – l'hôpital et l'association – exercent l'assistance socio-médicale tout à fait de la même manière. Cette sociologue explique que, dans chacune d'entre elles, il y a un « système cohérent de représentations et de valeurs qui ordonne symboliquement les expériences vécues, les rapports sociaux et les identités »¹¹⁶.

En ce sens, Isabelle Parizot identifie deux types de systèmes. D'un côté, il y a un « univers symbolique médical » au sein duquel les acteurs « se réfèrent aux valeurs de la médecine pour orienter, interpréter et donner un sens à leurs interactions. »¹¹⁷ C'est d'après elle la « prise en charge médicale » qui prime et qui sert de ligne de conduite autant pour l'intervention thérapeutique que pour le travail social réalisé à l'hôpital. D'un autre côté, elle distingue un « univers symbolique humaniste » dans lequel les « acteurs s'accordent pour agir et interpréter leurs actions en référence à des valeurs humanistes »¹¹⁸. Ce qui donne sens ici à l'action est « le souhait des membres du

¹¹³ Michael LIPSKY et Steven Rathgeb SMITH, « When Social Problems Are Treated as Emergencies », *op. cit.*

¹¹⁴ Isabelle PARIZOT, *Soigner les pauvres : rapports sociaux et identités dans les associations humanitaires et le secteur hospitalier*, Paris, Institut d'études politiques, 2000, URL complète en biblio.

¹¹⁵ Isabelle PARIZOT, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, *op. cit.*, p. 4.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 14.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ *Ibid.*

personnel d'apporter un soutien aux plus démunis, au nom d'une haute conception de l'humanité et suivant une logique du don de soi. »¹¹⁹ Bien évidemment, l'auteure parle ici d'idéaux-types pour décrire chacun de ces « univers symboliques ». Cela dans le sens où aucun de ces univers se retrouve tel quel dans la réalité ni de manière aussi exclusive. Pour le dire d'une autre manière, il y a de l'humanité à l'hôpital, tout comme du professionnalisme médical dans l'humanitaire. L'auteure avance néanmoins qu'il y a tout de même des « cadres normatifs et symboliques » différents qui « influencent le sens que les acteurs donnent à leurs expériences »¹²⁰.

Dans le cadre de notre étude portant sur les PASS, tant hospitalières qu'ambulatoires, on se situera dans la continuité du travail de Parizot au sujet de l'exploration de « l'univers symbolique médical ». La plupart des permanences enquêtées se trouve à l'hôpital¹²¹. Il est néanmoins possible de constater la différence entre un dispositif qui se trouve au sein d'une polyclinique ou un département de santé publique (Saint-Louis, Lariboisière, CHIMM, Hôtel-Dieu) et celui qui se trouve dans une maison qui appartient à une association¹²² et qui a fonctionné pendant des années également comme un « accueil de jour » (Pontoise). En effet, jusqu'en 2014, la PASS de Pontoise – appelée aussi « Espace Santé Insertion »¹²³ – recevait des subventions du département pour mettre à disposition une douche pour les patients, ainsi que pour les domicilier si besoin. Si ces financements n'existent plus, la PASS continue à offrir ces services aux populations qui les fréquentent. L'agent d'accueil de la permanence leur propose également des cafés et des biscuits. Tous ces services (douche, domiciliation, collation) qui rapprochent ce dispositif plus d'un service caritatif ou humanitaire que d'un service hospitalier n'ont pas été trouvés ailleurs dans les autres PASS hospitalières enquêtées. Par ailleurs, en ce qui concerne les PASS ambulatoires, celles-ci se trouvent tant dans les centres municipaux de santé que dans les réseaux de santé associatifs. « L'univers symbolique médical » semble, de même, être dominant dans la plupart des structures enquêtées (Centres municipaux de La Courneuve, de Montreuil, de Malakoff ; Réseau de santé 92 Nord), à l'exception d'un cas. Le Réseau Ville Hôpital 77 Sud, association loi 1901, se rapproche davantage de l'idéal-type de « l'univers symbolique humaniste » que les autres PASS ambulatoires.

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 15.

¹²⁰ *Ibid.*, p. 19.

¹²¹ Dans le Chapitre 3, nous livrons une présentation idéal-typique des PASS étudiées dans cette recherche.

¹²² Jusqu'à très récemment, cette maison était une propriété de l'hôpital. Elle a été vendue à une association importante du territoire qui la loue désormais à l'hôpital.

¹²³ Ce nom est lourd de sens. Les sigles ESI veulent dire dans le langage institutionnel des accueils de jour : Espace solidarité insertion. Ici, il s'agit d'un ESI adapté au monde la santé. On revient sur ce point dans la sous-section consacrée à la PASS de Pontoise dans le Chapitre 3.

Cela en raison de son personnel. Si les postes de professionnels paramédicaux et sociaux sont salariés, celui des médecins constitue une exception. Les docteurs intervenant auprès des patients de leur permanence d'accès aux soins se recrutent auprès d'un vivier de médecins bénévoles. En ce sens, on peut faire l'hypothèse que cette action relève davantage d'un don de soi médical que d'une action professionnelle guidée par la prise en charge médicale. Les personnels du réseau constatent eux-mêmes que le changement de médecin toutes les semaines provoque un suivi irrégulier des patients.

À part ces cas particuliers (PASS de l'hôpital de Pontoise et du RVH 77 Sud), la plupart des permanences semblent guidées par « univers symbolique médical », structurant ce que ressentent les metteurs en œuvre et les ressortissants de l'action publique. Cela transparait dans plusieurs entretiens réalisés auprès des professionnels du dispositif. L'une des infirmières de la PASS de Saint-Louis, à son poste depuis 2003, rend compte – au détour d'une question à propos des partenaires de leur permanence – ce qui différencie leur action de celle des associations. Alors que des bénévoles peuvent s'attacher aux populations aidées et même franchir certaines barrières (par exemple, héberger un personne sans-abri chez soi), l'infirmière (entretien n°14) pense que, dans leur cas, il faut garder la posture professionnelle.

« [O]n est en lien avec tout le monde : avec les urgences, avec tous les services, avec les associations, Médecins du monde, les médecins de ville qui nous appellent, CAMRES¹²⁴, La Casa, une nouvelle association qui s'occupe de jeunes migrants mineurs, voilà. Ça c'est la nouvelle association qu'on a accueillie il y a pas très longtemps, pour qui c'est pas facile, c'est un peu compliqué. C'est un peu compliqué parce que c'est des bénévoles qui hébergent chez elles ces migrants. Donc il y a un lien affectif, voilà, et c'est un peu difficile pour elles, voilà. Nous on a... je veux dire, on reste professionnel. Donc c'est vrai que quand on a quelqu'un qui vient à la maison, bah la relation n'est pas la même, donc... Et c'est beaucoup de femmes, et donc c'est des jeunes mineurs garçons la plupart, donc c'est comme si c'était un petit peu leur enfant, vous voyez, donc c'est un peu compliqué. [...] Voilà, on leur dit qu'ici on est quand même professionnel avant tout. »¹²⁵

Bien évidemment, cette déclaration ne peut pas suffire à rendre compte de ce qui se passe sur le terrain. Si elle donne à voir le sens que les professionnels donnent à leur travail (« on reste professionnel »¹²⁶), elle ne doit pas laisser penser que ceux-ci ne s'attachent pas aux patients ni que des transgressions à la norme ne se produisent. Des auteurs ont montré que les « registres »

¹²⁴ Centre d'accueil et de médiation relationnelle éducative et sociale. Cf. <https://camres.fr/>

¹²⁵ Entretien n°14, infirmière à la PASS de Saint-Louis, le 17/02/2021.

¹²⁶ *Ibid.*

personnels et professionnels ne sont pas étanches. Comme l'expose le travail de Jean-Marc Weller, les agents de première ligne peuvent avoir recours à l'un ou l'autre au cours de leur activité auprès des bénéficiaires de l'action publique¹²⁷. Ces *street-level bureaucrats*¹²⁸ ajustent ces registres, au cas par cas, dans leur action quotidienne. Lors de l'entretien avec l'une des infirmières de Saint-Louis (entretien n°14), celle-ci raconte elle-même la difficulté à séparer complètement l'engagement personnel du travail effectué dans le cadre professionnel. Pointer ce type de tension ne doit pas conduire, cependant, à remettre en cause l'idée d'un « univers symbolique médical » qui structure le sens donné aux actions par les agents de la PASS. Au contraire, rendre compte de ces frictions sert à montrer que c'est parce que ce cadre normatif et symbolique existe, que les professionnels de première ligne ont la possibilité de référer les écarts aux règles qui guident leur action. Leurs transgressions (le fait de donner son numéro de portable ou un peu d'argent à un patient, par exemple) leur servent soit à comprendre qu'ils ne devront pas le refaire une prochaine fois ou à le faire uniquement avec parcimonie, tant que le patient a compris, « dès le départ », que ce type de faveur ne constitue qu'un passe-droit et non pas la règle. Comme l'explique Pierre Bourdieu, « les espèces d'autorisation spéciale de transgresser le règlement [...] ne peuvent être accordées que par l'autorité chargée de le faire respecter. »¹²⁹ Ici, il ne s'agit pas de règles de droit en tant que telles mais de normes professionnelles que les équipes mettent en place dans le cadre de leurs permanences d'accès aux soins.

« [I]l y a des situations qui nous touchent plus que d'autres. Mais c'est sûr que pour certains patients qu'on va revoir toutes les semaines, pour qui on va passer des heures à leur expliquer des choses, il y a des liens qui se forment très rapidement. Ils peuvent nous appeler par notre prénom, donc... bah voilà. Mais bon, [la responsable médicale de la PASS] veut quand même qu'on reste dans le vouvoiement, qu'il y ait un respect... ce respect professionnel. Et puis moi je trouve aussi, il faut cette limite-là, on peut pas être... voilà. Mais c'est sûr qu'on a des liens avec des patients, voilà, qui nous appellent par notre prénom, mais ça reste... voilà, jamais... enfin je veux dire, on n'a pas d'échanges au téléphone, voilà, on reste... on sait qu'il faut être professionnel parce que ça peut vite... Les quelques fois où... l'interne pour faciliter... enfin je veux dire, elle a donné son portable, tout de suite elle a été dérangée, on l'appelait pour une sortie en ville, enfin voilà. Ici, on se dit : " c'est un milieu professionnel ", voilà. Tout ce qu'on peut faire, on le fait. Je veux dire, on peut leur proposer un café, un thé le matin, enfin voilà, des petites choses, mais on

¹²⁷ Voir notamment le Chapitre 2 « S'accorder » de Jean-Marc WELLER, *L'État au guichet: sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.

¹²⁸ Michael LIPSKY, *Street-level bureaucracy*, op. cit.

¹²⁹ Pierre BOURDIEU, « Droit et passe-droit. Le champ des pouvoirs territoriaux et la mise en oeuvre des règlements », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1990, vol. 81, n° 1, pp. 86-96, p. 91.

reste à notre place, ouais. Et puis c'est sûr qu'avec des patients, il y a des liens qui se créent. Il y a des liens qui se créent quand ils obtiennent un titre de séjour ou une évolution, un petit travail. Ils peuvent revenir nous dire : " bonjour, vous vous souvenez de moi ?" Ouais, il y a des liens qui se tissent. Puis c'est bien, puis c'est normal de toute façon quand on a passé un certain temps, voilà, et qu'ils viennent nous remercier pour ce qu'on a fait pour eux. On a des cadeaux. (Rires.) Des cartes de bonne année, voilà, on a des... ouais, il y a une traçabilité de patients avec qui on a établi des liens. [...] Puis moi je peux apporter des choses personnelles, des vêtements, ou leur apporter, je veux dire, une aide, un bulletin pour ranger leurs papiers, des choses comme ça, voilà, on peut... voilà. Ça m'est déjà arrivé de le faire pour des patients, voilà. J'ai déjà donné un peu d'argent aussi pour des cas, voilà, difficiles. Mais bon, jamais ça m'a mise en difficulté, où je me suis dit : " voilà, c'est quelqu'un qui s'accroche à moi et que je pourrais jamais... voilà", parce qu'on a mis les limites dès le départ, ouais »¹³⁰

2. DEVELOPPEMENT DES PASS ET ENCADREMENT PAR L'ARS

De nos jours, l'insertion du dispositif national des PASS dans le système de santé constitue un fait avéré. Plus de 400 hôpitaux français disposent d'une de ces permanences. Elles se comptent au nombre d'une soixantaine en Île-de-France. Depuis leur création au cours des années 1990 dans une poignée d'établissements hospitaliers, essentiellement parisiens, elles ont été reprises au niveau national. L'objectif de ce chapitre consiste à appréhender cette évolution, tout en montrant le travail d'organisation effectué par l'ARS francilienne auprès du dispositif (2.1). Ce développement des PASS se trouve également en ambulatoire, dans des centres municipaux de santé et des réseaux de santé associatifs. Lancées comme une expérimentation par l'agence déconcentrée de l'État en Île-de-France en 2013, les permanences « de proximité » se sont étoffées au cours des années. Si seulement cinq organisations de soins primaires avaient débuté cette phase expérimentale, cinq autres ont rejoint le groupe quelques années plus tard et de nos jours elles se comptent au nombre de dix-huit. Les subventions récentes au titre de « l'accès aux soins » de ces structures ne doivent pas faire oublier que plusieurs d'entre elles reçoivent des patients sans droits ou précaires depuis des décennies et que d'aucunes ont mis en place des sortes de PASS avant l'heure – cela, par exemple, dans un réseau de santé associatif tel RVH 77 (2.2).

¹³⁰ Entretien n°14, infirmière à la PASS de Saint-Louis, le 17/02/2021.

2.1. La multiplication et l'organisation des PASS hospitalières

En une vingtaine d'années d'existence, les PASS hospitalières se multiplient au niveau national. En 1998, elles se comptent au nombre de 88 (hors APHP)¹³¹; en 2000, elles sont quelques centaines ; en 2012, leur nombre atteint 400¹³². Une enquête effectuée en 2018 par les services du ministère des Solidarités et de la Santé, au travers de son pilotage des rapports d'activité des missions d'intérêt général (PIRAMIG), recense 442 PASS en France dans 411 établissements¹³³ – un même hôpital peut, en effet, compter tant avec une permanence généraliste qu'avec une permanence spécialisée (dentaire ou ophtalmologique, par exemple). À cette date, les permanences recensées se répartissent entre généralistes (75%) et spécialistes (25%). Par ailleurs, 24 % d'entre elles ont développé une activité mobile¹³⁴. En ce qui concerne notre recherche, nous verrons dans le Chapitre 3 que les PASS étudiées relèvent surtout d'une activité de médecine générale, avec quelques-unes effectuant des consultations spécialisées et seulement une développant une activité mobile. L'échantillon enquêté se rapproche, en ce sens, de la forme prise par les PASS au fil du temps. En outre, de la même manière qu'au niveau national, la multiplication des permanences se perçoit en Île-de-France. Comme nous l'avons vu, le dispositif apparaît en premier lieu à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris, dans les années 1990. Il se diffuse au cours de cette décennie dans cinq autres hôpitaux parisiens, ainsi que dans un hôpital de banlieue (Avicenne), avant de s'exporter à la suite de la loi de lutte contre les exclusions dans d'autres grandes villes de province. En 1998, les PASS franciliennes se comptent au nombre de 18. Vingt-ans plus tard, en 2018, leur effectif représente au total 67 PASS dont 50 généralistes, 1 PASS dermatologique, 8 PASS buccodentaires, 6 PASS psy et 2 PASS ophtalmologiques¹³⁵. Il apparaît, de plus, qu'une grande partie des permanences hospitalières se trouvent à Paris, ainsi qu'en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne – départements qui rassemblent les plus hauts taux de pauvreté de la région, comme nous l'avons précisé dans le Chapitre 1.

¹³¹ Circulaire DH/AF1 n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des PASS.

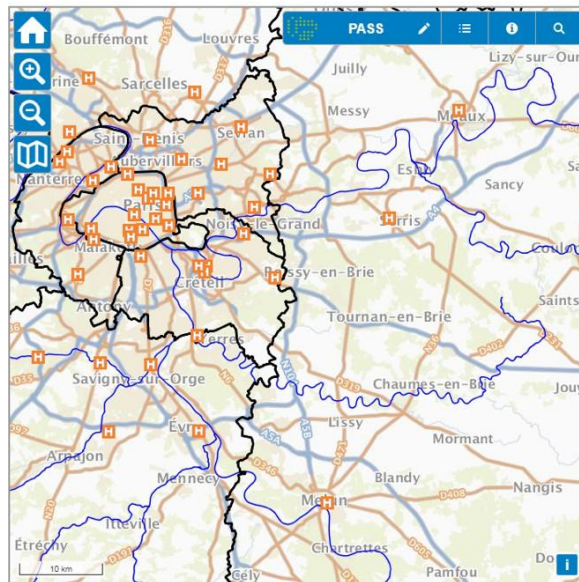
¹³² Jérémy GEERAERT, « Temporalité et rôle des passeurs. Le transfert et la consolidation des normes du soin de la précarité vers l'hôpital public », *op. cit.*, p. 650.

¹³³ Il s'agit du rapport d'activité uniformisé des PASS, PIRAMIG 2019, mobilisé par Barbara BERTINI, Rémi LAPORTE, Elisabeth PIEGAY et Muriel SCHWARTZ, « Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les soins aux populations migrantes », *op. cit.*

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ Barbara BERTINI, « Les PASS (janvier 2019) ».

Figure 2. Une représentation cartographique des PASS hospitalières en IDF¹³⁶



Comme l'affirme en entretien Luc Ginot, directeur de la santé publique de l'ARS d'Île-de-France, avec l'apparition de cette agence déconcentrée de l'État en 2010, et notamment via la création d'une coordination régionale des PASS en 2014, dont le poste de coordinatrice est revenu à Barbara Bertini, un important travail d'organisation des permanences hospitalières se met en place. Il déclarait ainsi qu' : « On parle de PASS hospitalières, mais les PASS hospitalières il y a quatre ans, c'était quand même, non pas n'importe quoi mais enfin c'était quand même un grand flou. Il y a eu une mise en ordre des PASS hospitalières qui est quand même sans... Il n'y a pas aujourd'hui de dispositif hospitalier qui ne soit aussi homogènement suivi, piloté, évalué, etc. »¹³⁷ La focalisation de l'agence sur ce dispositif hospitalier trouve son explication – de l'aveu même des documents rédigés par l'ARS d'Île-de-France – dans le « plan gouvernemental de lutte contre les exclusions et pour l'inclusion sociale adopté le 21 janvier 2013 » qui réaffirmait « leur rôle et leur importance »¹³⁸. Le premier programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), couvrant les années 2013-2017, avait fait le « constat d'un certain nombre de difficultés à traiter, notamment le manque de visibilité des PASS existantes et de lisibilité de leur mode de fonctionnement. »¹³⁹ Le second PRAPS (2017-2022) « affirme leur renforcement notamment en

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ Entretien avec Luc Ginot, directeur de la santé publique à l'ARS IDF, le 10/11/2020.

¹³⁸ Barbara BERTINI, « Les PASS (janvier 2019) », *op. cit.*

¹³⁹ *Ibid.*

termes du nombre de vacations de médecine générale et un rôle ressource plus accentué au sein des territoires »¹⁴⁰.

Encadré 1. Quelle organisation des PASS hospitalières par l'ARS ?

Bien évidemment, cette organisation de l'ARS sur les PASS hospitalières – vantée par le directeur de la santé publique – mérite d'être interrogée. Est-ce que toutes les permanences entretiennent-elles des liens avec la coordinatrice du dispositif ? Leurs responsables sont-ils tous satisfaits de ces liens ? Considèrent-ils que les dotations accordées par les autorités publiques suffisent à mener leurs actions ? Si nous reviendrons dans le détail sur les liens entre PASS et ARS dans le chapitre 4, nous pouvons commencer à répondre aux interrogations ici posées. La coordinatrice des PASS hospitalières est identifiée par l'ensemble des équipes rencontrées au cours de notre enquête. Ce sont les responsables (médicaux et/ou sociaux) qui interagissent directement avec elle. Entre une et deux réunions par an se produisent entre eux. Toutes les PASS doivent remplir un rapport d'activité annuel afin de faire connaître leur activité. Par ailleurs, il est possible de constater que selon les ressources dont disposent les équipes en dehors des subventions de la MIG PASS, celles-ci trouvent leurs moyens insuffisants ou pas. On s'aperçoit que la plupart des équipes qui s'intègrent à des services plus larges, disposant d'autres ressources (par exemple, les PASS insérées dans un pôle de santé publique – c'est le cas au CHIMM (78) –, dans des polycliniques – c'est le cas à Lariboisière, Hôtel-Dieu, Saint-Louis (75) –, voir aussi en ce qui concerne les PASS ambulatoires dans des centres municipaux de santé (93)), n'exprime pas de désaccords frontaux concernant la hauteur des subventions publiques qui leur sont allouées dans le cadre des permanences. Néanmoins, les deux réseaux de santé associatifs qui gèrent des PASS ambulatoires – à savoir le Réseau 92 Nord et le Réseau Ville Hôpital 77 Sud – considèrent les relations avec l'ARS comme verticales et les dotations publiques qu'ils touchent comme insuffisantes par rapport à la réalité de leur travail. Afin d'éviter toute mécompréhension, il faut néanmoins rappeler que les PASS ambulatoires sont financées par des ressources propres de l'agence, alors que les PASS hospitalières relèvent d'un financement national (MIG), issu du ministère des Solidarités et de la Santé.

De manière générale, les chiffres montrent que les dotations en direction des PASS hospitalières ont cru fortement depuis 2015. La « MIG [mission d'intérêt général] PASS » (budget

¹⁴⁰ *Ibid.*

provenant du ministère) finance spécifiquement ces dispositifs. La littérature grise consultée précise qu'il ne faut confondre cette mission avec la « MIG précarité » à laquelle se rattachent les « frais liés à un surcroît de prise en charge de patients hospitalisés en situation de précarité »¹⁴¹. Si entre 2014 et 2015 la « MIG PASS » augmente au niveau national de 5,6 millions d'euros, entre 2018 et 2017 elle reçoit 10 millions supplémentaires. Elle représente 72, 6 millions d'euros au total en 2018. Au niveau de la région d'Île-de-France, la « MIG PASS » passe d'environ 14 millions d'euros en 2014 à 18 millions d'euros en 2018. Le montant de cette MIG en 2022 est de plus de 27 millions d'euros. Chacune des 67 permanences hospitalières franciliennes reçoit un budget d'au moins 50 000 euros. Le montant est souvent réévalué dans les PASS. Cela est fait « en fonction de l'activité développée »¹⁴².

Tableau 1. La croissance de la MIG PASS en IDF (2014-2018)¹⁴³

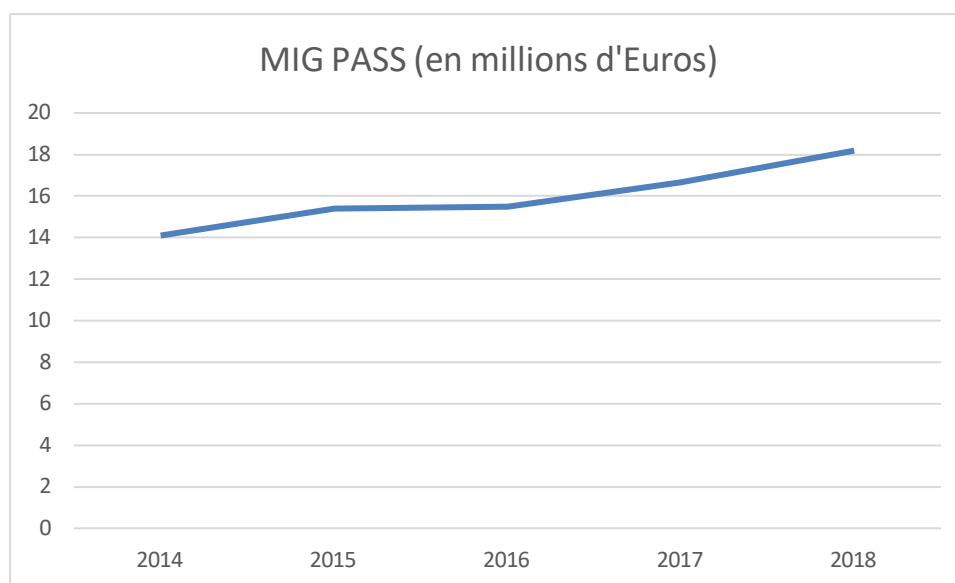


Tableau 2. Suivi des PASS hospitalières par l'ARS (2014-2018)

Année	Évolutions
2014	Mise en place de la coordination régionale

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ On reprend ce tableau très éclairant de Barbara Bertini. Certains sigles ont été détaillés par nous. *Ibid.*

	RA [Rapport d'activité] sur 6 mois d'activité 48 PASS généralistes + 14 spécialisées
2015	RA sur 9 mois d'activité 49 PASS généralistes + 15 spécialisées
2016	RA sur 12 mois d'activité 49 PASS généralistes + 16 spécialisées
2017	RA sur 12 mois d'activité 49 PASS généralistes + 17 spécialisées + vacations CPA [centre de premier accueil des migrants]
2018	RA sur 12 mois d'activité 50 PASS généralistes + 17 spécialisées + vacations dans les CAES [Centre d'accueil et d'examen des situations administratives]

Le travail de coordination des PASS hospitalières d'Île-de-France que mentionnait, le directeur de la santé publique de l'ARS, Luc Ginot, et qui se déroule depuis le milieu des années 2010, se matérialise par les relations que Barbara Bertini, coordinatrice des permanences de l'hôpital, entretient avec les différents responsables du dispositif dans la région. Ce que nous avons pu constater sur le terrain c'est qu'elle est repérée par les diverses équipes des PASS hospitalières¹⁴⁴. Presque tous les interviewés constatent que cette coordinatrice est régulièrement en lien avec le ou la responsable du dispositif. Une de ces personnes nous explique qu'en principe Barbara Bertini n'occupe pas un poste de salariée de l'ARS IDF, même si son bureau se trouve dans les locaux de l'agence. Le financement de son poste provient d'un hôpital parisien, ce qui doit assurer *a priori* son « indépendance ». De manière générale, la présence de cette coordinatrice fait l'objet d'une appréciation positive. La responsable médicale de la PASS de l'Hôtel-Dieu (entretien n°19), rend compte de l'apport de cette coordinatrice des permanences au niveau régional. Son rôle serait celui d'une « médiatrice » voire une « conciliatrice » entre les équipes du dispositif et l'ARS.

¹⁴⁴ En ce qui concerne les permanences ambulatoires, c'est Isabelle Chabin-Gibert qui fait office de référente. Il y a eu une référente PASS ambulatoire mais celle-ci est partie durant notre enquête. Elle semble avoir été remplacée depuis.

[Q : Avant [l'arrivée de la coordinatrice], comment ça se passait ?] Il y avait pas de coordination, donc il y avait pas de coordination. Et comment ça se passait ? Bah, je sais pas, c'est pareil. Moi je les connaissais, quand il y avait un problème, je mettais un message à Isabelle et puis voilà. Donc... enfin, Isabelle Durand-Zaleski qui est celle qui est responsable des PASS, et voilà, on mettait le mail, pas de problème. [Q : Et le fait d'avoir une coordinatrice est donc plus... est mieux par rapport au fonctionnement ?] Bah oui, c'est bien. C'est quand même... il y a quand même beaucoup de dispositifs, ça permet de se tenir au courant d'un certain nombre de choses, ça permet d'avoir un interlocuteur quand il y a besoin. Moi, j'ai pas de grosses difficultés sur mon site, mais pour d'autres qui peuvent en avoir, ça permet aussi d'avoir un peu... je sais pas, un conciliateur, un médiateur, un... vous voyez ? Ça a aussi ce rôle-là. Donc bah si, enfin, je dis "j'ai pas de problème", on a tous des choses à régler qui demandent parfois un peu de consultation ou de parole. Mais j'ai pas les mêmes difficultés que d'autres parce que justement, j'ai globalement la grande équipe qui est avec moi. Donc c'est une grosse différence dans la manière de travailler. Je perds pas trop de temps sur ce côté-là. Je travaille avec eux [à savoir les responsables de l'ARS], mais je perds pas trop de temps à me battre contre eux, voilà (Rire.) »¹⁴⁵

La responsable du service social de l'hôpital Delafontaine (entretien n°10), également référente de la PASS, explique justement ce travail de « médiation » effectué par la coordinatrice. Elle peut tant aider à la demande de nouveaux financements auprès du ministère que donner des conseils concernant la manière de mettre en avant le travail effectué par la permanence de cet hôpital. Cette responsable met en avant les liens interpersonnels qui se sont noués entre les deux femmes et qui facilitent la sollicitation de la coordinatrice. Néanmoins, une interrogation émerge de manière indirecte : est-ce que ce lien interpersonnel, un « lien fort » d'après Granovetter¹⁴⁶, avec la coordinatrice régionale des PASS hospitalières n'aurait pas pour contrepartie de rendre difficile un passage de relais à un ou une remplaçante ?

« Là, en ce moment, je travaille un peu avec Barbara Bertini par rapport au développement de l'activité PASS, par rapport à des financements du ministère. Et notamment pour augmenter les consultations en médecine générale. [...] elle connaît finalement tellement bien aujourd'hui l'organisation de Saint-Denis qu'il y a des sujets que je n'ai même plus besoin de lui expliquer, donc elle sait. Après, elle peut me conseiller justement sur la façon de mettre en évidence tel ou tel sujet, la façon dont par exemple, je peux renseigner un rapport d'activités pour démontrer quelque chose. Donc aujourd'hui c'est là-dessus que je m'appuie au niveau de l'ARS, et c'est surtout sur ma collaboration avec Barbara. Parce que justement elle connaît

¹⁴⁵ Entretien n°19, responsable médicale de la PASS de l'Hôtel-Dieu, le 16/03/2021.

¹⁴⁶ Mark S. GRANOVETTER, « The Strength of Weak Ties », *American Journal of Sociology*, 1973, vol. 78, n° 6, pp. 1360-1380.

l'organisation de Saint-Denis, mais c'est pour le coup très interpersonnel. Si ça n'était pas Barbara et que c'était quelqu'un d'autre, je ne sais pas, ça dépendrait de cette autre personne. »¹⁴⁷

2.2. L'expérimentation et la modélisation des PASS ambulatoires

Par rapport aux PASS hospitalières qui comptent une vingtaine d'années d'existence au niveau national, les permanences ambulatoires voient le jour seulement au cours des années 2010 et cela en tant qu'expérimentation au niveau régional. Autant les centres municipaux de santé que les réseaux de santé associatifs ont été mobilisés par l'ARS d'Île-de-France afin de participer à la mise en place de ces dispositifs « de proximité »¹⁴⁸. Un document de l'agence signale : « L'idée est [...] de promouvoir au sein de structures de premier recours de ville les dispositifs passerelles [vers le droit commun] tels qu'il en existe déjà dans le milieu hospitalier »¹⁴⁹. L'expérimentation débute en 2013 avec cinq « opérateurs » sollicités en raison de leur « mobilisation préexistante sur le sujet »¹⁵⁰. Une année plus tard, en 2014, une autre structure de soins primaires accueille en son sein une PASS ambulatoire et, en 2017, quatre autres se joignent au groupe. Comme l'exposent les documents de présentation de cette agence déconcentrée de l'État francilienne, les « 10 PASS ambulatoires » se situent « pour la plupart en Seine Saint-Denis (Montreuil, Blanc Mesnil, Saint-Denis, Aubervilliers, La Courneuve), mais aussi dans le Val d'Oise à Goussainville, en Seine et Marne portés par réseaux RVH77 et AVIH 77, dans les Hauts de Seine porté par le réseau 92 Nord, et enfin dans le Val de Marne avec la PASS d'Ivry spécialisée en soins bucco-dentaires. »¹⁵¹ Depuis ce nombre a augmenté : en 2022, il y a 18 PASS ambulatoires en Île-de-France.

Il faut par ailleurs préciser qu'alors que les PASS hospitalières sont financées au niveau national par le ministère via une Mission d'intérêt général (50 000 euros annuels minimum chacune), les budgets des PASS ambulatoires proviennent des fonds propres de l'ARS IDF, renouvelés tous les ans – ils sont donc moins stabilisés. Aussi, il convient de signaler que l'agence n'a pas imposé un cadre contraignant (équipe type, objectifs à atteindre, etc.) aux structures participant à l'expérimentation. Elle a plutôt lancée l'initiative en vue de soutenir une action déjà en partie entamée, avec un budget annuel de 20 000 euros par structure, censé couvrir le temps de

¹⁴⁷ Entretien n°10, responsable du service social de Delafontaine et référente PASS, le 08/02/2021.

¹⁴⁸ « Les PASS ambulatoires (ou PASS de proximité). Programme expérimental co-animé avec le pôle Ambulatoire de la DOS, et mené en lien avec les référents ambulatoire ou PPS des Dd ».

¹⁴⁹ « Les PASS ambulatoires », Poster ARS IDF, 2018.

¹⁵⁰ « Les PASS ambulatoires (ou PASS de proximité). Programme expérimental co-animé avec le pôle Ambulatoire de la DOS, et mené en lien avec les référents ambulatoire ou PPS des Dd », *op. cit.*

¹⁵¹ *Ibid.*

coordination et servir de moyen de défraiement pour les consultations médicales. Or, le dispositif a largement cru et les financements ont suivi, en s'ajustant à l'activité (certaines structures reçoivent aujourd'hui, en 2022, jusqu'à 70 000 euros par an).

D'après les responsables de l'agence, le lancement de ce dispositif ambulatoire expérimental répond à la volonté d'éviter de potentielles discriminations, en raison du manque de couverture sociale et/ou de ressources. Ils expliquent aussi que le public visé est une patientèle locale (habitants des quartiers, du bidonville situé en périphérie, etc.), alors que les permanences hospitalières reçoivent surtout des étrangers primo-arrivants. Ayant affaire à des populations distinctes, ces dispositifs leur semblent complémentaires et non pas concurrentiels.

Un élément intéressant à prendre en compte est que ces structures de soins primaires n'ont pas nécessairement attendu l'ARS pour mettre sur pied des actions en direction des populations sans droits et précaires. Comme nous l'avons signalé, les cinq premières PASS ont été choisies pour le lancement de l'expérimentation parce qu'elles avaient déjà eu une certaine expérience dans le domaine. Rappelons que ces organisations de soins primaires, mettant en avant une approche coopérative ou collaborative entre différents professionnels de santé¹⁵², mènent depuis plusieurs décennies une action visant à proposer une autre alternative à celle de la prise en charge hospitalière.

À propos des réseaux de santé, Régine Bercot et Frédéric de Coninck expliquent que l'apparition de ceux-ci dans les années 1990, ainsi que leur promotion au cours de la décennie 2000, répond à « une tension inhérente à l'exercice de la médecine : entre un vécu de la santé par le patient qui est global et inscrit dans des normes et des pratiques sociales, d'une part, et, d'autre part, une recherche de santé par le corps médical qui est ancrée dans des protocoles expérimentaux analytiques et impersonnels. Cette tension est accentuée par l'organisation sociale de la médecine. Les règles de carrière dans le domaine hospitalo-universitaire valorisent des travaux scientifiques relevant de protocoles aussi proches que possible des protocoles reconnus comme valables dans les sciences de la matière. Le raccourcissement des durées de séjour à l'hôpital, provoqué par les exigences gestionnaires, conduit également à regarder le malade sous un angle aussi limité que possible. Les hiérarchies de valeur internes aux professions médicales conduisent, par ailleurs, à mettre l'accent sur l'action la plus parcellaire de la médecine, au détriment des acteurs intervenant

¹⁵² Comme le fait également et plus récemment, une autre organisation de soins primaires : les maisons de santé pluri professionnelles, à savoir des groupements des libéraux (médecins mais aussi infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes, etc.) qui mettent en avant la coopération dans leur travail. Cf. Nadège VEZINAT, *Vers une médecine collaborative: politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, op. cit.

sur la globalité de la personne. »¹⁵³ Les auteurs montrent dans leur enquête le travail en équipe des médecins, paramédicaux et travailleurs du social.

En ce qui concerne les centres de santé, Marie-Pierre Colin et Dominique Acker remarquent que ces derniers trouvent leur origine lointaine dans les consultations charitables instituées au XVII^e siècle. Les initiatives associatives, municipales et mutualistes dans ce domaine se dessinent néanmoins peu à peu, au cours des XIX-XX^e siècles. Les auteurs avancent que : « Les gestionnaires des centres de santé, particulièrement les municipalités, développeront progressivement le rôle de ces structures de soins de proximité en support d'une politique locale de santé publique, associant éducation pour la santé et vaccination, dépistage de cancers, des caries, des virus (VIH, VHC...), stratégies d'interventions coordonnées pour les pathologies chroniques... »¹⁵⁴. On peut constater ainsi que ses objectifs (prendre en charge la dimension sociale et non pas seulement médicale du patient) et ses modalités d'action (coopérative) rejoignent ceux des réseaux de santé associatifs préalablement cités. « Les centres de santé élaborent un projet de santé qui inclut des dispositions favorisant l'accès et la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. Ils s'attachent à répondre à un objectif commun : une médecine de qualité pour tous, prenant en compte le patient dans sa globalité et son milieu de vie. »¹⁵⁵

Sachant que ces organisations relèvent ou du monde des associations (réseaux de santé associatifs) ou des services municipaux (centres municipaux de santé), on peut faire le rapprochement avec le mécanisme qui se met en place dans la réponse de l'État vis-à-vis des problèmes publics : au lieu de créer de nouveaux dispositifs de toute pièce, celui-ci subventionne des structures déjà existantes qui connaissent les publics et qui bénéficient d'une certaine légitimité auprès de l'opinion publique¹⁵⁶. Parmi les permanences ambulatoires faisant partie de notre corpus, deux d'entre elles présentent justement une connaissance préalable des patients sans droits, ainsi que de l'action dite d'accès aux soins.

D'une part, le Réseau 92 Nord – ou plutôt son ancêtre, l'ARES 92¹⁵⁷ – met en place, en 2005, une sorte de PASS avant l'heure. En réaction à la fermeture de plusieurs « dispensaires »

¹⁵³ Régine BERCOT et Frédéric de CONINCK, *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris, L'Harmattan, 2006, p. 8-9.

¹⁵⁴ Marie-Pierre COLIN et Dominique ACKER, « Les centres de santé : une histoire, un avenir », *Santé Publique*, 2009, Vol. 21, n° hs1, pp. 57-65, p. 58.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 59.

¹⁵⁶ Michael LIPSKY et Steven Rathgeb SMITH, « When Social Problems Are Treated as Emergencies », *op. cit.*

¹⁵⁷ On donne plus d'informations sur l'histoire de ce réseau dans le Chapitre 3. L'ARES vient de « Association Réseau de Soins ».

(dispositifs « Accueils préventions santé ») financés par le département des Hauts-de-Seine, ce réseau associatif constitue, avec ses propres ressources, des permanences sociales afin d'orienter les patients sans droits vers les médecins de ville, tout comme pour défrayer ceux d'entre eux qui les prenaient en consultation. Deux ans plus tard, en 2007, le Conseil général subventionne l'association pour ces activités d'accès aux soins. En 2010, l'ARS prend le relais du financement du réseau par rapport à ces missions. Lorsque l'agence lance l'expérimentation des PASS ambulatoires, à partir de 2013, le Réseau 92 Nord fait partie des opérateurs à être mobilisés. Voici comment la directrice de cette association loi 1901 nous explique cette histoire où se dessine progressivement une PASS :

« La PASS a été créée en 2010 de mémoire [mais sans que ce soit officiellement une PASS], puisqu'initialement, sur les Hauts-de-Seine, il y avait ce qu'on appelait les dispensaires qui permettaient un accès aux soins gratuits à toute personne sans ouverture de droit à l'assurance maladie et qui étaient gérés par le Conseil Général, Conseil départemental maintenant. Et ces structures ont fermé sur décision politique. Et le Conseil départemental avait souhaité qu'il y ait quand même la possibilité, pour les personnes sans droit, d'avoir un accès aux soins. Et donc, nous avons octroyé une subvention à l'époque pour pouvoir prendre en charge les consultations [...]. Et en 2015, de mémoire, l'ARS a décidé de financer l'expérimentation des PASS ambulatoires, non pas en créant des structures mais en finançant des dispositifs qui fonctionnaient déjà [comme les réseaux de santé ou les centres municipaux de santé]. »¹⁵⁸

D'autre part, le Réseau Ville Hôpital (RVH) 77 Sud dispose également d'une sorte de PASS avant l'heure. Créée au début des années 1990, cette association lance ses consultations médicales gratuites et ses permanences de travailleurs sociaux dès 1997. En entretien (n°28), le directeur actuel du RVH 77 Sud raconte lui aussi la mise en place d'un dispositif d'accès aux soins par son association, bien avant que celui-ci soit labellisé comme étant une PASS ambulatoire. Financée d'abord aux frais des adhérents du réseau, cette permanence « qui n'avait pas le nom "PASS" » commence à recevoir des subventions de la part du département seulement à partir de 2006. L'ARS d'Île-de-France l'intègre à son expérimentation en 2013 et lui fait bénéficier de ses dotations.

« Notre consultation d'accès aux soins précarité est devenue au fur et à mesure du temps une PASS. Mais elle était déjà PASS ambulatoire dès 1997. [Q : OK. Mais c'est-à-dire que dès 1997, c'était déjà une PASS ?] Qui n'avait pas le nom « PASS ». [Q : OK.] Donc disons que c'était le même fonctionnement. C'était une consultation

¹⁵⁸ Entretien n°8, directrice du Réseau 92 Nord, gestionnaire d'une PASS ambulatoire, 27/01/2021.

d'accès aux soins gratuite pour les gens qui n'avaient pas de droits ou de possibilité de se faire soigner. »¹⁵⁹

De manière plus générale, les structures de soins primaires de ville – centres municipaux de santé et réseaux de santé associatifs – se trouvent confrontées à des patients précaires, parfois sans droits sociaux, tout comme l'hôpital. L'enquête réalisée nous a permis de constater que, même avant la mise en place d'un dispositif comme celui de la PASS ambulatoire, les professionnels de ces institutions ont trouvé des manières de gérer la situation des personnes ne pouvant pas payer leurs consultations médicales (fractionnement voire exonération des paiements, par exemple). Une agente administrative, travaillant depuis trente ans dans un centre municipal de santé concerné par notre enquête, nous explique les arrangements qui sont faits depuis longtemps – et à bas bruits – afin de gérer le cas de ces personnes aux faibles ressources. Cet extrait d'interview montre de quelle manière, avant la création de la PASS dans ce CMS, les patients précaires étaient accueillis par cette structure de soins primaires.

« J'ai l'impression [que les patients qui viennent ici] ont des revenus moyens voire des difficultés financières. Parce qu'on a même certains patients, moi je sais qu'une fois je suis tombé sur un patient qui m'a dit qu'il ne pouvait pas payer ses soins. Je lui ai demandé s'il avait une mutuelle. Il m'a dit qu'il n'avait pas les moyens d'avoir une mutuelle. La majorité ont une mutuelle mais quand même certains ont même pas les moyens d'avoir une mutuelle. [...] Comme je sais que [le directeur], il est "on soigne d'abord et l'argent on voit après", je fais exprès de pas rentrer toutes les factures et d'essayer de les écarter sur plusieurs mois pour pas qu'ils aient 200 euros à sortir d'un coup. Parce qu'avec l'informatique il ne faut pas rentrer les factures. Si vous rentrez les factures, ça fait un dû de 200 euros, donc je ne rentre pas les factures. Je rentre une petite facture, un mois, une autre petite facture, un autre mois, que les gens puissent payer petit à petit. »¹⁶⁰

¹⁵⁹ Entretien n°28, directeur du RVH 77 Sud, gestionnaire d'une PASS ambulatoire, le 03/06/2021.

¹⁶⁰ Entretien avec la secrétaire de l'infirmerie du CMS de Malakoff, le 12/08/2020. Cet entretien provient d'une autre enquête exploratoire réalisée entre juillet et septembre 2020 auprès de centres municipaux de santé franciliens dans le cadre de la recherche Epidaure-Territoires, lancée par l'Institut Jean-François Rey et dirigée scientifiquement par Nadège Vezinat.

3. LA QUESTION MIGRATOIRE COMME ENJEU POUR LES PASS

L'importante présence de personnes étrangères, en situation irrégulière ou en cours de demande d'asile, traverse l'ensemble des dispositifs d'action sanitaire et sociale en France. Le constat peut se faire tant pour l'hébergement ou la veille sociale que pour les permanences d'accès aux soins de santé. Des chiffres issus de différentes enquêtes statistiques, de même que les discours des professionnels de première ligne, donnent à voir les fortes proportions de populations allogènes, sous différents statuts, dans les guichets d'assistance. Les PASS hospitalières comptent 79% de patients de nationalité étrangère au niveau national en 2018¹⁶¹ et, d'après les témoignages recueillis durant notre enquête, ceux-ci représentent 90 % voire plus du nombre total de leur patientèle en Île-de-France (3.1). Face à cette surreprésentation de personnes étrangères, non nécessairement francophones, l'action publique et ses agents en première ligne s'adaptent. En ce qui concerne les permanences, des services téléphoniques de traduction peuvent être appelés, ou encore des postes de « médiateur » voient parfois le jour. Plus généralement, les professionnels des PASS cherchent à ajuster – de manière plus ou moins institutionnalisée, selon les ressources avec lesquels ils comptent – leur action vis-à-vis des publics étrangers. Trois modalités se dégagent : l'interprétariat institutionnalisé, le poste d'interprète ou médiateur dédié et la traduction informelle (3.2)

3.1. Un enjeu qui traverse l'ensemble des dispositifs d'action sanitaire et sociale

Les chiffres produits par diverses institutions de recherche concernant les publics de l'action sanitaire et sociale – à savoir les populations considérées comme « pauvres » dans la société française car touchant ou devant toucher l'assistance¹⁶² – donnent à voir la part considérable que les étrangers occupent parmi eux. En ce sens, les statisticiens de l'Institut national de statistique et d'études économiques (INSEE) montrent comment les « sans-domicile » (personnes ayant dormi la veille de l'enquête ou dans un lieu non prévu à l'habitation ou dans un service d'hébergement, et retrouvées dans les abords de ces services, des sites de distribution alimentaire ou dans l'espace

¹⁶¹ Barbara BERTINI, Rémi LAPORTE, Elisabeth PIEGAY et Muriel SCHWARTZ, « Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les soins aux populations migrantes », *op. cit.*

¹⁶² Georg SIMMEL, *Les pauvres*, Paris, Presses universitaires de France, 1998 Serge PAUGAM, *La disqualification sociale*, *op. cit.*

public) comptent de plus en plus de personnes étrangères. Ces chercheurs ne remarquent pas seulement que le nombre de « sans-domicile » a augmenté de 50% en dix ans, soit entre l'enquête SD de 2001 et celle de 2012¹⁶³. Leur nombre atteint en 2012 : 141 500 personnes. Ils constatent aussi que, sur la même période, la proportion d'étrangers dans cet ensemble est passée de 30% à 50%. Par ailleurs, leurs recherches rendent compte que les demandeurs d'asile – non spécifiés dans l'enquête SD de 2001 – atteignent le taux de 16 % parmi les « sans-domicile » en 2012.

Depuis 2012, les chiffres n'ont pas été mis à jour. Toutefois, les associations caritatives réalisent des estimations en croisant différentes données permettant d'appréhender cette population qui mène une carrière de survie, à savoir une « carrière interstitielle entre rue et assistance »¹⁶⁴. À l'hiver 2020, la Fondation Abbé Pierre avance dans son rapport annuel sur le mal-logement le chiffre de 300 000 personnes « sans-domicile » – toujours au sens de l'INSEE – en France¹⁶⁵. En ce sens,

leur nombre aurait doublé depuis 2012 et triplé depuis 2001. Bien évidemment, il faut rester très prudent sur ces chiffres parce que le rapport de la FAP se fonde sur des estimations issues de diverses provenances¹⁶⁶. Néanmoins, sachant qu'entre 2012 et 2020 une « crise migratoire » s'est produite dans le pays et que de manière générale les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) n'ont pas de places suffisantes pour héberger ceux-ci, il est possible de faire l'hypothèse que la part des étrangers n'a pas reculé parmi les sans-domicile. Elle a très probablement augmenté.

Il faut néanmoins préciser le cas particulier de l'Île-de-France où, selon le recensement de la population de 2006, la part d'étrangers est deux fois supérieure à la moyenne de la France

¹⁶³ Françoise YAOUANCO, Alexandre LEBRERE, Maryse MARPSAT, Virginie REGNIER, Stéphane LEGLEYE et Martine QUAGLIA, « L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales », *INSEE Première*, juillet 2013, n° 1455.

¹⁶⁴ Pascale PICHON, « Survivre la nuit et le jour. La préservation de soi face au circuit d'assistance », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 1996, vol. 9, n° 34, pp. 164-179 ; Katia CHOPPIN et Edouard GARDELLA (dir.), *Les sciences sociales et le sans-abrisme: recension bibliographique de langue française, 1987-2012*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2013, p. 18.

¹⁶⁵ FONDATION ABBE PIERRE, *L'état du mal-logement en France 2021* [Rapport], 2020.

¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 195-198. La Fondation Abbé Pierre déplore que l'INSEE n'ait pas réalisée une nouvelle enquête SD (sans-domicile) depuis 2012. Tout comme le ministère de la Cohésion des territoires, la FAP se résout à additionner « les enquêtes de la DGCS sur les établissements sociaux, les données issues du système d'information des SIAO et l'harmonisation des diverses opérations de recensement des personnes sans domicile type "Nuits de la Solidarité" organisées dans quelques villes de France » (p. 196) (elles-mêmes recourant à des méthodologies distinctes). Elle signale qu'« on peut toutefois observer que, fin 2020, environ 180 000 personnes vivaient en hébergement d'urgence ou d'insertion généraliste et 100 000 au sein du dispositif national d'accueil, soit a minima 280 000 personnes sans domicile au sens de l'Insee. Dans un rapport de novembre 2020, la Cour des comptes retient le chiffre de 300 000 personnes sans domicile fixe. Si l'on y ajoute les milliers de personnes vivant à la rue, dans les bois ou en bidonville, toutes ces estimations montrent que le nombre de personnes privées de domicile est sans doute plus du double de celui de 143 000 datant de 2012, et du triple de celui de 2001. » (p.198). Cette estimation – issue de diverses institutions et de méthodologies différentes – mérite néanmoins d'être prouvée par une enquête plus solide.

métropolitaine¹⁶⁷. Ce constat peut servir, en partie, à contextualiser les chiffres qui concernent les populations franciliennes en situation de précarité au sein desquelles les immigrés se trouvent surreprésentés. L'enquête ENFAMS (Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France), menée par l'Observatoire du Samusocial de Paris, pointait en 2013 le « rapprochement contemporain entre politiques sociales et gestion de l'immigration »¹⁶⁸. Ses chercheurs situent à la fin des années 1990 l'augmentation des populations étrangères dans les filières de l'hébergement social. Celles-ci représentent environ entre 35 et 40 % du total de « sans-domicile ». Sur leur échantillon aléatoire de 801 familles hébergées (en hôtel social, en centre d'hébergement d'urgence – CHU, centre d'hébergement et de réinsertion sociale – CHRS ou centre d'accueil pour demandeurs d'asile – CADA), à savoir 10 280 familles ou 35 000 personnes, les rédacteurs du rapport ENFAMS constatent que « 94 % des adultes interrogés déclarent être nés à l'étranger ; neuf sur dix n'ont pas la nationalité française. »¹⁶⁹ Ces personnes non seulement ne comptent pas avec un logement personnel, mais aussi ont une situation professionnelle délicate (« si 52 % sont actifs, seuls 18 % déclarent travailler »¹⁷⁰). L'explication se trouve dans les situations administratives qui empêchent de travailler (personnes en voie de régularisation, demandeurs d'asile et certains ressortissants de l'Union Européenne). De manière générale, les conditions de vie de ces familles (ressources financières, confort de l'hébergement, etc.) sont dégradées.

Comme le montre le rapport ENFAMS, la réponse publique affecte en elle-même la stabilité des personnes. À l'égard de ces publics-cibles, « le système d'hébergement repose principalement sur l'hôtellerie sociale, où résident les trois quarts des familles, et par où sont passées 95 % des familles au moins une fois dans leurs parcours. » Tout comme les CHU, ces hôtels sociaux constituent des solutions d'hébergement de court terme que les personnes doivent renouveler, très souvent en changeant de structure et cela pouvant se produire entre villes ou départements distincts en Île-de-France. Les femmes enceintes n'ont pas été épargnées. « La mobilité résidentielle pendant la grossesse est conséquente : elles avaient déménagé 4,6 fois en moyenne (et jusqu'à 11 fois) au cours de leur grossesse. »¹⁷¹ Pour ne donner qu'un exemple de répercussion de cette « instabilité résidentielle », il est possible de dire que la « non scolarisation des enfants [est] au moins 10 fois

¹⁶⁷ *Programme régional d'accès à la prévention et aux soins, 2013-2017, op. cit.*, p. 80.

¹⁶⁸ OBSERVATOIRE DU SAMUSOCIAL DE PARIS, *ENFAMS: Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France* [Rapport], 2013, p. 19.

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 20.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 24.

plus importante qu'en population générale [et qu'elle] est associée à la survenue de déménagement(s) dans l'année écoulée. Cette non scolarisation est plus fréquente en hôtel (13%) qu'ailleurs (10%). »¹⁷² La santé de ces personnes se voit de même fragilisée et se traduit notamment par l'insécurité alimentaire ressentie. « Près de huit familles sur dix et deux enfants sur trois en souffrent »¹⁷³. Plus précaire est la situation de la personne, plus cette insécurité – ainsi que d'autres maladies : l'anémie, l'obésité, etc. – s'accroît. Les obstacles pour se soigner et avoir recours aux soins constituent d'autres indicateurs de santé alarmants : 20 % de ces familles sans logement personnel en Île-de-France ne sont pas couvertes par l'assurance maladie.

L'interrogation à propos de la présence des étrangers parmi les publics pris en charge par les dispositifs d'assistance peut être explorée en amont de la prise en charge par l'hébergement social. Il est possible de questionner les demandes faites en vue d'obtenir une place dans un centre d'accueil. À l'aide de la base de données du Samusocial de Paris, gestionnaire du système intégré accueil et d'orientation (SIAO) ou 115, Pierre Eloy décrit dans sa thèse cette surreprésentation des immigrées parmi les familles en demande d'hébergement dans la capitale. L'auteur explique ainsi qu'entre « 2010 et 2016, la part des familles appelant la première fois le Samusocial et pour lesquelles ce dernier a formulé une réponse (positive ou négative) a augmenté de 40%, passant de 3 343 en 2010 à 4 682 familles en 2016. Près de 90% des chefs de famille, primo appelants en 2016, sont nés à l'étranger. »¹⁷⁴ Le démographe donne ensuite des détails sur les particularités de ces populations. Si ces précisions concernent uniquement le cas parisien, nous pouvons penser qu'elles ne sont pas radicalement différentes des situations qui se retrouvent en Île-de-France. « Les familles proviennent d'Afrique, spécialement des pays d'Afrique subsaharienne et aussi des pays de l'Union européenne, dont près de 90% de Roumanie et Bulgarie. »¹⁷⁵ Pierre Eloy constate, de plus, la précarisation de ces personnes. « De 2010 à 2016 la population régulière est en nette diminution et à l'inverse, le nombre de famille dont le chef de ménage est sans-papiers est passé de 38% à 48% sur la même période. »¹⁷⁶ L'auteur signale aussi que « la part de personnes sans ressources passe de 45 % à 52% »¹⁷⁷.

¹⁷² *Ibid.*, p. 21.

¹⁷³ *Ibid.*

¹⁷⁴ Pierre ELOY, *Héberger les vulnérables, éloigner les indésirables : trajectoires de prise en charge des familles immigrées sans abri à Paris*, Paris 1, 2019, p. 202, URL complète en biblio.

¹⁷⁵ *Ibid.*

¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 203.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 204.

Toutes ces données livrent un aperçu des caractéristiques des patients qui se retrouvent dans les PASS, dispositifs permettant aux personnes sans droits et sans ressources d'avoir accès à des consultations médicales. Des chiffres de 2018 issus de l'enquête PIRAMIG montrent la surreprésentation des populations immigrées dans la file active des permanences hospitalières¹⁷⁸. Seulement 21 % des patients proviennent de France. Les autres personnes venues consulter dans les PASS hospitalières, à savoir 79% du total, sont étrangères. Leurs origines se répartissent entre l'Afrique sub-saharienne (27%), le Maghreb (11%), l'Europe hors Union européennes (21%), d'autres pays de l'Union (8%), l'Asie (7%) et l'Amérique (5%). À ce sujet, les coordinatrices ou coordinateurs régionaux des PASS « témoignent du changement des publics migrants ». D'après eux, les migrations économiques et politiques de travailleurs pauvres (issus du Maghreb, d'Afrique sub-saharienne et gens du voyage) auraient été en partie remplacées, notamment depuis 2015, par des migrations liées aux conflits armés de certaines zones du globe (Afrique de l'Est et Moyen-Orient). Par ailleurs, ces données de PIRAMIG permettent de constater que les patients venus consulter en PASS hospitalières ont la plupart du temps un défaut de couverture sociale, qu'il soit total (58%) ou partiel (12%). Une minorité possède ou une protection universelle maladie avec complémentaire (14%), une aide médicale d'État (9%) ou une couverture d'une autre pays européen (3%).

La surreprésentation d'étrangers, souvent sans papiers ou en cours de demande d'asile, se perçoit aussi dans les discours des professionnels rencontrés lors de notre enquête. Il va de soi pour eux que leur action dans les PASS (hospitalières mais aussi ambulatoires) vise à résoudre en grande partie le manque de couverture sociale de ces personnes. Lorsque nous demandons des précisions, ou quand les professionnels parlent de manière spontanée sur les patients accueillis, ces derniers exposent les mêmes constats. Issus de différentes permanences, tant hospitalières qu'ambulatoires, aussi bien parisiennes que franciliennes, les quelques extraits d'interviews présentés ci-dessous exposent la manière par laquelle la question migratoire croise ce dispositif d'assistance sur tous les territoires de la région. S'ils donnent les chiffres de tête – certains admettant le caractère « pas statistique » de leurs remarques –, ces données ont pour avantage de montrer le ressenti des agents de première ligne. Leur travail se dirige presque dans son entièreté (le taux de 90% est le plus souvent cité par les professionnels interviewés) aux personnes étrangères et notamment à celles en situation irrégulière ou en cours de demande d'asile.

¹⁷⁸ Barbara BERTINI, Rémi LAPORTE, Elisabeth PIEGAY et Muriel SCHWARTZ, « Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les soins aux populations migrantes », *op. cit.*

« [J]e dirais, sur le public que je reçois, 90 %... et encore, plus de 90 % n'ont pas de papiers ou ne sont pas régularisés, ou peuvent pas prétendre à autre chose que l'aide médicale, voilà. » (assistante sociale à la PASS de l'hôpital Pontoise, n°50)

« Bah la majorité, je vais dire 95 % des personnes qu'on reçoit sont beaucoup des gens donc qui viennent d'arriver sur le territoire français, qui sont demandeurs d'asile, donc qui ont quitté leur pays soit pour des raisons économiques, soit parce que dans leur pays il y a la guerre ou... enfin voilà, ils ont été obligés de partir ou qu'ils sont en danger de mort dans leur pays. » (infirmière à la PASS du CHIMM, n°32)

« [D]epuis quelques années, la patientèle a vraiment changé, oui. Nous avons essentiellement des demandeurs d'asile et essentiellement des personnes qui ont réussi à avoir l'aide médicale, ou l'AME ou la CMU, voilà, à 90 %. » (aide-soignant à la PASS de l'hôpital Lariboisière, entretien n°21)

« Bah c'est surtout des gens qui sont en galère et qui savent pas faire, tu vois. Donc il y a quand même pas mal de gens étrangers, en situation régulière ou irrégulière quand même, qui savent peu écrire le français, peu lire. Il y a quand même une dominante de l'AME, de gens en situation irrégulière quand même. » (coordinatrice sociale à la PASS du réseau 92 Nord, entretien n°23)

L'extrait de l'entretien avec l'assistante sociale à la PASS de l'hôpital Saint-Louis (entretien n°16) résume bien l'ensemble de points évoqués dans cette sous-section. Les personnes ne sont pas uniquement étrangères, mais cumulent également des difficultés dans leurs conditions de vie, ce qui se traduit en particulier par leur vulnérabilité résidentielle.

« 99 % des personnes, des patients, que l'on voit ici, ce sont des étrangers. La moitié, je pense, sont demandeurs d'asile. Beaucoup sont en procédure Dublin, donc ont déjà été enregistrés dans un premier pays européen. Bon nombre d'entre eux, concernant leur situation, vis-à-vis du logement, sont soit sans domicile fixe, soit sont hébergés, soit chez des tiers, des compatriotes, des connaissances. Ou alors soit dans des structures types... via le 115, par exemple, les centres d'hébergement d'urgence, etc. Donc, là, en fonction de leur situation administrative, ça détermine, un peu, les choses. Si on est demandeur d'asile, c'est pas pareil que quand on est en situation irrégulière, quand on n'a pas de papiers. Donc, voilà, le but c'est l'accès aux soins, ça c'est la mission première des PASS. »¹⁷⁹

¹⁷⁹ Entretien n°16, assistante sociale à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

3.2. S'adapter aux patients non-francophones

La présence considérable de personnes étrangères venant aux PASS tant hospitalières qu'ambulatoires implique, comme le suggèrent les citations ci-dessus, un travail d'ouverture de droits sociaux. Il s'agit, d'une part, en direction des patients qui se trouvent en situation régulière, de veiller à les faire accéder à la Complémentaire santé solidaire (CSS) – dispositif remplaçant la CMU-C depuis 2019¹⁸⁰. D'autre part, pour ceux qui sont en situation irrégulière, l'objectif consiste à leur donner la possibilité d'obtenir l'Aide Médicale d'État (AME). Central dans le principe même des PASS, ce travail relève de son volet social. Dans ce cadre, les assistantes sociales effectuent l'ouverture de droits des patients. Il sera particulièrement question de cette activité lorsque nous aborderons les enjeux professionnels qui traversent les permanences d'accès aux soins (Chapitre 5). Ici, l'attention se focalisera sur un autre défi qui concerne tous les intervenants du dispositif et qui découle de cette surreprésentation de populations allogènes dans leurs consultations : le fait de devoir communiquer avec des personnes qui ne parlent pas nécessairement le français.

Tout d'abord, il faut savoir que, selon l'enquête PIRAMIG de 2018, 33% des patients des PASS hospitalières ont bénéficié « d'interprétariat » lors de leurs consultations¹⁸¹. Pourtant, cela ne veut pas dire qu'un service payant, donnant accès à des interprètes professionnels, ait été mobilisé. Par exemple, lors d'une interview avec l'assistant social de la PASS l'Hôtel-Dieu, celui-ci nous montre un tableau Excel où ses collègues et lui-même renseignent des informations concernant l'activité effectuée auprès des patients (nombre de passages, de demandes d'AME, de CSS, d'orientations vers une association, etc.). Il note ainsi que sur 232 entretiens sociaux, il a eu des difficultés à échanger avec les patients à 34 reprises et qu'il a eu recours 17 fois à des interprètes. Ce professionnel du social précise toutefois que : « C'est pas forcément des appels [à un interprétariat institutionnel], mais parce que comme je vous dis ça peut être aussi faire appel à quelqu'un, à un compatriote pour faire la traduction ou y aller à coups de Google traduction ou à coups de téléphone qui font des traductions. »¹⁸²

¹⁸⁰ Pour rappel, comme l'indique le site de l'assurance maladie, depuis « le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire. » Cf. <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment> (Consulté le 31 août 2021).

¹⁸¹ Barbara BERTINI, Rémi LAPORTE, Elisabeth PIEGAY et Muriel SCHWARTZ, « Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les soins aux populations migrantes », *op. cit.*

¹⁸² Entretien n°24, assistant social à la PASS de l'Hôtel-Dieu, le 30/04/2021.

De manière générale, comme l'indiquent les coordinateurs et coordinatrices régionales du dispositif dans un article publié dans *Actualité et dossier en santé publique* en 2020, l'« allophonie est fréquente chez les patients des PASS »¹⁸³. Ce besoin de traduction se manifeste dans l'ensemble des sites étudiés dans cette enquête. Comme le suggère le verbatim préalablement cité, il apparaît que les équipes des permanences s'adaptent à ces situations de diverses manières. Trois formes semblent se dégager : (3.2.1) le recours à un service d'interprétariat institutionnel, (3.2.2) la création d'un poste dédié à la médiation ou à l'interprétariat au sein de l'équipe, et (3.2.3) la mobilisation d'une traduction informelle – les professionnels se débrouillent avec leurs connaissances en langues ou des logiciels de traduction gratuits, à l'image de *Google Translate*, ils appellent aussi d'autres soignants qui parlent la langue des patients ou acceptent des accompagnateurs de ces derniers (amis, famille, bénévoles d'associations caritatives, travailleurs sociaux, etc.). Il convient de garder à l'esprit que ces trois modalités d'adaptation peuvent coexister au sein d'une même institution. Elles sont mobilisées selon les besoins et les moyens des professionnels (Encadré 2).

Encadré 2. Un répertoire tripartite de la traduction pour les PASS

Il faut penser de manière interdépendante les différentes modalités d'adaptation des intervenants des PASS hospitalières et ambulatoires face aux personnes non francophones. Ces pratiques font partie d'un même répertoire de la traduction, à l'image de ce qui a pu être analysé dans le cadre de l'action collective¹⁸⁴. Dans la plupart des cas sur lesquels nous avons enquêté, les professionnels essaient de passer par des traducteurs informels ou, cas plus rare puisque n'existant qu'exceptionnellement, par le médiateur ou interprète attitré de leur organisation, avant de se tourner vers l'interprétariat institutionnel. Le discours de la cadre du service social de l'hôpital Delafontaine, institution gestionnaire d'une PASS, expose ces diverses manières de s'adapter aux patients. Les trois modalités de traduction (interprétariat institutionnel, médiateur ou interprète dédié, traduction informelle) appartiennent à un répertoire dans lequel les professionnels peuvent piocher l'option qui

¹⁸³ Barbara BERTINI, Rémi LAPORTE, Elisabeth PIEGAY et Muriel SCHWARTZ, « Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les soins aux populations migrantes », *op. cit.*

¹⁸⁴ Charles TILLY, « Les origines du répertoire d'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 1984, vol. 4, n° 1, pp. 89-108.

leur semble la meilleure selon la complexité des cas traités et les ressources sur lesquelles elles peuvent compter.

« Après, il y a beaucoup de personnes qui parlent très peu le français aussi et on a un partenariat avec ISM [Inter Service Migrant] où on peut fonctionner soit par téléphone. Là, ce qui est pratique, c'est qu'on peut l'avoir sous une quinzaine de minutes si c'est une langue relativement commune. Ou en présentiel, et là il faut programmer un rendez-vous, souvent avec trois-quatre jours de décalage, de façon à permettre à l'interprète de venir sur place sur un rendez-vous prévu avec le patient. Donc les deux sont possibles. Après, on peut aussi fonctionner avec les professionnels de santé d'ici hein, des professionnels de l'hôpital qui vont parler différentes langues, que ce soit au sein du service ou que ce soit des professionnels soignants. Tout dépend de ce qu'on a besoin d'aborder avec le patient. Si c'est des entretiens trop complexes, c'est pas forcément indiqué. Et puis après, les personnes peuvent venir, des fois, avec des accompagnants. [...] [L]es situations sur lesquelles on a étayé davantage par rapport à ce que propose l'ISM, c'est sur justement le public qui vit en bidonville et qui est roumanophone, où là on a un partenariat avec une ONG qui s'appelle Première Urgence Internationale qui fait des permanences de médiation sanitaire ici. [...] Historiquement, c'était des profils de médiateur en santé roumanophones. Aujourd'hui, avec les difficultés de recrutement de l'ONG, on a un médiateur en santé et un interprète roumanophone, ce qui fait que du coup il y a deux personnes qui vont essayer de travailler ensemble pour voir ce que ça pourra donner »¹⁸⁵.

3.2.1. Interprétariat institutionnel

Sur les divers terrains enquêtés, tant parisiens que franciliens, tant ambulatoires qu'hospitaliers, les professionnels des PASS évoquent la possibilité de faire appel à un service d'interprétariat : Inter Service Migrant (ISM). Celui-ci se présente comme une « association à but social et non lucratif dont l'objectif est de permettre l'accès des personnes non francophones à leurs droits fondamentaux en levant la barrière de la langue. »¹⁸⁶ Créée en 1970, cette organisation se revendique « chef de file » de l'institutionnalisation du « métier » d'interprète notamment « en milieu médical, social et administratif »¹⁸⁷. Elle a ainsi participé à la mise en place d'une Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France en 2012, ainsi qu'à l'élaboration d'un Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique publié par la Haute Autorité de Santé en 2017. Son action contribue de cette manière à la légitimation auprès des institutions publiques d'un « groupe professionnel », ensemble qu'il ne faut pas

¹⁸⁵ Entretien n°10, responsable du service social de Delafontaine et référente PASS, le 08/02/2021.

¹⁸⁶ <https://ism-interpretariat.fr/qui-sommes-nous/> (Consulté le 31 août 2021).

¹⁸⁷ *Ibid.*

comprendre comme protégé, fermé ou codifié, mais comme évolutif, vulnérable, ouvert, instable¹⁸⁸. Intervenant de nos jours sur tout le territoire français et couvrant 180 langues, cette association fait l'objet de sollicitations pour ses services d'interprétariat téléphonique ou en présentiel de la part des professionnels interviewés. Il ressort des entretiens effectués que leurs demandes concernent surtout l'interprétariat par téléphone. La prise de contact avec l'interprète au bout du fil peut se faire au bout de quelques minutes, alors que le service en face-à-face nécessite une coordination de quelques jours. Ce délai n'arrange pas les soignants qui considèrent qu'il est difficile de remobiliser les patients un autre jour. De plus, l'interprétariat en présentiel déroge au secret médical, ce que les médecins essayent d'éviter ou, du moins, de limiter.

Il apparaît surtout que l'usage de ces services se fait de manière parcimonieuse en raison du prix élevé qu'il représente pour les finances de l'hôpital ou de l'organisation (centre municipal de santé ou réseau de santé associatif) qui gère la PASS. La coordinatrice sociale d'une PASS ambulatoire des Hauts-de-Seine signalait que tu « as intérêt à regarder l'heure parce que c'est super cher » et qu'« en général [elle n'en a] pas trop eu besoin parce qu'ils [les patients] se font accompagner »¹⁸⁹. Une cadre socio-éducative, encadrant l'assistante sociale de la PASS du Centre hospitalier intercommunal de Meulan-les-Mureaux (CHIMM), signale que derrière le recours à ISM – qu'elle doit valider –, « il y a un enjeu financier au niveau de la DLA ». Elle explique que « c'est des situations qu'on utilise pas beaucoup. C'est très ponctuel. »¹⁹⁰ Par ailleurs, cette utilisation modérée de l'interprétariat institutionnel – variable néanmoins entre les services et dépendant des ressources institutionnelles¹⁹¹ – se traduit par deux pratiques dans l'ensemble des sites étudiés.

D'une part, l'appel aux interprètes d'ISM se fait uniquement en consultation médicale ou en entretien social, soit respectivement en présence du médecin ou de l'assistante sociale. Les autres professionnels, qui font souvent un premier travail de déblayage de la situation du patient et qui ont une position subalterne par rapport aux professionnels cités, n'y ont pas accès. C'est le cas en l'occurrence des infirmières, aides-soignants, secrétaires, mais également des intervenants non-

¹⁸⁸ Didier DEMAZIERE et Charles GADEA (dir.), *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009 Nadège VEZINAT, *Sociologie des groupes professionnels*, Malakoff, Armand Colin, 2016.

¹⁸⁹ Entretien n°8, directrice du Réseau 92 Nord, gestionnaire d'une PASS ambulatoire, le 27/01/2021.

¹⁹⁰ Entretien n°29, cadre socio-éducative à la PASS du CHIMM, le 04/06/2021. Selon cette professionnelle, depuis son arrivée il y a 5 ans, ce service d'interprétariat institutionnel a dû être sollicité deux fois au total.

¹⁹¹ Si les appels à ISM semblent très contrôlés au CHIMM, à la PASS de Pontoise on déclare que des appels se font régulièrement. De même, à la PASS de l'EPS Ville-Evrard, l'assistant social nous explique : « J'en fais pas non plus plusieurs par jour, mais assez régulièrement, une fois par semaine. Quand les gens arrivent pas du tout à communiquer, on appelle l'ISM. Mais en général, ça se fait [l'appel téléphonique] par haut-parleur. » Cf. Entretien n°42, assistant social à la PASS de Ville-Evrard, le 17/06/2021.

salariés (services-civiques, bénévoles) des permanences. L'une des infirmières de la PASS de l'hôpital Saint-Louis (entretien n°17) déclare en ce sens :

« Alors c'est vrai qu'ici il y a ce luxe de ISM, mais c'est vrai qu'on laisse ça aux assistantes sociales qui creusent un peu la situation, au médecin qui en a besoin aussi. Nous on essaie de faire avec pour prendre une identité, essayer de comprendre le problème, au début on se dit : "on va faire simple". »¹⁹²

D'autre part, les professionnels qui ont la possibilité de faire appel à ces interprètes institutionnels ne le font que lorsqu'il devient impossible à leurs yeux d'échanger avec les patients. La sollicitation auprès d'ISM constitue, par conséquent, un ultime recours pour eux. Le directeur du Réseau Ville Hôpital 77 Sud, gestionnaire d'une PASS ambulatoire, signale que l'appel à ISM se fait « pour les cas un peu particuliers »¹⁹³. À savoir lorsque la communication avec le patient semble vraiment compromise. Aussi, le propos de la directrice du Réseau de santé 92 Nord, association gestionnaire d'une PASS ambulatoire qui s'appuie sur le maillage de médecins généralistes du département pour organiser les consultations de leurs patients, rend compte du recours, en dernière instance, de l'interprétariat institutionnel. Elle explique qu'en fonction de la langue parlée par le patient, celui-ci sera envoyé de manière préférentielle vers un professionnel qui pourra communiquer avec lui. Seulement si le malade et le médecin n'arrivent pas à échanger, le réseau propose à ce dernier de faire appel à ISM.

« [E]n fait, on a la chance au sein de l'équipe d'avoir des professionnels qui parlent plusieurs langues. [...] Et quand il y a besoin, on fait appel à Inter Service Migrants pour des consultations dans ces cas-là des médecins généralistes. Nous, on oriente la personne vers le médecin traitant. On essaie de trouver un médecin qui va parler la langue du patient quand c'est possible. Et sinon, on lui propose de prendre en charge une consultation avec un interprète d'Inter Service Migrants. »¹⁹⁴

Dans la même veine, une infirmière intervenant dans la PASS du CHIMM raconte comment ce « service de traduction » – qui coûte très cher – constitue pour leur équipe le dernier recours, une fois que les autres modalités d'interprétariat possible ont été épuisées.

« Généralement, on se donne les moyens quand même de faire en sorte que la personne nous comprenne. Ça arrive aussi qu'on fasse appel... parce que sur l'hôpital, il y a une liste de gens qui parlent peul, qui parlent wolof ou... enfin les

¹⁹² Entretien n°17, infirmière à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

¹⁹³ Entretien n°28, directeur du Réseau Ville Hôpital 77 Sud, gestionnaire d'une PASS ambulatoire, le 03/06/2021.

¹⁹⁴ Entretien n°8, directrice du Réseau 92 Nord, gestionnaire d'une PASS ambulatoire, le 27/01/2021.

dialectes. Et du coup, quand on voit que Google translate ça suffit pas ou qu'on voit que ça... qu'il y a un problème de compréhension... ou alors, on leur dit de revenir la prochaine fois avec quelqu'un qui parle français ou anglais ou... Mais non, enfin généralement, on laisse pas les gens en disant : "oh là là, il a rien compris, ça va le faire quoi". Non, on organise les choses. [...] Mais c'est vraiment en dernier recours qu'on fait appel au service de traduction. »¹⁹⁵

3.2.2. Poste dédié de médiation/interprétariat

Le recours à une médiatrice ou interprète qui serait insérée dans l'équipe, ou qui collaborerait avec elle, constitue une deuxième modalité d'adaptation face à la population non francophone. Ces cas semblent néanmoins exceptionnels. Dans le cadre de notre recherche auprès de 13 organisations différentes (voir chapitre 3 pour une présentation idéal-typique des PASS), nous avons approché seulement trois dans lesquels un de ces postes participe à l'activité de la permanence. L'une de celles-ci est la PASS de l'hôpital Delafontaine. Comme cela a été décrit dans le dernier encadré présenté, ce service s'appuie sur le travail d'une association humanitaire (Première Urgence Internationale) et plus précisément de deux de ses intervenants (un médiateur en santé et un interprète roumanophone). Une autre organisation qui mobilise une médiatrice est la PASS ambulatoire du centre municipal de santé de La Courneuve. Créée en vue de venir en aide à l'assistante sociale du CMS dans le cadre de la permanence, le poste n'a pas été conçu en relation à une langue parlée. La médiatrice qui l'occupe provient de l'équipe d'accueil et se trouve là en raison d'une conjonction d'opportunités. En effet, cette personne vient de monter dans la hiérarchie de la fonction publique territoriale après avoir passé un concours (grade de rédactrice) et le poste en question s'ouvre en raison d'un financement de l'ARS relatif à la PASS. Il se trouve néanmoins que cette femme détient un DEUG¹⁹⁶ de langues et parle l'anglais, l'arabe et dispose de notions d'espagnol. Ces compétences langagières lui permettent d'échanger avec une bonne partie des patients non francophones sans droits qui arrivent au CMS. Voici comment cette médiatrice parle de la communication avec les patients.

« En majorité, c'est des primo arrivants. [Q : c'est-à-dire des primo arrivants sur le territoire ?] Oui, la majorité... En majorité, population maghrébine, Afrique du Nord, euh... Bien souvent francophones. J'ai pas ce gros problème de langue. Je dois en avoir 2 ou 3 mais c'est surtout pour la population venant d'Inde. Parce que je parle l'anglais mais il y a des patients qui ne parlent pas forcément l'anglais [...]

¹⁹⁵ Entretien n°32, infirmière à la PASS du CHIMM, le 04/06/2021.

¹⁹⁶ Un diplôme équivalant de nos jours à une Licence 2.

...sinon c'est plus l'arabe. L'arabe, je le parle couramment, euh, la population subsaharienne, j'ai pas de souci par rapport à ça. »¹⁹⁷

Enfin, le dernier cas de figure constitue celui de la PASS ambulatoire gérée par le Réseau Ville Hôpital 77 Sud. En son sein, un poste de « médiatrice santé interprète » a été créé en vue d'aider à la communication avec la population « rom » qui habite sur son territoire d'action depuis un an et qui se rend de manière fréquente dans ses locaux. Le directeur de ce réseau de santé associatif expose les raisons qui ont conduit son organisation à se munir d'une médiatrice, les possibilités de financements que l'association a reçu pour la création du poste ainsi que les caractéristiques du travail de médiation. Il rend compte également du départ de cette intervenante et de son remplacement par une autre parlant quatre langues.

« Depuis l'année dernière – 2020, avec l'arrivée massive de personnes roms sur notre territoire, nous avons dû organiser des actions Covid et accueillir beaucoup de gens au sein de la PASS. On a embauché — grâce à des subventions de l'ARS — une médiatrice santé interprète qui parlait... qui venait de la communauté rom. [...] Donc elle a servi d'interprète à toute cette population que nous avons eue pendant plus d'un an. D'accord ? [Ouais.] Cette personne a décidé de partir. Mais là j'ai rembauché bientôt une autre personne qui va être médiatrice santé et qui elle va venir travailler avec nous, des formations initiales qui n'ont rien à voir, qui travaille dans le social depuis un an en France et qui parle quatre langues. »¹⁹⁸

3.2.3. Des traductions informelles

Les traductions informelles constituent la modalité la plus utilisée par les professionnels des PASS hospitalières et ambulatoires pour faire face à une difficulté de communication avec les patients non francophones. Comme nous l'avons déjà évoqué, il s'agit pour les intervenants des permanences de s'appuyer sur leurs compétences langagières, tout comme, plus largement, sur le capital culturel des membres de leurs équipes. Plusieurs médecins, assistants sociaux, paramédicaux, etc., parlent d'autres langues que le français. Ils mobilisent ainsi leurs connaissances ou leurs notions de ces langues (anglais, espagnol, arabe, portugais, ourdou, wolof, etc.) pour mener le mieux possible l'échange avec les personnes venues consulter auprès d'eux. De même, les patients viennent souvent aux permanences avec des accompagnants, la plupart du temps des amis ou des membres de leur famille, mais aussi des travailleurs sociaux ou des bénévoles

¹⁹⁷ Entretien avec médiatrice à la PASS du CMS de La Courneuve, le 29/07/2020. [enquête Epidaure Territoires]

¹⁹⁸ Entretien n°28, directeur du Réseau Ville Hôpital 77 Sud, gestionnaire d'une PASS ambulatoire, le 03/06/2021.

d'associations. De manière générale, les professionnels des PASS acceptent leur présence et, en cas de situation jugée compliquée (en raison de la pathologie du patient ou de leur avis concernant la pertinence d'une traduction par une tierce personne), ils demandent au premier concerné s'ils veulent vraiment que cet accompagnant reste durant la consultation. Aussi, les différents intervenants des permanences semblent recourir à des traductions via un outil numérique : Google Traduction. L'ensemble de ces possibilités de traduction informelle peut se trouver mobilisé selon les situations que les professionnels retrouvent sur le terrain.

Au CHIMM, hôpital qui essaye de limiter le recours à ISM pour des questions budgétaires, a été mis en place un fichier avec les différents contacts de personnels hospitaliers parlant différentes langues. L'une des infirmières intervenant à la PASS de cet hôpital, raconte le recours aux traductions informelles de l'équipe, parmi lesquelles se trouve le fameux « listing » de professionnels faisant office de traducteurs mis en place par la direction de ressources humaines. Son propos montre l'éventail des possibilités de traduction auxquelles les professionnels des PASS recourent. La présentation suit un dégradé d'options, les unes plus envisageables que d'autres : les compétences ; les outils numériques ; la liste de la DRH ; et sinon, en derniers recours, l'interprétariat institutionnalisé.

« Alors comment on fait ? On a plusieurs façons. Déjà, on essaie d'avoir tous des compétences un peu en anglais (Rires.) Ça, c'est juste primordial. Quand la barrière est trop importante et que le patient parle anglais, bah on parle anglais. On a chacune nos niveaux d'anglais, mais globalement, on arrive à s'en sortir. Après, on a l'aide des ordinateurs, Google translate. Alors ça, c'est un vrai petit miracle. Ensuite, on est déjà passé par des traducteurs de l'hôpital, on a des connaissances. Il y a aussi un listing à la DRH, une ou deux personnes inscrites sur des listes au niveau des traductions. Donc si on a une barrière à la langue et qu'il nous faut une personne physique, on sait qu'on peut demander à l'hôpital. Mais demander à l'hôpital, c'est plus compliqué parce qu'il faut que cette personne soit disponible. Et si elle est en service, la détacher du service, c'est compliqué, ouais. Après, il y a ISM interprétariat au téléphone. On l'a déjà fait. Je suis franchement pas fan »¹⁹⁹

Au-delà du cas de la PASS du CHIMM où une liste a été mise en place par l'institution, les autres permanences bénéficient de manière informelle des compétences de leur équipe rapprochée. La médiatrice de la PASS du CMS de La Courneuve, sollicite par exemple une collègue infirmière qui maîtrise l'ourdou lorsqu'elle se trouve devant des patients parlant uniquement cette langue. Elle mentionne ainsi le cas d'un passage récent :

¹⁹⁹ Entretien n°38, infirmière de la PASS du CHIMM, le 14/06/2021.

« [J]e ne sais plus c'est quelle langue. Je crois que c'est pakistanais, j'ai l'impression, qui ne parle pas du tout l'anglais et bah du coup j'ai interpellé ma collègue [...] qui fait office de traducteur. [...] Elle est indienne mais je ne sais pas... [...] Elle parle l'ordou. C'est la seule ici. Voilà. Donc quand je reçois ce patient, je l'appelle et puis du coup ça se passe très bien. »²⁰⁰

Dans d'autres PASS, les professionnels acceptent que les patients viennent accompagnés par des connaissances pouvant jouer le rôle d'interprète. Dans certains cas, ils vont jusqu'à proposer à ces personnes de venir avec leurs amis, des membres de leur famille ou autre proche parlant français ou une langue qui leur permette de communiquer. À l'hôpital Lariboisière, l'assistante sociale de la PASS explique comment, en raison de la limitation du recours à l'interprétariat institutionnel, elle encourage les patients à venir avec des personnes pouvant faire cette médiation.

« Alors ça, c'est quelque chose que je faisais beaucoup à mon arrivée. On avait un logiciel... enfin, "on avait un logiciel", on avait un numéro d'interprète qui était assez fluide. Il fallait mettre le code de l'hôpital parce qu'en permanence, il faut que ça soit fluide, vous avez vu le monde, etc. Mais depuis que je suis revenue au mois d'octobre [2020, après un congé maternité], c'est quelque chose qui est devenu très compliqué à faire. Donc l'année dernière... je crois que c'était l'année dernière du coup, pendant mon absence, c'est plus aussi fluide. C'est-à-dire que si on veut faire appel à un interprète, pour chaque patient, on doit remplir une feuille qui... voilà, qui est quand même assez... voilà, tel patient, problématique, pourquoi, nanani nanana... et faxer cette feuille-là au niveau de notre direction pour chaque patient. Et nous ici, clairement, c'est quelque chose que... sur le terrain, c'est juste improbable vu le monde qu'il y ait. Donc ça va nous... ça peut nous arriver vraiment quand il y a des situations compliquées, mais sinon, on arrive un petit peu à se faire comprendre avec Google Traduction. Souvent ils ont des amis qui parlent français, donc ils appellent ces amis-là, ils mettent en haut-parleur et on se débrouille comme ça. Sinon, ils viennent accompagnés d'une personne qui peut traduire, ça c'est le mieux. Généralement, on leur demande de venir accompagné d'un ami, d'une connaissance, etc. Donc on arrive vraiment à s'arranger comme ça. »²⁰¹

Encadré 3. Les dilemmes moraux face à la traduction

Le fait de faire appel à un interprétariat institutionnel, comme nous l'avons vu précédemment, constitue un enjeu financier pour l'organisation qui porte la PASS (hospitalière ou ambulatoire). Le

²⁰⁰ Entretien avec la médiatrice à la PASS du CMS de La Courneuve, le 29/07/2020. [Enquête Epidaure Territoires]

²⁰¹ Entretien n°20, assistante sociale de la PASS de Lariboisière, le 18/03/2021.

fait néanmoins d'avoir recours à des traducteurs informels pose d'autres types d'interrogation aux professionnels. Est-ce que le patient parle librement face à quelqu'un de son entourage (mari, enfant, ami, etc.) ? Ou encore est-ce qu'il convient de parler de questions de sexualité, par exemple, face à un enfant faisant la traduction pour sa mère ? Les entretiens avec les intervenants des PASS regorgent de ce type d'anecdotes où des « dilemmes moraux » se posent à eux – comme le font souvent les situations compliquées à traiter au cas par cas par les agents subalternes des services publics²⁰². Si certains considèrent que le recours à l'ISM représente une solution par défaut, rendant la communication impersonnelle et la maîtrise compliquée de ce qui est effectivement traduit auprès du patient, d'autres restent convaincus que cette option permet justement de créer une communication triangulaire (professionnel, interprète, patient) et cela dans la compréhension (tant langagière qu'émotionnelle) mutuelle.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Ce chapitre a permis de présenter le dispositif des PASS. Il a abordé aussi bien son émergence à l'hôpital au cours des décennies 1980 et 1990 que ses transformations au cours des décennies 2000 et 2010. Ce dispositif de lutte contre les exclusions, inséré d'abord en milieu hospitalier par l'initiative de « passeurs » faisant le lien entre médecins et monde humanitaire, a par la suite fait l'objet d'un encadrement par des institutions publiques. Les PASS sont donc au départ un dispositif national et financé par le ministère via les MIG. Depuis l'apparition de l'ARS en 2010, les PASS hospitalières ont fait l'objet d'un travail d'organisation. Cette agence déconcentrée de l'État a aussi développé via une expérimentation les permanences ambulatoires ou « de proximité », en mobilisant les centres municipaux de santé et les réseaux de santé associatifs qui faisaient accéder déjà les patients sans droits aux soins primaires. L'ARS IDF finance ce dispositif ambulatoire avec ses propres fonds. Ce chapitre a questionné également une particularité des dispositifs de l'action sanitaire et sociale : la présence parmi leur public d'une surreprésentation de personnes étrangères. L'attention a ainsi été portée aux modalités d'adaptation auxquelles les professionnels des PASS recourent pour faire face à l'allophonie. Trois modalités d'ajustement face aux patients non francophones se dessinent : l'interprétariat institutionnel, l'interprète ou traducteur dédié au sein de l'équipe, et la traduction informelle. L'enveloppe dédiée à la première option varie selon les hôpitaux

²⁰² Michael LIPSKY, *Street-level bureaucracy, op. cit.* Vincent DUBOIS, *La vie au guichet: relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, 1999 Jean-Marc WELLER, *L'État au guichet, op. cit.*

et, comme nous l'avons vu, certains établissements encouragent d'autres formes de traduction (par exemple : constituer en leur sein une liste de traducteurs parmi les personnels). On constate donc que, entre les hôpitaux, il existe une inégalité dans l'accès aux interprètes professionnels et que des formes de « traduction informelle » sont privilégiées. La présence d'interprètes ou médiateurs au sein des équipes apparaît comme un élément très résiduel. La traduction informelle pose néanmoins tout un ensemble de dilemmes moraux aux professionnels.

Quel est le rôle de l'ARS d'Île-de-France dans le domaine de l'interprétariat ? La création de postes d'interprète (RVH 77 Sud) ou de médiateurs (CMS La Courneuve) dans le cadre des PASS ambulatoire, relativement récents, a été possible grâce aux financements de l'agence. Toutefois, la gestion du budget concernant l'interprétariat institutionnel dans les PASS hospitalières revient aux directions des hôpitaux. La gestion différente des modalités de traduction pourrait expliquer, en partie, le pourquoi de la divergence des manières de faire selon les PASS. Il semblerait que les questions d'interprétariat n'ont pas encore fait l'objet d'une coordination par l'ARS francilienne, tant les disparités des recours aux interprètes persistent et la mutualisation des ressources à l'échelle régionale – idée proposée par l'agence – n'a pas eu lieu. Voici ce que le bilan du premier PRAPS (2013-2017) expliquait au sujet des intentions vis-à-vis de ces questions :

« Les questions d'interprétariat ne sont pas spécifiques au PRAPS. Mais elles constituent un axe majeur sur lequel l'ARS souhaite renforcer sa mobilisation, en lien avec ses partenaires, notamment la Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Dans le cadre du PRAPS, la focale a été faite sur l'identification des besoins au sein des PASS (enquête livrée en juin 2015) et depuis, plus globalement au sein de l'AP-HP, à travers le CPOM (travaux en cours). Il convient maintenant d'envisager une possible mutualisation de ressources à l'échelle régionale, après une clarification des pratiques. Une réflexion est aussi à mener sur la place des dispositifs innovants de recours à l'interprétariat professionnel (via les applications téléchargeables comme celle conçue par l'AP-HP). »²⁰³

Cette présentation du dispositif, retraçant son histoire, ses évolutions et ses défis actuels, nous permet désormais de rentrer dans le vif du sujet. À savoir l'enquête que nous avons réalisé au cours de l'année universitaire 2020/2021 auprès des professionnels des PASS d'Île-de-France. Le prochain chapitre vise à faire une exposition idéal-typique de ces permanences à partir de ce que nous avons trouvé sur le terrain (Chapitre 3). Une fois cette compréhension des fonctionnements

²⁰³ Bilan. *Projet régional de santé Île-de-France 2013-2017. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins* [Rapport], 2018, p. 8.

diversifiés des PASS faite, nous pourrions aborder, de manière fine, les différentes déclinaisons des enjeux organisationnels (Chapitre 4) et des enjeux professionnels (Chapitre 5) du dispositif.

CHAPITRE 3. LES PASS D'ÎLE-DE-FRANCE ENQUETÉES. UNE PRESENTATION IDEAL-TYPIQUE

INTRODUCTION DU CHAPITRE 3

Enquêter sur les PASS franciliennes, en diversifiant leur localisation sur différents départements – les 75, 77, 78, 92, 93 et 95²⁰⁴ –, ainsi que leur inscription institutionnelle (hospitalières et ambulatoires) ou leur durée d'existence (anciennes et nouvelles)²⁰⁵, nous a souvent confronté à un discours mettant en avant davantage leur hétérogénéité que leur homogénéité. Une responsable médicale d'une PASS d'hôpital parisien, à son poste depuis plus de quinze ans, nous signifie qu'« il y a autant de PASS que de façons de faire »²⁰⁶. La cadre du service social de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis, faisant office aussi de référente PASS, pointe justement l'écart du fonctionnement de sa permanence par rapport aux autres et notamment vis-à-vis de celles qui sont représentées au collectif national : « la majorité des PASS est aussi organisée sur un fonctionnement PASS dédiée avec vraiment une équipe qui va accompagner des personnes précaires. Et ce sera eux et pas d'autres. On est sur un fonctionnement, selon moi, qui est tellement différent qu'en réalité je ne suis pas sûre qu'on soit confrontés réellement aux mêmes problématiques. »²⁰⁷ À Delafontaine, comme nous le verrons, est mise en avant surtout une approche de PASS transversale. Dans ce cadre, toute assistante sociale, aussi bien que tout médecin, peut agir au sein de l'hôpital. La surreprésentation des patients précaires dans la ville de Saint-Denis expliquerait pourquoi, d'après cette cadre de service sociale, il n'est pas possible d'avoir uniquement une équipe dédiée. Dans tous les cas, face à cette diversité de types de permanences, maintes fois avancée, l'objectif de ce chapitre consiste à effectuer une présentation intelligible des différentes organisations de PASS.

²⁰⁴ Respectivement : Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-d'Oise. (Administrativement Paris constitue tant une ville qu'un département).

²⁰⁵ Les premières PASS sont celles de Paris. Officiellement créées en 1998 avec la loi de lutte contre les exclusions, elles se cimentent sur des « dispositifs précarité » fondés au début de la décennie 1990. Les PASS ambulatoires voient le jour institutionnellement au milieu des années 2010, mais elles existaient sous d'autres formes et/ou avec d'autres financements au niveau des réseaux de santé associatifs. On donnera, dans la mesure du possible, des informations sur l'histoire de chaque permanence étudiée. Pour une présentation générale de l'émergence et les transformations du dispositif PASS voir notre Chapitre 2.

²⁰⁶ Entretien n°9, responsable médicale à la PASS de Lariboisière, le 01/02/2021

²⁰⁷ Entretien n°10, responsable du service social de Delafontaine et référente PASS, le 08/02/2021.

En vue de présenter les divers dispositifs rencontrés sur le terrain, le choix a été fait d'effectuer un travail de description idéal-typique. Suivant les préconisations de Max Weber, l'objectif consiste à construire des concepts permettant « d'aider l'esprit à se rendre maître du donné empirique »²⁰⁸. Si l'intérêt de l'explicitation d'idéaux types est linguistique, « elle se justifie en profondeur par le postulat d'incomplétude. »²⁰⁹ « Les concepts développés en idéal-types sont reconnus pour n'être que des moyens élaborés par la pensée afin d'ordonner un donné empirique foisonnant dans lequel ce sont les questions du théoricien qui découpent les objets. »²¹⁰ En ce qui concerne les PASS, les institutions et les professionnels ont déjà fait quelques découpages conceptuels (hospitaliers/ambulatoires ; transversal/dédié) sur lesquels nous allons nous appuyer puisqu'ils nous semblent décrire une certaine réalité de leur travail, bien que celle-ci ne soit pas complète²¹¹. Il apparaîtra aussi un autre idéal-type que nous avons appelé « hors les murs ». Ni les professionnels ni les institutions tutélaires ne font référence à cette forme, mais il nous semble bien représenter l'action qui est réalisée. On parlera aussi de « insérée » pour rendre compte des permanences existantes en milieu ambulatoire. Celles-ci relèvent d'une intégration dans des institutions différentes et se traduisent des fonctionnements empruntant aux logiques dédiées et à transversales.

L'interrogation évaluative sous-jacente qui émerge tout au long du chapitre porte sur la nature de cette hétérogénéité des PASS. Est-elle recherchée ou subie ? Fonctionnelle ou dysfonctionnelle ? On verra que la diversité des types de permanence découle de l'histoire des PASS. D'une part, les dispositifs hospitaliers sont apparus à la fin des années 1990 et les ambulatoires au milieu des années 2010. La différence hospitalière/ambulatoire apparaît de manière volontaire, en vue de décloisonner l'accès aux soins du milieu hospitalier et en vue de le transférer aussi dans les organisations de soins primaires. Autrement dit, l'expérimentation des PASS ambulatoires fait partie d'un plan de l'agence. Néanmoins, la détermination des fonctionnements strictement dédié (format historique des PASS), uniquement transversal (souvent promu au niveau des directions hospitalières) ou dédié et transversal, se fait de manière moins contrôlée par l'ARS. Elle est le produit des rapports de force intra-hospitaliers (à ce sujet nous renvoyons au cas de la PASS dédiée de l'hôpital de Pontoise). Enfin, la question du bon ou mauvais fonctionnement des

²⁰⁸ Cité par Catherine COLLIOT-THELENE, *La sociologie de Max Weber*, Paris, La Découverte, 2014, p. 42.

²⁰⁹ Ici, il s'agit de l'explication par l'auteure du Repères sur Max Weber. *Ibid.*

²¹⁰ *Ibid.*, p. 43.

²¹¹ On dégagera ainsi, à chaque fois que cela est possible, les limites de ces séparations idéal-typiques. C'est en exposant ces débordements des périmètres affichés de manière idéale que le caractère profondément constructiviste se dévoile.

permanences, selon leur type, transparaît dans chaque cas traité. Chacune des formes prises dégage des points positifs et des points négatifs. Dans l'ensemble, l'hétérogénéité des permanences semble être propice à l'adaptation aux territoires et aux fonctionnements institutionnels préexistants.

Tout d'abord, nous nous focaliserons sur les PASS hospitalières, à savoir des dispositifs apparus officiellement à partir de la loi de lutte contre les exclusions de 1998, mais qui parfois lui préexistaient. Ainsi, après avoir présenté les permanences de type « hospitalières dédiées » (1), l'attention se concentrera sur celles de type « hospitalières tant dédiées que transversales » (2) – cela montre à minima que la séparation institutionnelle dédiée/transversale n'en est pas vraiment une. Par la suite, l'objectif consistera à s'intéresser aux PASS ambulatoires qui ont été créées en 2015 à l'initiative de l'ARS, au sein des centres municipaux de santé et des réseaux de santé associatifs, bien que des dispositifs semblables leur préexistaient également. La consistance de l'équipe est très variable entre permanences ambulatoires. En ce sens, il nous semble qu'il faut parler de « PASS ambulatoires insérées » (3) afin de signifier leur intégration (différentielle) dans des institutions de soins primaires de ville. Enfin, ce chapitre s'attardera – tout en les questionnant – sur les PASS, tant hospitalières qu'ambulatoires, dites « hors les murs » (4). Des formes telles que des permanences uniquement coordinatrices en ambulatoire, ainsi que des équipes mobiles prolongeant l'activité hospitalière, seront passées en revue. L'ensemble de ces idéaux types de PASS donne à voir la complexité des dispositifs retrouvés sur le terrain tout en clarifiant leurs points communs et leurs différences. À l'aune de ce travail d'intelligibilité, le lecteur pourra mieux comprendre les analyses qui suivront dans les prochains chapitres du rapport.

Le Tableau 3 (voir *infra*) donne une vision des résultats qui se dégageront au fur et à mesure de la présentation des idéaux-types. La PASS « hospitalière dédiée » a les moyens d'avoir un espace et une équipe dédiés, mais selon les cas elle peut (ou pas) bénéficier des ressources supplémentaires des institutions qui l'accueillent. La permanence « hospitalière tant transversale que dédiée », tout en disposant également de locaux et de personnel dédié, peut avoir recours direct à l'institution de rattachement par le fait même que les autres soignants et aidants de l'établissement peuvent prendre en charge les patients sans droits sociaux ni ressources. La PASS « ambulatoire insérée », si elle dispose souvent (mais pas tout le temps) de certains postes dédiés et d'un espace propre au sein de la structure, elle s'intègre selon les situations à des institutions fortes (des CMS) ou faibles (réseaux associatifs) en termes de ressources subsidiaires²¹². Les PASS « hospitalières

²¹² Nos réflexions sur la « subsidiarité institutionnelle » présentes dans les Chapitres 3 et 4 de ce Rapport ont initialement explorées lors de notre thèse de science politique, voir Mauricio ARANDA, *Une assistance à deux*

et ambulatoires « hors les murs » ne disposent pas souvent d'un rattachement institutionnel direct ni d'un espace et d'une équipe sur place en nombre complet. Cependant, ce dernier type de PASS lie des liens d'interconnaissance forts avec les partenaires de terrain, contrairement aux autres permanences dont les partenariats sur le territoire sont variables. Bien évidemment, ces caractérisations sont indicatives et doivent être mises au regard des différents cas qui seront cités dans le développement. Ce tableau doit surtout servir à rendre plus intelligible ce qui nous semble être les points forts et les points faibles des PASS étudiées dans ce rapport.

Tableau 3. Idéaltypes et points faibles ou forts

Idéaltype de PASS	Espace et équipe dédié	Bénéficiaire d'une subsidiarité institutionnelle	Liens d'interdépendance avec les partenaires de ville
Hospitalière dédiée	Fort	Moyen	Moyen
Hospitalière tant transversale que dédiée	Fort	Fort	Moyen
Ambulatoire insérée	Moyen	Moyen	Moyen
Hospitalière et ambulatoire hors les murs	Faible	Faible	Fort

1. LES PASS HOSPITALIERES DEDEIEES

Le premier idéal-type sur lequel nous nous attarderons constitue celui des « PASS hospitalières dédiées ». La plupart du temps, elles comptent avec un espace spécifique. Celui-ci peut aller d'une maison d'un étage située à proximité de l'hôpital de Pontoise (1.2) à une aile au sein d'un de ses bâtiments, que ce soit une Polyclinique, comme à Saint-Louis (1.1) ou Ville-Evrard (1.4), ou un Département de santé publique, à l'image du celui du Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan Les Mureaux – CHIMM (1.3). Ces permanences se caractérisent aussi par le fait qu'elles

vitesses. Socio-histoire de l'hébergement social des sans-abri depuis les années 1950, Paris 10, 2019, p. 148-150, URL complète en biblio.

disposent d'une équipe consacrée, entièrement (Pontoise, Saint-Louis, Ville-Evrard) ou en partie (CHIMM), au dispositif. Aussi elles représentent, à chaque fois, les seules équipes au sein de leurs hôpitaux qui peuvent délivrer des « bons PASS », lorsqu'elles le font, bien évidemment – ce n'est pas le cas, pour différentes raisons, à Pontoise ni à Ville-Evrard²¹³. Autrement dit uniquement leurs professionnels ont le droit d'intégrer un patient au sein du dispositif. On verra, par ailleurs, que les différentes genèses de ces permanences font que certaines se rapprochent davantage de « l'univers symbolique humaniste » (Pontoise) que les autres (CHIMM, Saint-Louis).

1.1. La PASS de l'Hôpital Saint-Louis (75)

Contrairement à d'autres PASS parisiennes et franciliennes qui ont un fonctionnement tant « dédié » que « transversal », à l'image de Lariboisière, l'Hôtel-Dieu ou Delafontaine (voir section 2 ci-dessous), ici la permanence est exclusivement dédiée. Créée tout d'abord comme un dispositif de précarité au début des années 1990, cette PASS, « Verlaine » ou « Consultation Verlaine », porte le nom d'un poète dans le but d'éviter qu'une stigmatisation supplémentaire tombe sur les patients²¹⁴. Dans son ouvrage *Soigner les exclus*, Isabelle Parizot avait interviewé sur ce sujet un cadre supérieur infirmier d'un hôpital parisien dont la permanence était l'une des premières à avoir été fondée et qui portait également le nom d'un poète : « On voulait un nom neutre, qu'il n'y ait pas de connotation par rapport au social, à la pauvreté »²¹⁵. En ce qui concerne le caractère dédié du dispositif, celui-ci se perçoit par son rôle au sein de l'hôpital : le service – situé au sein de la polyclinique médico-chirurgicale de Saint-Louis – constitue le seul à pouvoir attribuer un « bon PASS » aux patients. Ailleurs dans l'enceinte hospitalière, les professionnels ne peuvent inscrire ces derniers dans le dispositif.

Lors de notre entretien avec une des deux assistantes sociales de la PASS Verlaine (entretien n°16), arrivée à son poste à la permanence depuis deux ans et demi, celle-ci nous explique cette particularité de manière très claire. Lorsqu'un patient sans droits n'arrive pas directement auprès d'eux, mais dans un autre service de l'hôpital, aux urgences, par exemple, ou plus généralement

²¹³ Comme nous le développerons, à Pontoise, l'équipe de la PASS ne peut pas envoyer les patients dans les autres services de l'hôpital. En ce sens, elle ne peut pas distribuer des « bons PASS ». À Ville-Evrard, vu que la prise en charge psychiatrique est possible dans tous les cas, même lorsque le patient n'a pas de droits sociaux ouverts, les professionnels n'ont pas besoin de délivrer des « bons PASS » aux patients.

²¹⁴ Deux autres PASS parisiennes portent ou le nom d'un poète ou celui d'un phénomène naturel : Lariboisière (Arc-en-ciel), Saint-Antoine (Baudelaire).

²¹⁵ En vue de préserver l'anonymat du service étudié, la sociologue avait créé un nom d'hôpital, « Saint-Bernard », tout comme un intitulé du dispositif, « Hugo ». Cf. Isabelle PARIZOT, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, op. cit., p. 159.

dans d'autres services spécialisés, celui-ci fait l'objet systématiquement d'une prise en charge par l'équipe de Verlainne. Le patient se trouve dans l'obligation de passer par le service de cette PASS dédiée afin que son inclusion dans le dispositif soit validée : on doit lancer avec lui son ouverture de droits tout comme lui donner un « bon » lui permettant de ne pas être facturé sur le moment. En effet, comme le rappellent souvent ou les professionnels des permanences ou leurs flyers de présentation de leurs consultations : « Les soins ne sont pas gratuits ! En fonction d'une évaluation médicale et sociale la PASS pourra vous aider à trouver une prise en charge financière de tout ou partie des soins. »²¹⁶ En partant du cas des patients qui ont besoin d'une hospitalisation, d'une consultation spécialisée ou d'accès à la pharmacie, l'assistante sociale explicite ce fonctionnement dédié, voire centralisé, qui caractérise Verlainne.

« [M]es collègues assistantes sociales, dans les services d'hospitalisation, [ne] peuvent pas mettre des patients en PASS. [...] Ils sont obligés d'être vus ici [...]. Donc quand un patient n'a pas de prise en charge et qu'il est hospitalisé aux étages, évidemment, il va falloir réfléchir à ce qu'il accède à ses médicaments. Dans les services, ils [ne] vont pas forcément leur donner des médicaments, sauf à titre très exceptionnel. Donc du coup, la collègue assistante sociale fait le lien avec moi pour me dire : " il y a ce patient qui sort ". Et puis, normalement, la règle avec soit de la responsable médicale de la PASS, avec le médecin d'hospitalisation, la contacte ou contacte les infirmières [de l'accueil de la PASS] pour dire : "voilà, ce patient il sort, il a pas de prise en charge, donc il aurait besoin d'une ordonnance". Donc il est vu par l'interne ou le médecin de la PASS, pour qu'il puisse bénéficier des médicaments de la pharmacie de l'hôpital. [...] Alors qu'à Lariboisière mes collègues [du service social de l'hôpital, pas seulement de la PASS donc], elles peuvent, mettre des patients en PASS d'hospitalisation. Donc, faut distinguer les PASS transversales et les PASS dédiées. Nous on est une PASS dédiée. »²¹⁷

Comme nous l'avons mentionné, cette PASS dédiée se caractérise par un espace qui lui est spécifiquement consacré dans l'enceinte hospitalière. L'endroit se trouve dans une aile de l'hôpital, la polyclinique médico-chirurgicale (PMC), au sein de laquelle il y a d'autres services au rez-de-chaussée. Lorsqu'on accède à cette partie de l'hôpital, des affiches indiquent le sens à suivre pour arriver à la PASS Verlainne. Concrètement, il s'agit d'un espace avec : le bureau de la responsable médicale, deux bureaux d'assistantes sociales, la salle d'accueil des infirmières et de

²¹⁶ À l'image du flyer de la PASS de l'hôpital Saint-Louis trouvé sur le site de l'ARS d'Île-de-France : <http://www.sante-iledefrance.fr/PASS/75/Fiche-PASS-Saint-Louis.pdf> (Site consulté le 11/08/2021) Plus largement, chaque PASS dispose d'un flyer sur le site de l'agence. Cette mention concernant la non gratuité des soins apparaît sur chacune de ces fiches.

²¹⁷ Entretien n°16, assistante sociale à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

l'aide-soignante, 1 ou 2 cabinets de consultation médicale, selon les disponibilités au sein de la PMC, ainsi qu'une salle d'attente au milieu de cet espace-là. Les autres services de la Polyclinique s'y trouvent aussi. Ainsi, les patients venus pour d'autres consultations en dehors de la PASS traversent constamment cet environnement consacré spécifiquement aux publics sans droits. À quelques mètres de la salle d'attente se trouve un autre accueil plus général de la PMC.

L'équipe de Verlaine comporte plusieurs professionnels de santé et du social qui lui sont consacrés. La responsable médicale, aujourd'hui attelée essentiellement à la coordination de l'équipe, ainsi qu'à la promotion du dispositif PASS, à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital²¹⁸, occupe cette responsabilité presque depuis le lancement de la permanence dans les années 1990. Trois personnes se trouvent à l'accueil : deux infirmières arrivées au début des années 2000 et une aide-soignante présente depuis 2019. À côté de l'interne et de l'externe présentes en ce moment, des médecins attachés font des vacations dans le cadre des consultations PASS – le nombre de vacations étant variables. Contrairement à ces praticiens venant pour quelques heures par semaine, la responsable médicale, les deux infirmières d'accueil et les deux assistantes sociales sont en permanence sur place. La médecin (entretien n°12) donnant jusqu'à très récemment deux vacations de médecine générale à la PASS de Saint-Louis, déclare à ce sujet l'importance des personnels fixes, disposant d'informations importantes sur les patients en raison de leur présence quotidienne et leur expérience dans le service. Précisons que cette professionnelle de santé travaille le reste du temps dans une Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP)²¹⁹ qu'elle a fondé avec des collègues à Paris. Elle participe au « passage » vers le droit commun des patients en les recevant également à cet endroit. Si les liens entre la PASS et la MSP ne sont pas formalisés au niveau institutionnel, il faut tout de même remarquer que cette organisation de soins primaires rejoint le dispositif des permanences sur le principe de « l'accès de tous à la santé »²²⁰.

« La PASS, c'est souvent quand même des attachés qui sont là une fois par semaine alors qu'elles [les infirmières et assistantes sociales], elles sont là toute la semaine. Donc, elles en voient défiler aussi des... Puis, en plus, parfois ça change, il y a des nouveaux médecins, des... Donc c'est aussi, je pense, aux médecins d'aller vers. »²²¹

²¹⁸On pourrait dire qu'elle fait partie de la seconde vague de « passeurs » identifiés par Jérémy GEERAERT, « Temporalité et rôle des passeurs. Le transfert et la consolidation des normes du soin de la précarité vers l'hôpital public », *op. cit.*

²¹⁹ À propos de ce type d'offre de soins primaires, organisée autour du regroupement de médecins libéraux : Nadège VEZINAT, *Vers une médecine collaborative: politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, *op. cit.*

²²⁰ Nadège VEZINAT, « Dispensaires 2.0 », *La Vie des idées*, 21 juin 2017, URL complète en biblio.

²²¹ Entretien n°12, médecin praticien attachée à la PASS de Saint-Louis, le 12/02/2021.

1.2. La PASS de l'Hôpital de Pontoise (95)

La PASS de l'hôpital de Pontoise constitue, tout comme celle de Saint-Louis (voir ci-dessus) et du CHIMM (voir ci-dessous), un dispositif agissant uniquement de manière dédiée. Alors que dans son fonctionnement, au début de la décennie 2000, lorsqu'elle a été créée, cette permanence commençait à créer des liens avec le laboratoire de l'hôpital, ainsi qu'avec des médecins spécialistes, la direction lui aurait imposé de choisir entre une organisation strictement dédiée et une organisation uniquement transversale. Le responsable médical de cette permanence – médecin formé à l'étranger, arrivé comme praticien à l'hôpital de Pontoise en 2000, date depuis laquelle il est investi dans ce dispositif – nous explique les conditions dans lesquelles la PASS est devenue la seule équipe accueillant les patients précaires et sans droits au sein de l'hôpital. Depuis 2003, ne pouvant plus faire des « bons PASS » pour que leurs malades aillent voir des médecins spécialistes de l'établissement hospitalier, les membres de la permanence comptent seulement sur leurs ressources propres.

« [L]e truc, c'est qu'ici, on n'a pas accès en fait à l'hôpital. C'est-à-dire que le deal qui a été passé, ça, c'est pas écrit, mais c'était... et ça, ça date de... je m'en souviens d'ailleurs le jour où on nous a fermé les portes, c'était au 1^{er} janvier 2003. Donc je peux vous dire, ça date pas d'hier. Donc c'était... il faut choisir : “ soit on finance la structure [le bâtiment où se trouve l'équipe], soit on prend une assistante sociale et qui donne accès avec des bons PASS comme ça se fait dans d'autres hôpitaux, mais vous n'aurez pas les deux ”. [Q : OK. Donc soit c'est une PASS... si je comprends bien, une PASS dédiée comme ici, soit c'est transversal et c'est l'assistance sociale qui...] Exactement. C'est-à-dire que... ce qui n'est pas écrit, mais bon, dans les faits, c'est comme ça que ça s'exprime, c'est nous on... “ Voilà, vous avez les locaux, vous avez le personnel, vous avez les médicaments, vous avez votre tensiomètre, votre thermomètre, tout ce que vous voulez, mais les pauvres, ils restent chez vous, on les veut pas chez nous ”. Bon, j'exagère, mais à peine. »²²²

De plus, l'équipe de la PASS de Pontoise se trouve depuis le lancement du dispositif dans une petite maison d'un étage, situé à proximité – mais non pas à l'intérieur – de l'enceinte hospitalière. La bâtisse possède, à l'entrée, une salle d'accueil, avec le guichet de l'agente d'accueil. Le cabinet médical et l'infirmier, où existe aussi une « pharmacie », se situent derrière ce guichet. L'infirmière stocke dans sa « pharmacie » les médicaments des patients suivis par la PASS. À l'étage, outre une salle de repos et une petite cuisine, on trouve les bureaux de l'assistante sociale et de la

²²² Entretien n°27, responsable médical à la PASS de Pontoise, le 02/06/2021.

secrétaire. Au rez-de-chaussée, par-delà les toilettes du personnel, se situent également une salle de bains et une douche pour les patients. Chaque personnel dispose ainsi d'un espace où exercer son activité professionnelle. L'équipe compte : deux médecins (dont le responsable médical), une assistante sociale, une infirmière (accompagnée parfois par des stagiaires de l'IFSI²²³ de Pontoise), une secrétaire et une agente d'accueil.

Par ailleurs, tant le bâtiment en lui-même que la PASS portent le nom d'« Espace Santé Insertion », reprenant les mêmes initiales (ESI) que les accueils de jours dit « Espaces Solidarité Insertion ». Cela ne constitue pas un hasard. La PASS/ESI de l'hôpital Pontoise a reçu pendant une dizaine d'années des subventions afin de fonctionner comme un accueil de jour. Le fonctionnement caritatif ou humanitaire, joint à l'action médicale, se retrouve encore aujourd'hui sur place : l'agente d'accueil propose des cafés, des boissons et/ou des biscuits aux personnes qui patientent dans la salle d'attente ; la PASS/ESI peut faire office de domiciliation pour les patients qui font la demande ; et s'ils le veulent, ces derniers disposent d'un espace pour se laver (toilettes avec douche mis à leur disposition). Cet endroit sert ainsi aux personnes en situation de précarité, voire de sans-abrisme, comme un espace pour « la restauration de soi et du corps »²²⁴. Bien que depuis 2014 le financement du dispositif au titre de l'accueil de jour ne soit plus d'actualité, ce type de pratiques continue. Voici comment l'agente d'accueil – arrivée à son poste également en 2014 à la suite d'un reclassement au sein de l'hôpital de Pontoise, après avoir surtout travaillé en pédopsychiatrie – nous raconte ce maintien des pratiques de type caritatives et/ou humanitaires :

« Alors la douche a existé, ils ont même eu des subventions pour faire aménager ce lieu quand la PASS était accueil de jour, juste accueil de jour donc qui était financé. Je crois que c'est le département ou la région. Et donc ils ont eu des subventions pour ça. Donc ils ont pu faire aménager. Après, ils n'ont plus eu ces subventions. Moi, quand je suis arrivée [en 2014], il y avait plus les subventions, on n'était plus accueil de jour. Mais la douche étant là, on a continué à permettre aux gens parce que ça fait partie aussi de la première des dignités de se maintenir propre. »²²⁵

Ces pratiques d'accueil de jour qui se sont pérennisées donnent une coloration particulière à la PASS de Pontoise. Ainsi, elles la font se rapprocher de ce qu'Isabelle Parizot appelle « l'univers

²²³ Il se trouve à deux minutes de là. IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

²²⁴ Thibaut BESOZZI, « La structuration sociale du monde des sans-abri », *Sociologie*, 17 août 2021, Vol. 12, n° 3, pp. 247-266, p. 253.

²²⁵ Entretien n°40, agente d'accueil à la PASS de Pontoise, le 16/06/2021.

symbolique humaniste », par différence avec « l'univers symbolique médical »²²⁶. Cette séparation idéal-typique nous permet, tout simplement, d'affirmer que la permanence de Pontoise se retrouve, plus que les autres PASS visitées, du côté « humaniste », bien qu'elle maintienne son caractère profondément « médical ». Plusieurs autres facteurs donnent à cette permanence une coloration de ce type : une structure pour sans-abri appartenant à l'hôpital se trouve à proximité et draine ses hébergés vers la permanence ; la maison mitoyenne à la PASS/ESI sert de local de distribution alimentaire pour une association importante du département, ESPERER 95²²⁷ ; cet acteur associatif est devenu propriétaire très récemment du bâtiment où se trouve la PASS/ESI – l'hôpital loue l'espace²²⁸ ; le responsable médical, ayant rencontré des membres de cette même association au fil de ses missions auprès des populations précaires et/ou migrantes, fait désormais partie de son conseil d'administration.

1.3. La PASS du CHIMM (78)

Cette PASS localisée à Meulan-en-Yvelines fait partie du département de santé publique (lui-même inséré au sein du pôle des activités transversales) du Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan Les Mureaux (CHIMM). À côté de la permanence, d'autres dispositifs existent : le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (CEGIDD) ; le Centre de planification et d'éducation familiale (CPF) ; le Centre de lutte anti-tuberculeuse (CLAT) ; le Service de coordination des centres et permanences de vaccination. L'ensemble de ce département de santé publique se compose de différents professionnels qui interviennent souvent sur plusieurs dispositifs. Leurs services se répartissent sur deux voire trois dispositifs.

Le fonctionnement de la PASS du CHIMM ressemble à celui de la PASS de Saint-Louis. Il s'agit d'une permanence dédiée, non seulement dans le sens où il y a une équipe mobilisée, ainsi que des locaux spécifiques (ici au sein du département de santé publique), mais aussi parce que l'intégration des patients dans le dispositif s'effectue seulement après validation du médecin et de

²²⁶ Isabelle PARIZOT, « La prise en charge des malades démunis: entre univers médical et univers humaniste », in Serge PAUGAM (dir.), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, pp. 747-763.

²²⁷ Comme nous le raconte, par exemple, l'assistante sociale de la PASS de Pontoise, cette association gère le SIAO du département, à savoir la plateforme qui distribue les places d'hébergement aux personnes sans-abri. Elle a repris aussi la distribution alimentaire de Pélican située à côté de la PASS/ESI, antérieurement gérée par la mairie. Cf. Entretien n°50, assistante sociale à la PASS de Pontoise, le 25/06/2021.

²²⁸ *Ibid.*

l'assistante sociale de la PASS. Ni les assistantes sociales ni les médecins d'autres services du CHIMM peuvent inscrire quelqu'un au titre de la permanence. Le dossier du patient doit être vu par l'équipe de la PASS. Une cadre de l'hôpital (secteur socio-éducatif), encadrant notamment l'assistante sociale dédiée à cette permanence, nous explique le fonctionnement en vigueur au CHIMM. Si une personne sans droits se retrouve dans un service de l'hôpital qui n'est pas la PASS, les assistantes sociales attirées de chaque service peuvent lancer leur ouverture de droits. Néanmoins, pour leur faire bénéficier du « bon PASS », en attendant que la démarche d'ouverture de droits aboutisse, elles doivent faire une demande auprès de l'équipe chargée du dispositif au sein du département de santé publique.

« Alors aujourd'hui pour l'instant, on n'a que la permanence d'accès aux soins d'ici, il y a pas deux PASS, en tout cas au CHIMM. [Q : C'est-à-dire que les assistantes sociales par exemple d'autres services de l'hôpital ne peuvent pas par exemple ouvrir la PASS ou donner un bon PASS à une... ?] [...] On peut être amené à faire un bon PASS d'un patient qui est reçu aux urgences par exemple ou... j'en sais trop rien, ou au pôle de psychiatrie, pour qu'il vienne prendre les médicaments à la pharmacie de l'hôpital. [...] [Q : Mais qui donne le bon dans ce cas-là ?] [...] Alors tout est centralisé au niveau de la PASS. [...] Donc on définit ensemble c'est quoi les critères d'éligibilité. Et puis on discute, on discute ou on discute pas, on donne ou on donne pas. Et puis c'est aussi visé par le [responsable médical de la PASS qui est aussi le responsable du département de la santé publique] Donc il a quand même un regard. On passe d'abord par le volet médical : est-ce que médicalement, c'est justifié ? Si c'est justifié, là directement on appelle le service social : est-ce qu'il y a des droits sociaux ouverts ? Si les droits sociaux sont ouverts : droits de base ou complémentaires, ou pas ? Si c'est que droits de base, ça se discute, s'il y a pas de mutuelle par exemple. Et puis ça se discute en staff, on statue et puis on acte, voilà. »²²⁹

Physiquement, cette PASS se trouve au troisième étage du bâtiment consacré au département de santé publique, une bâtisse indépendante mais située dans l'environnement de l'hôpital. À ce niveau, se trouvent les bureaux du responsable médical, de l'assistante sociale de la permanence, des infirmières – elles disposent d'un *open space* –, des secrétaires du département de santé publique, ainsi que trois box de consultations. L'équipe consacrée à la PASS puise dans l'ensemble de personnels du département de santé publique. Trois médecins y interviennent (dont le responsable médical), ainsi que trois infirmières et l'assistante sociale spécifiquement dédiée à la permanence. Le discours de la médecin généraliste (entretien n°33) arrivée en septembre 2020 au

²²⁹ Entretien n°29, cadre socio-éducatif au CHIMM, le 04/06/2021.

CHIMM, montre comment ces personnels du département de santé publique répartissent leur temps entre les différents dispositifs existants.

« [J]’ai des créneaux très réguliers. Par exemple, tous les mercredis après-midi, je fais de la vaccination à l’extérieur. Tous les jeudis après-midi, je fais de la consultation PASS. Tous les vendredis après-midi, je fais une consultation pour des primo-arrivants. Et je fais une semaine sur deux, les lundis soir ou mercredis soir une consultation CeGIDD, donc pour le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles. Et le... tous les... un mardi sur deux, une séance de vaccination BCG et des consultations pour le CLAT, Centre de Lutte Anti-Tuberculeux, à Sartrouville. Et donc autour de ça, j’ai des temps de bureau qui me permettent d’être ici, sur place, de mettre à jour mes dossiers et de faire aussi des réunions avec les équipes pour se tenir à jour [...] Et la PASS, au final, donc pour moi, c’est une demi-journée de consultation par semaine plus le staff tous les lundis matin. »²³⁰

Au CHIMM, tout comme à Saint-Louis ou à Pontoise, la PASS fait partie du paysage institutionnel de l’hôpital. Un lieu et une équipe donnent une existence concrète à ce dispositif dédié. Afin de faire ressortir combien cette institutionnalisation constitue un processus non exempt de difficultés ni de résistances – ce qui transparait déjà avec le rapport de la direction de l’hôpital de Pontoise vis-à-vis de la permanence (voir 1.2) –, il convient de réfléchir aux mises en place de permanences qui se sont produites depuis leur légitimation par la loi de lutte contre les exclusions de 1998. S’il y a des subventions qui viennent appuyer leurs créations, il faut encore que des professionnels les habitent, dans des locaux permettant des consultations médicales et sociales. Le cas de la PASS de Poissy/Saint-Germain, faisant partie du même Groupe hospitalier du territoire des Yvelines Nord que le CHIMM, donne à voir un cas de mise en place, encore non stabilisée, du fonctionnement de la permanence (Encadré 4).

Encadré 4. La mise en place d’une PASS dédiée à Poissy/Saint-Germain

Faisant partie depuis 2016 du même Groupe hospitalier du territoire (GHT)²³¹, celui des Yvelines Nord, que le CHIMM et l’hôpital de Mantes-La-Jolie, l’hôpital de Poissy/Saint-Germain dispose également d’une PASS. Comme ses intervenants nous l’expliquent, bien que celle-ci soit une permanence dédiée, jusqu’à très récemment l’équipe a eu du mal à se stabiliser, en termes de

²³⁰ Entretien n°33, médecin à la PASS du CHIMM, le 04/06/2021.

²³¹ Entretien n°36, directrice du GHT Yvelines Nord, le 11/06/2021.

locaux et d'équipe. Depuis la mise en place en 2018 d'une direction partagée entre les différents hôpitaux du GHT, une démarche visant à homogénéiser le travail des trois PASS hospitalières a eu lieu. Toutefois, jusqu'à cette date, la permanence de Poissy/Saint-Germain ne comptait pas avec un médecin, mais seulement avec une infirmière et une assistante sociale des autres services hospitaliers qui dédiaient une part de leur temps aux patients PASS. Or, lorsque des crédits supplémentaires de l'ARS ont permis le recrutement d'un généraliste pour les trois PASS hospitalières du GHT, en 2019, il n'y avait plus d'assistante sociale, ni de vrai box de consultations à Poissy/Saint-Germain. Voici comment le médecin en question, explique ce moment :

« Alors à Poissy, j'ai eu beaucoup de difficultés pour commencer parce qu'on avait un problème de local, on avait un problème d'assistante sociale qui... quand je suis arrivé, il y avait plus d'assistante sociale, donc il fallait recruter, donc ça a trainé un peu. Et c'est tombé dans la période de la Covid, c'est vrai que bon bah après on a pas eu énormément de monde. »²³²

Une infirmière, spécifiquement dédiée à la PASS de Poissy/Saint-Germain, est recrutée en 2020, au moment où les consultations peuvent enfin démarrer. Celle-ci raconte également une période sans équipe dédiée.

« [Q : Et avant votre arrivée, je ne sais pas si c'est ici mais il me semble, il y avait de la PASS, mais c'était juste l'assistante sociale qui s'en occupait c'est ça ?] C'est ça, en fait il y avait... moi quand je suis arrivée, en fait il y avait juste l'assistante sociale et le médecin. [...] Donc c'était l'assistante sociale qui prenait les rendez-vous pour les médecins, elle prenait les rendez-vous et éventuellement elle gérait le volet social. Tout ce qui est transmission, traçabilité de dossier, etc., ça il fallait oublier, c'était même pas la peine »²³³.

Après être restée pendant de longs mois dans une salle située au sous-sol d'une des ailes de l'hôpital, l'équipe de la PASS de Poissy/Saint-Germain a été relocalisée dans un petit box à l'entrée de l'enceinte hospitalière, à côté des urgences. Cette salle fait office tant de bureau pour l'infirmière qui s'occupe du volet administratif et du premier accueil des patients que de cabinet de consultations

²³² Entretien n°46, médecin des PASS des hôpitaux CHIMM, Poissy et Mantes-La-Jolie, le 21/06/2021.

²³³ Entretien n°52, infirmière de la PASS de l'Hôpital de Poissy, le 29/06/2021.

pour le médecin. L'assistante sociale, à mi-temps sur la PASS, dispose d'un bureau dans un autre bâtiment de l'hôpital consacré au service social.

1.4. La PASS « psy » de Ville-Evrard (93)

En 2010, cette PASS voit le jour à l'Établissement public spécialisé (EPS) en santé mentale de Ville-Evrard, sis Neuilly-sur-Marne. Au départ, l'équipe de la permanence est assez réduite : un mi-temps de médecin, un mi-temps d'assistante sociale, un quart temps de sociologue. Ce dispositif se caractérise, en effet, par l'inclusion dès ses débuts d'une chercheuse dans l'équipe qui nous dit avoir réalisé surtout un travail de coordination²³⁴. La PASS ne comptait pas avec un local unifié à ses débuts, les consultations étaient menées dans le bâtiment du service des spécialités du pôle CRISTALES²³⁵ – on y reviendra –, alors que l'assistante sociale et la sociologue se trouvaient dans un service administratif situé dans un autre bâtiment. L'arrivée en 2013 de l'assistant de service social (entretien n°42), embauché – d'abord à mi-temps, puis à temps plein à partir de 2015 – pour donner suite au départ de l'assistante sociale de la PASS en 2011, a permis de redynamiser cette dernière. Le dispositif compte aujourd'hui, pour son versant de médecine générale, avec une infirmière, deux assistants sociaux et un médecin, tous à temps plein. Pour le volet dentaire, elle regroupe également un chirurgien-dentiste, ainsi qu'une assistante dentaire. La PASS de Ville-Evrard compte donc, tout comme celles de Saint-Louis et de Pontoise, avec une équipe fixe qui assure la prise en charge des patients sans droits.

Si le dispositif est présenté comme une « PASS psy », il assure en réalité les mêmes services que les autres PASS étudiées. Plusieurs professionnels nous expliquent que cette labellisation – promue par le cahier des charges du dispositif au niveau national – a pu semer parfois la confusion. Des patients et/ou des partenaires ont cru que cette permanence prenait uniquement des cas

²³⁴ « [Q]uand on a créé la PASS [en 2010], on a créé un 0,25 donc c'est un quart temps de sociologie pour un peu accompagner ce processus-là, réfléchir à la fois sur la mise en place concrète, très technique puisque je connaissais tout ça [NDLR : elle avait été préalablement chargée de mission au sein d'une Équipe mobile psychiatrie-précarité] et qu'effectivement, l'assistante sociale et le médecin connaissaient le travail de médecin et d'assistant social, mais pas du tout le travail en réseau et la précarité et tout ça. Donc je travaillais beaucoup dans cette orientation, [...] Et après, comme c'était un peu compliqué et que j'avais des tonnes d'autres trucs à faire, je me suis plus orientée dans mon travail de la PASS sur cette coordination d'une activité liée à la précarité sur le territoire, d'accès aux soins de façon très large donc somatique et psychiatrique, mais d'accès aux médicaments aussi parce que ça sert à rien de voir le médecin si on n'a pas de médicaments et des examens et si on ne les prend pas, voilà ». Cf. Entretien n°45, coordinatrice PASS de Ville-Evrard, le 18/06/2021.

²³⁵ Coordination pour la recherche et l'information, les soins, les thérapeutiques, les analyses de laboratoire et l'éducation à la santé.

« psy ». Le cahier des charges parle de donner une priorité (mais non pas une exclusivité) aux patients en suivi psychologique et qui auraient besoin de soins somatiques et dentaires. Comme nous l'expliquent plusieurs interviewés, cette permanence ne cible donc pas seulement la population psy. Le médecin à mi-temps à la PASS (entretien n°34) depuis son lancement, passé à temps plein depuis la fin de l'année 2020, nous clarifie le sens de « PASS psy » afin d'éviter tout quiproquo :

« [Q : Et est-ce que les personnes sont orientées ici parce que voilà, les associations identifient des problèmes psy ou pas nécessairement ?] Non. Ils sont orientés ici parce que notre PASS est une PASS généraliste dans un lieu psychiatrique. Donc c'est une PASS généraliste dans un hôpital psychiatrique. C'est pour ça que ça s'appelle PASS psy. »²³⁶

L'un des deux assistants sociaux de la permanence (entretien n°42), explicite en quoi le nom « psy » peut être contre-intuitif. Il rappelle aussi que parler de PASS psychiatrique n'a pas vraiment de sens puisque les consultations en psychiatrie ne nécessitent pas la possession d'une couverture sociale. Par conséquent, selon lui, la PASS, même en milieu psychiatrique, doit être somatique, à savoir de médecine générale. Comme nous l'avons pu voir sur le terrain, son avis est partagé par toute l'équipe de Ville-Evrard.

« Alors c'est vrai que les textes ne sont pas trop clairs. C'est-à-dire que souvent, c'est évoqué de façon très sporadique, enfin très lapidaire. On parle de PASS psychiatrique, de PASS en psychiatrie, mais on ne dit pas quels professionnels il y a dedans. C'est-à-dire, à aucun moment, il y a des textes qui disent : “ dans une PASS psy, il doit y avoir des psychiatres, il doit y avoir des médecins généralistes ”. Il n'y a pas de composition. Donc là, déjà, ça laisse sujet à interprétation. [...] Et donc du coup, ça, c'est la première question. Ensuite, la deuxième question, et qui est logique, c'est qu'on n'a pas besoin de PASS en psychiatrie, tout simplement parce qu'on n'a pas besoin d'avoir une couverture sociale pour consulter en psychiatrie. Donc l'idée de PASS psy, ça peut pas être des consultations psychiatriques quoi, ça n'aurait aucun sens. »²³⁷

Parler de « PASS psy » équivaut, par conséquent, à faire référence à une PASS somatique ou de médecine générale qui se trouve en établissement psychiatrique. Le fait que les consultations psychiatriques n'aient pas besoin de couverture sociale de la part des patients donne une autre information : les professionnels n'ont pas à faire des « bons PASS » pour leurs patients. Ces derniers peuvent être pris dans les autres services de cet hôpital psychiatrique sans avoir besoin

²³⁶ Entretien n°34, médecin à la PASS de Ville-Evrard, le 09/06/2021.

²³⁷ Entretien n°42, assistant social à la PASS de Ville-Evrard, le 17/06/2021.

que leurs droits soient ouverts. Autrement dit, le « bon PASS » ne se justifie pas ici. Aussi la PASS de l'EPS de Ville-Evrard constitue une permanence dédiée dans le sens où c'est le seul endroit de l'hôpital qui accueille pour des consultations de médecine générale, mais aussi de soins dentaires, les populations précaires et sans droits.

Le côté dédié réside, de plus, dans la localisation de la permanence. Les box de consultations, tout comme les bureaux des assistants sociaux, se trouvent au rez-de-chaussée du bâtiment du pôle CRISTALES (coordination pour la recherche et l'information, les soins, les thérapeutiques, les analyses de laboratoire et l'éducation à la santé) de l'EPS Ville-Evrard. Tout comme la PASS de Saint-Louis qui s'intégrait à la Polyclinique médico chirurgicale et à celle du CHIMM qui s'insère au sein du département de santé publique, cette PASS fait partie d'une composante plus vaste au sein de l'hôpital. L'équipe de la permanence bénéficie du secrétariat, ainsi que des locaux, du pôle CRISTALES. Jusqu'à très récemment, avant que l'équipe soit renforcée par une augmentation de dotation de l'ARS IDF, ayant pu par exemple créer le temps plein du docteur de la PASS, ce dispositif se reposait sur les ressources du pôle en question. Voici comment le médecin généraliste de la permanence (entretien n°34), explique l'avantage que l'inscription au sein de CRISTALES donne au fonctionnement de la PASS :

« [O]n utilise toujours les locaux du service et on utilise les secrétaires et les secrétaires qui sont pas budgétisées par la PASS et l'accueil téléphonique, tout ça, voilà. Maintenant, on peut dire qu'on travaille à l'aise. Notre avantage, c'était quoi ? C'était que le chef de pôle, c'est lui qui a créé, c'est le docteur [...] C'est elle qui a créé le projet, qui était la source du projet de la PASS. Elle est le chef de pôle. Quand elle dit chef de pôle, c'est-à-dire elle est responsable... chef de pôle, ça englobe la pharmacie, la biologie, le DIM et le service des spécialités. Comme elle porte le projet sur elle, donc on a des facilités pour prescrire les médicaments à la pharmacie. »²³⁸

2. LES PASS HOSPITALIERES TANT DEDIEES QUE TRANSVERSALES

Un autre idéal-type de PASS que nous avons rencontré sur le terrain est celui qui essaye de tenir ensemble un fonctionnement dédié et une organisation transversale au niveau de l'hôpital. Le caractère transversal implique que les professionnels des différents services hospitaliers peuvent décider de leur propre chef d'inscrire les patients dans le dispositif. À des degrés divers, les équipes

²³⁸ Entretien n°34, médecin à la PASS de Ville-Evrard, le 09/06/2021.

concernées ont ce double système d'accès au dispositif dans leurs enceintes hospitalières. Ici, seront évoqués les cas des permanences des hôpitaux Lariboisière (2.1) et l'Hôtel-Dieu (2.3) à Paris, ou encore celui de la permanence hospitalière de Delafontaine (2.2) à Saint-Denis. Si la PASS transversale fonctionne comme un « complément » à la permanence dédiée à Lariboisière ou à l'Hôtel-Dieu, celle-ci occupe une place centrale à Delafontaine. Les équipes de professionnels de santé et du social consacrés expressément à la PASS sont davantage fournis à l'Hôtel-Dieu et à Lariboisière qu'à Saint-Denis. Toutefois, aussi bien à la polyclinique de Lariboisière qu'au service social de Delafontaine, l'organisation du dispositif des PASS s'intègre à différents collectifs professionnels plus larges. En somme, ces trois exemples de permanences hospitalières d'accès aux soins de santé nous montrent les différentes manières par lesquelles les principes de transversalité et de service spécifiques s'allient au sein d'un même environnement institutionnel.

2.1. La PASS de Lariboisière (75)

À l'instar des PASS des hôpitaux parisiens de Saint-Louis (« Verlaine ») et de Saint-Antoine (« Baudelaire »), la permanence de Lariboisière porte un nom : « Arc-en-ciel ». Si elle ne reprend pas l'identité d'un poète, elle fait référence à un symbolisme agréable, éloigné de toute stigmatisation²³⁹. Officiellement labellisé PASS depuis 1998, le dispositif Arc-en-ciel de consultation de patients précaires lui préexistait depuis quelques années (*a priori* 1994 ou 1996 d'après sa responsable médicale actuelle). Par ailleurs, ce dispositif prend une forme particulière à l'hôpital Lariboisière, puisqu'il se traduit tant par un fonctionnement transversal au niveau des différents services hospitaliers (PASS transversale) que par un fonctionnement spécifique (PASS dédiée qui a lieu dans une Polyclinique médicale, PM). La responsable médicale de la PM depuis 2005, ayant fait toute sa carrière dans cet hôpital, nous précise que cette aile de l'hôpital est ouverte sur la ville, d'où le « i » de polyclinique à la place du « y ». Voici comment elle présente le fonctionnement aussi bien « transversal » que « dédié » de la PASS à Lariboisière.

« Une autre particularité à Lariboisière, c'est qu'il y a une consultation PASS dédiée au sein d'une polyclinique, mais qu'il y a également, au sein de l'Hôpital Lariboisière, un accès transversal à la PASS, au dispositif. C'est-à-dire que le patient, quand il circule et qu'il va voir un spécialiste – par exemple, il va voir un

²³⁹ Isabelle PARIZOT, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, op. cit., p. 159.

cardiologue – peut avoir un accès au dispositif, directement, sans passer par la PASS de la policlinique, via une assistante sociale. »²⁴⁰

Toutefois, comme le précise la responsable médicale de la consultation « Arc-en-ciel », la majorité des patients recourent à la permanence dédiée, située au niveau de la policlinique. Le fonctionnement transversal de la PASS ne constitue donc qu'une possibilité pour le service social de l'hôpital. Le recours aux « bons PASS » par les assistantes sociales des services tout comme la fréquentation des patients sans droits à ceux-ci semble variable : plus fort en maternité qu'en cardiologie, par exemple. Pour des raisons que nous détaillerons plus loin (attachement des patients à l'équipe de la permanence dédiée, orientation des patients précaires des urgences vers ce service, etc.), la plupart des mises en PASS se font à la PM.

« [L]e gros des patients passe par la policlinique. Mais il peut y avoir un accès direct, donc soit ponctuel dans des services qui n'en font pas beaucoup, par exemple la cardiologie, mais soit directement aussi pour des [services] qui en ont plus, par exemple la maternité. »²⁴¹

La policlinique dans laquelle se trouve la PASS dédiée est une unité fonctionnelle au sein de Lariboisière. Facile d'accès, son bâtiment se trouve avant l'entrée principale de l'Hôpital, sur la droite. Au rez-de-chaussée, il y a une salle d'attente sur le couloir d'entrée de la bâtisse, un guichet d'accueil (avec les aides-soignants, les services civiques et autre agent d'accueil ou de sécurité), puis des boîtes de consultation médicale, le bureau de la cadre infirmière (cadre des paramédicaux) et les caisses à côté de la sortie. Des toilettes pour les patients, d'un côté, et pour les personnels (fermées à clé), de l'autre, se trouvent aussi au rez-de-chaussée. À l'étage se trouvent les bureaux des deux assistants sociaux, ainsi que celui de la responsable médicale. Une salle de repos se trouve également à cet étage. Une des particularités des locaux c'est qu'ils ont été transformés pendant le premier confinement en unité COVID-19. Si les patients PASS ont continué à être reçus, leur traitement en a été nécessairement affecté. On reviendra sur ce point dans le chapitre suivant.

L'équipe de la PASS « Arc-en-ciel » se compose d'une responsable médicale, une cadre paramédicale, ayant sous sa tutelle huit aides-soignants et sept infirmières, tout comme de deux assistants sociaux, quelques médecins attachés, trois services civiques et un agent de sécurité. Néanmoins, si cette équipe de la policlinique de Lariboisière s'avère beaucoup plus importante que celle de la PASS Verlaine (Saint-Louis), il faut néanmoins comprendre qu'elle n'est pas strictement

²⁴⁰ Entretien n°9, responsable médicale à la PASS de Lariboisière, le 01/02/2021

²⁴¹ *Ibid.*

considérée comme faisant partie de la PASS « Arc-en-ciel ». En effet, les financements de l'ARS au titre de ce dispositif ne concernent qu'une partie de l'équipe ou du temps de leur travail. En ce sens, la polyclinique a une activité qui dépasse le dispositif PASS, mais qui bénéficie des subventions données par l'ARS à ce titre. On pourrait aussi dire que les patients qui sont finalement pris en charge par la PASS bénéficient aussi de ressources qui ne proviennent pas directement de l'enveloppe dédiée à la permanence.

2.2. La PASS de Delafontaine (93)

Située dans la ville de Saint-Denis, la permanence de l'hôpital Delafontaine a un fonctionnement essentiellement transversal, même si des consultations dédiées ont également lieu. Cela peut s'expliquer par la forte proportion de personnes sans ressources, voire sans couverture médicale, dans cette commune de la Seine-Saint-Denis (voir les chiffres sur le taux de pauvreté de ce département dans le Chapitre 1). Dans tous les cas, tout comme dans les hôpitaux parisiens de Lariboisière ou de l'Hôtel-Dieu, ici l'accès au bénéfice de la PASS se fait tant de manière transversale que dédiée. La responsable du service social de l'hôpital Delafontaine (entretien n°10), nous explique en interview ce fonctionnement de la permanence. Si l'entrée est double sur le papier, elle se caractérise par une forte transversalité, rendue possible par la connaissance et la possibilité de mobiliser le dispositif par l'ensemble des assistantes sociales de l'hôpital, ces dernières faisant partie du service social de Delafontaine. Comme le raconte cette responsable, la PASS dédiée ne constitue qu'un « complément » à la permanence transversale que réalisent les professionnelles du service social. Alors qu'il y a 27 assistantes sociales à temps plein, il y en a qu'une à mi-temps, consacrée spécifiquement à la permanence dédiée. Sur la PASS dédiée, il y a trois journées de consultation de médecine générale et deux journées de consultation dentaire par semaine. Une assistante sociale prend en charge expressément les patients de ces créneaux destinés aux personnes précaires et/ou sans droits.

« [N]ous on est sur un fonctionnement très transversal. Donc même si j'ai des assistantes sociales, et en fait 0,5 [temps plein] sur 27 [assistantes sociales], qui est dédié à la PASS, tout le reste c'est de l'intervention transversale. [...] Donc ici, vous allez avoir toutes les assistantes sociales qui vont être sollicitées dans le cadre de la PASS. Je reviendrai sur le côté dédié qui vient compléter en fait un fonctionnement transversal. En fait, toutes les assistantes sociales peuvent, à un moment donné ou à un autre, intervenir auprès d'un patient pour lui permettre d'accéder au dispositif de la PASS dès lors qu'elle aura évalué qui l'a en relève. Et elle, elle va intervenir sur des champs très larges. Et le dispositif de la PASS sera finalement qu'un outil à

l'intervention sociale tel qu'on va le proposer. [...] On est sur un fonctionnement PASS transversal. Ça veut dire que tous les médecins peuvent accompagner les personnes qui relèvent de la PASS et toutes les assistantes sociales peuvent accompagner des personnes qui relèvent de la PASS. [Q : Là, quand vous parlez de PASS dédiée, c'est quoi exactement en fait ?] C'est des consultations qui vont être réservées vraiment aux patients PASS donc... [Q : Oui.] Donc c'est le médecin généraliste ? Et le dentiste. C'est ça. Et donc sur ces consultations-là, au total il y en a cinq par semaine, il y a un mi-temps de l'assistante sociale qui est dédié sur l'accompagnement social de ces patients-là. »²⁴²

A *contrario* des hôpitaux précités, dont l'une des caractéristiques communes réside dans le fait que leurs équipes de la PASS dédiée (médecins, assistantes sociales, infirmières, etc.) se trouvent sur un même lieu physique, à l'image d'une Polyclinique (Saint-Louis, Lariboisière), un Service de santé publique (CHIMM) ou un Espace solidarité insertion (Pontoise), à l'hôpital Delafontaine, il n'y a pas vraiment un espace physique spécifiquement dédié à la PASS. Il y a certes un Service social – où il y a des agents d'accueil et des assistantes sociales – qui fait office de permanence mais seulement sur le volet « social ». Les consultations médicales PASS dédiées ont lieu sur une autre aile de l'hôpital, à savoir le Pôle médecine, au sein duquel se tiennent d'autres consultations de spécialistes (endocrinologie, dermatologie, néphrologie, rhumatologie, cardiologie). Puis, de manière générale, comme nous l'avons précisé, les différents services spécialisés de l'hôpital comptent des assistantes sociales pouvant attribuer des « bons PASS » aux patients. Toutefois, comme le précise l'interviewée n°10, cadre du service social de Delafontaine, la plupart des assistantes sociales se trouve physiquement dans les locaux du Service social.

À part la cadre du service sociale et l'assistante sociale à mi-temps consacrée au dispositif, la PASS dédiée bénéficie d'1/7 de temps d'un médecin référent ainsi que de deux internes pour assurer les consultations de médecine générale. Plus largement, comme c'est le cas d'autres permanences, celle-ci prend appui sur une institution plus large ; cela se confirme ici d'autant plus que le dispositif se caractérise aussi par sa transversalité dans toute l'enceinte hospitalière. L'ensemble des 27 assistantes sociales du service social – tout comme les médecins spécialistes de Delafontaine – peut effectuer une prise en charge estampillée PASS.

²⁴² Entretien n°10, responsable du service social de Delafontaine et référente PASS, le 08/02/2021.

2.3. La PASS de l'Hôtel-Dieu (75)

La PASS de cet hôpital parisien situé sur l'Île de la cité se caractérise elle aussi par son double fonctionnement, à la fois dédié et transversal. D'une part, disposant d'un espace, parmi d'autres services, au sein du Centre de diagnostic et de Thérapeutique de l'hôpital, où toute l'équipe dédiée du dispositif se trouve, cette permanence se rapproche par son organisation davantage de Lariboisière que de Delafontaine. D'autre part, tout comme dans ces deux hôpitaux, les assistantes sociales des services peuvent mettre les patients en PASS. En entretien, l'assistant de service social de la permanence (entretien n°24), qui a connu l'un et l'autre des fonctionnements, nous dit « qu'effectivement, il y a toujours la différence entre ce qu'on appelle PASS dédiée et PASS transversale ». Avant sa prise de poste actuelle en 2012, il avait travaillé dans le service de médecine interne (entre 2005 et 2012), où ça lui arrivait de délivrer des « bons PASS ». Le retour sur la trajectoire de ce professionnel du social permet de manière indirecte de comprendre la coexistence des PASS transversale et dédiée, ainsi que leur maîtrise de la part des membres du service social de l'Hôtel Dieu.

« [L]a population de la PASS, c'est une population que je connaissais déjà. J'avais aussi été bénévole dans d'autres associations, donc les sans-papiers, les SDF, la précarité, voilà, je connaissais déjà. Et même les trucs et un peu administratifs, je connaissais aussi déjà un peu le truc, donc je dis : " moi, cette population, il y a pas de problème. Je connais, j'aime bien, je maîtrise donc et voilà ". Et je suis donc à la PASS depuis 2012 [Q : Et par rapport à la PASS, c'est un dispositif que vous connaissiez déjà quand vous étiez en médecine interne ou même avant ?] Non. Alors [...] enfin je l'ai connu quand j'étais en médecine interne, voilà, quand j'étais vraiment de l'extérieur, je connaissais pas la PASS. [Q : Et qu'est-ce que vous saviez sur le fonctionnement de la PASS avant de venir ?] Alors, je savais effectivement que les... qu'on pouvait faire des bons pour que les patients n'aient pas de facture pour les consultations et qu'ils pouvaient récupérer leurs médicaments ici aussi. Parce que même en médecine interne, on pouvait faire des PASS pour que les patients puissent récupérer leurs médicaments en sortie d'hospitalisation. »²⁴³

Créée depuis une vingtaine d'années, la PASS de l'Hôtel-Dieu se trouve dans le Centre de diagnostic et thérapeutique de l'hôpital, une sorte de polyclinique. Ses consultations de médecine générale, tout comme le bureau d'accueil, les bureaux de la responsable médicale, des assistantes sociales, des infirmières, les salles d'attente, se situent à l'entresol du bâtiment. Les consultations

²⁴³ Entretien n°24, assistant social à la PASS de l'Hôtel-Dieu, le 30/04/2021.

spécialisées de cette PASS, plus récentes, se trouvent ou à l'entresol pour l'ophtalmologie (créé en 2016) ou à l'étage pour le buccodentaire (2018)²⁴⁴. Pour y accéder, les patients ne doivent pas rentrer par l'entrée principale de l'hôpital ni par les urgences. Une entrée spécifique est dédiée à la polyclinique. Sur le site de cette PASS on indique qu'il « est préférable de pénétrer dans l'Hôpital par l'entrée du Centre de Diagnostic et de Thérapeutique, à gauche de celle des Urgences, côté Rue de la cité – Marché aux fleurs – Préfecture. »²⁴⁵

La PASS dédiée, qui rassemble les consultations de médecine générale, d'ophtalmologie et buccodentaires, est constituée de toute une équipe de professionnels. À part la responsable médicale, il y a onze médecins généralistes attachés qui font quelques vacations chacun, à l'exception de deux d'entre eux qui ont font trois. S'y trouvent aussi trois dentistes qui au total font 0,9 temps plein, ainsi que 1 ophtalmologiste et trois orthophonistes qui ont font de manière cumulé 1,5 temps plein. L'équipe compte aussi trois assistants de service social à temps plein, une infirmière et une aide-soignante. Des services civiques, dont le nombre fluctue, participent aussi à la vie de la PASS. Pour la responsable médicale de la permanence (entretien n°19), arrivée à ce poste depuis une vingtaine d'années, soit dès le lancement du dispositif à l'Hôtel-Dieu, il est question surtout d'une division entre équipe restreinte et équipe élargie. Elle tient à rappeler qu'on ne peut pas parler que des gens de terrain pour comprendre la PASS.

« [Q: est-ce que vous pouvez me dire combien de personnes il y a en ce moment par exemple ? Si c'est un...] Médical ou total ? [Q: Au total.] Équipe restreinte ou équipe large ? [Q: Bah les deux si c'est possible.] Alors donc sur les médecins, il doit y avoir à peu près 11 médecins généralistes qui viennent à raison d'une vacation pour la majorité d'entre eux, sauf deux qui viennent à trois vacations. [...] Une équipe, c'est pas que les gens de terrain une équipe, en fait, parce que... c'est vachement important de le dire ça. Parce que si vous avez pas ces personnes-là, vous voyez ? Le responsable médical de l'ensemble de l'Hôtel-Dieu, pour moi, l'équipe c'est aussi la direction, la direction des finances, tout ça c'est l'équipe. Parce qu'en fait, s'ils sont pas avec vous, vous pouvez pas travailler, vous pouvez pas faire le boulot de terrain, vous arrivez pas à le faire parce que vous avez des barrages en permanence. Donc cette association, vous voyez, c'est pour ça que je dis " la petite équipe ou la grande équipe ?" C'est hyper important de comprendre que si vous avez pas la grande équipe qui vous suit, en fait, ou qui vous pousse, l'un ou l'autre, vous ne

²⁴⁴ Ces informations sont disponibles sur le site de la PASS de l'Hôtel-Dieu : <http://www.passhoteldieu.sitew.com> (consulté le 12/08/2021).

²⁴⁵ *Ibid.*

faites pas le boulot de terrain. Vous êtes en permanence barré dans votre terrain, dans votre boulot de terrain. »²⁴⁶

3. LES PASS AMBULATOIRES INSEREES

L'enquête de terrain a permis d'interroger les PASS dites ambulatoires. Lancées officiellement en 2013 par l'ARS dans le cadre d'une expérimentation, celles-ci s'inscrivent dans des structures de soins primaires de ville qui lui préexistent, à savoir des réseaux de santé associatifs et des centres municipaux de santé, ayant déjà une longue expérience dans la prise en charge des populations sans droits. La plupart des PASS ambulatoires que nous avons étudiées dans cette enquête ont des particularités communes. Leurs consultations ou activités se déroulent dans des lieux fixes et mobilisent des équipes – plus ou moins fournies – dédiées explicitement ou pas au dispositif. On se concentrera, tout d'abord, sur la PASS du Réseau ville hôpital 77 Sud, une association agissant depuis les années 1990 auprès des populations exclues des droits sociaux et disposant de longue date de partenariats notamment avec les institutions de santé (3.1). Puis, l'attention se focalisera sur trois PASS de centres municipaux de santé (CMS). On verra que celles-ci s'intègrent au fonctionnement plus général de ces structures municipales, tout en se traduisant par des équipes, à taille et à compétences variables, dédiées à la prise en charge sociale des patients sans droits sociaux (3.2). Par l'appellation de « PASS ambulatoires insérées », on rend compte donc l'intégration du dispositif dans des institutions de soins primaires de ville aux ressources (matérielles et humaines) distinctes.

3.1. La PASS du Réseau de santé Ville Hôpital – Sud (77)

Le Réseau de Santé Ville Hôpital est une association loi 1901 qui se trouve localisée au sein du Centre Hospitalier de Melun, un complexe accueillant différentes structures et bâtiments. Si ses consultations se réalisent depuis trois ans dans l'ancien bâtiment du Planning familial, elles se faisaient auparavant, et plus précisément depuis les années 1990, dans des locaux prêtés par le centre hospitalier. Dans tous les cas, cette association RHV 77 Sud – comme on l'appelle également – paye un loyer à l'hôpital pour occuper ses locaux. À proximité du bâtiment d'un étage (rez-de-chaussée) qu'il occupe, se trouvent, par exemple, un EPHAD et un centre de vaccination. Le siège d'une Équipe mobile psychiatrie précarité « Epsylone » se situe également à côté des

²⁴⁶ Entretien n°19, responsable médicale à la PASS de l'Hôtel-Dieu, le 16/03/2021.

locaux du réseau. On peut se demander pourquoi une PASS ambulatoire existe au sein d'une enceinte hospitalière, cela d'autant plus qu'on remarque que l'hôpital de Melun possède déjà une de ces permanences. Pour essayer de comprendre cela, il faut prendre en compte que le réseau a une histoire qui lui est propre sur le territoire. En effet, le RVH 77 Sud voit le jour au début des années 1990. Les différents dispositifs qu'il porte se sont mis en place progressivement à l'image d'un CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues). Un fait important à remarquer, concernant sa PASS ambulatoire, est qu'elle existait, en quelque sorte, bien avant que l'ARS IDF décide de la subventionner. Les consultations médicales et sociales étaient réalisées depuis 1997, si l'on croit le directeur du réseau (entretien n°28), formé initialement aux « carrières sociales ». Il convient de réinscrire la création de ces PASS avant l'heure avec le développement en France des centres de soins humanitaires gratuits apparus au cours des années 1980 par l'initiative d'associations comme Médecins du Monde (MDM) ou de Médecins Sans Frontières (MSF) – toutes deux créent leurs premières consultations gratuites durant cette décennie et continuent par la suite leur action, de manière intermittente (MSF) ou continue (MDM) sur le territoire français²⁴⁷. Le directeur du réseau explique :

« [N]otre consultation d'accès aux soins précarité est devenue au fur et à mesure du temps une PASS. Mais elle était déjà PASS ambulatoire dès 1997. [Q : OK. Mais c'est-à-dire que dès 1997, c'était déjà une PASS ?] Qui n'avait pas le nom « PASS ». [Q : OK.] Donc disons que c'était le même fonctionnement. C'était une consultation d'accès aux soins gratuite pour les gens qui n'avaient pas de droits ou de possibilité de se faire soigner. »²⁴⁸

Les institutions publiques financent le RVH 77 Sud depuis 2006, notamment pour ses activités d'accès aux soins. Vu que les PASS ambulatoires ont été officiellement mises en place au cours de l'année 2013 par l'ARS²⁴⁹, celles-ci reçoivent à ce titre une enveloppe de la part de l'agence. Le directeur du réseau signale que « La PASS est évaluée en tant que PASS depuis ce premier référencement officiel en deux mille... il y a quatre ans. ». Par ailleurs, la PASS ambulatoire du RVH 77 Sud constitue, à notre sens, une permanence « insérée » dans une institution lui pourvoyant un fonctionnement de type dédié. Elle dispose, comme nous l'avons précédemment évoqué, de locaux fixes auxquels les patients peuvent se rendre pour leurs consultations. De plus, les financements qu'elle reçoit au titre de la PASS, lui permettent, du moins en partie, de financer des postes de

²⁴⁷ Caroline IZAMBERT, « Une crise sanitaire du Sud dans un pays du Nord ? », *op. cit.*

²⁴⁸ Entretien n°28, directeur du RVH 77 Sud, le 03/06/2021.

²⁴⁹ On renvoie à la seconde section de notre Chapitre 2.

professionnels de santé et du social. Si les deux infirmières, les deux assistantes sociales et une médiatrice sociale interviennent dans les permanences, c'est parce qu'une partie de leurs salaires découlent des subventions de l'ARS.

Toutefois, précisons que les consultations médicales qui ont lieu une après-midi par semaine se font par l'intermédiaire des bénévoles de l'association. Les médecins se relaient pour venir assurer des consultations une fois tous les deux mois. Ainsi, contrairement aux PASS hospitalières qui comptent avec des salariés et/ou vacataires dans leurs équipes, la permanence ambulatoire insérée dans ce réseau de santé ne vit que parce qu'il y a aussi du bénévolat. D'autres bénévoles viennent aussi pour participer à l'accueil des patients comme nous l'avons vu lors d'un de nos passages dans les locaux du RVH 77 Sud.

Le fonctionnement de cette PASS emprunte autant à « l'univers symbolique humaniste » qu'à « l'univers symbolique médical »²⁵⁰. Il semble que pour les problèmes les plus bénins ou facilement gérables, elle peut tout à fait se suffire en mobilisant des ressources caritatives : bénévoles médecins et médicaments gratuits. Pourtant, lorsque les situations exigent plus de moyens humains (médecins spécialistes) et matériels (médicaments), la PASS fait appel à la permanence hospitalière de Melun qui se trouve à proximité. L'assistant social du RVH 77 Sud explique la manière par laquelle, même si le réseau demeure une association disposant de ressources humanitaires, celui-ci sert de pont avec l'Hôpital public.

« [A]vec la PASS hospitalière de Melun, ça fait des années et des années que le partenariat est mis en place. On communique sur les suivis de dossiers, on échange toutes les informations sur les suivis sociaux de manière à ce qu'il y ait pas de doublon qui soit fait sur les deux PASS. Sachant qu'ici on a une pharmacie humanitaire, mais on n'a pas tous les médicaments non plus. Et lorsqu'on a besoin de donner des médicaments, qu'on passe par la pharmacie humanitaire, mais qu'il nous manque des médicaments, on va les envoyer vers la PASS de l'hôpital pour qu'ils aillent récupérer ce qui manque, pour qu'on leur fasse... En fait avec l'orientation, on va leur faire un bon PASS, et eux ils pourront récupérer les médicaments qui manquent auprès de la pharmacie de l'hôpital. »²⁵¹

²⁵⁰ Isabelle PARIZOT, « La prise en charge des malades démunis: entre univers médical et univers humaniste », *op. cit.*

²⁵¹ Entretien n°48, assistant social au RVH 77 Sud, le 24/06/2021.

3.2. Les PASS des CMS de La Courneuve (93), de Montreuil (93) et de Malakoff (92)

Les centres municipaux de santé (CMS) de la Courneuve et de Malakoff font partie depuis 2015 de l'expérimentation des PASS ambulatoires lancée par l'ARS en 2013²⁵². En ce qui concerne le CMS de Montreuil, c'est en 2018 que la permanence voit le jour en tant que telle. Précisons d'emblée que ces centres comptent avec plus d'une cinquantaine de professionnels, certains à temps complet, d'autres à temps partiel (médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmières, assistants dentaires, kinésithérapeutes, psychologues, etc.). En ce sens, la permanence ambulatoire constitue un dispositif au sein de la structure municipale. Elle trouve sa localisation au sein du centre et se traduit, la plupart du temps, par des postes en son sein. L'objectif de présenter ces trois PASS ensemble réside, à notre sens, dans le fait qu'elles montrent trois modes d'institutionnalisation d'une permanence ambulatoire dédiée différents. Signalons également que, dans chaque CMS, les consultations médicales des patients de la permanence n'ont pas a priori un médecin attitré mais sont faites par tous les docteurs sur lesquels compte la structure. C'est uniquement le volet accueil et suivi social qui comporte des différences.

À La Courneuve, la PASS s'appuie sur le travail d'une assistante sociale, ainsi que d'une médiatrice sociale dont le poste a été expressément créé pour venir aider la première dans l'accueil des patients sans droits. Ici, la prise en charge sociale se déroule comme dans les permanences hospitalières. La médiatrice, une ancienne agente d'accueil ayant passé le concours de rédactrice de la fonction publique territoriale, déballe le terrain avec les patients comme le font, par exemple, les infirmières d'accueil à la PASS dédiée de Saint-Louis ou encore les aides-soignants à la PASS dédiée et transversale de Lariboisière. Par la suite, les patients sont reçus par l'assistante sociale du CMS qui fait une évaluation sociale avec eux et s'occupe non seulement de leur ouverture de droits mais aussi d'autres questions (hébergement, alimentation, etc.). À Montreuil, un agent prend en charge la mission d'accueil et d'ouverture de droits sociaux des personnes : la coordinatrice PASS. Cette dernière est une ancienne assistante dentaire du CMS, passée également par des cabinets libéraux et par le poste d'agente d'accueil du CCAS (Centre communal d'action sociale) de la ville. Elle a commencé son poste de coordinatrice de la PASS en novembre 2020. À Malakoff, la

²⁵² Les informations à propos des CMS des villes de La Courneuve et de Malakoff ont été recueillies, entre juillet et septembre 2020, dans le cadre d'une autre recherche à laquelle nous participons : Epidaure-Territoires, portée par l'Institut Jean-François Rey et dirigée scientifiquement par Nadège Vezinat (Professeure de sociologie à l'Université Paris 8).

subvention PASS existe et les patients sans droits sont pris en charge à partir de cette enveloppe. Néanmoins, cela ne se traduit pas par un poste dédié. Ce sont les agentes d'accueil et la responsable de l'accueil qui s'occupent de délivrer les « bons PASS » aux patients concernés. À part cela, le dispositif n'apporte pas de suivi social. La responsable administrative du CMS considère à ce sujet que ce sont les associations qui font l'accompagnement social de ces patients.

4. DES PASS HOSPITALIERES ET AMBULATOIRES HORS LES MURS

L'enquête de terrain a permis de prendre connaissance d'autres fonctionnements de PASS que nous rassemblons autour de la catégorie idéal-typique de PASS « hors les murs ». D'une part, il apparaît que cette mission existe parmi les permanences ambulatoires comme celle du réseau 92 Nord (4.1) dans les Hauts-de-Seine. Sans une équipe vraiment dédiée, comptant seulement quelques créneaux de consultations de médecine générale, ce réseau cherche principalement à « coordonner » la prise en charge des patients sans droits au niveau de tout leur département, couvrant 12 villes. La coordinatrice sociale, disposant du seul poste à temps plein consacré à la PASS, reçoit de potentielles personnes à intégrer au dispositif de la part des médecins de ville et des pharmaciens. Elle anime aussi sur le territoire le parcours du patient. D'autre part, ce fonctionnement « hors les murs » se retrouve aussi dans les PASS mobiles qui existent dans certains hôpitaux, à l'image de ceux du Groupe hospitalier du territoire (GHT) d'Yvelines Nord, où une équipe de ce type se met en place actuellement (4.2). L'objectif consiste à faire en sorte que des infirmières et assistantes sociales puissent se déplacer auprès des publics les plus « exclus », à savoir ceux qui ne viendraient pas de leur propre chef aux permanences à l'hôpital. En prenant appui sur les partenaires du territoire, cette équipe mettant en avant le principe de l'« aller vers », cherche à servir de premier contact avec ces patients, avant de les orienter vers les PASS hospitalières du département.

4.1. Une PASS ambulatoire uniquement coordinatrice : réseau 92 Nord (92)

Créé au début des années 1990, le réseau de santé qui porte cette PASS s'appelait, tout d'abord, l'Association réseau de soins (ARES) « qui était un réseau VIH-addiction-précarité »²⁵³, comme nous l'explique la coordinatrice sociale présente depuis plus d'une quinzaine d'années à ce poste. À l'exception d'un seul salarié, l'équipe était essentiellement composée de bénévoles. En 2005, le réseau devient ARES 92 avec trois coordinateurs (médical, social et administratif) salariés à temps plein. Cette même année, lorsque des Accueils préventions santé, financés par le département, ferment, le réseau lance « un genre de PASS pour orienter et payer [...] un médecin de ville » avec les ressources de leurs adhérents²⁵⁴. Deux ans plus tard, en 2007, des subventions venues du département sont données aux quatre réseaux de santé existants sur le territoire du 92, parmi lesquels se trouve ARES 92. En 2010, les dotations de l'ARS IDF ont remplacé celles du conseil départemental lorsque celui-ci a arrêté de les fournir. Quelques années plus tard, en 2016, l'agence décide de promouvoir la fusion des réseaux de santé du 92. À ce moment-là, ARES s'associe aux deux autres réseaux du territoire en activité (OSMOSE et ASDES). Le résultat s'appelle le Réseau 92 Nord. En 2021, cette organisation change encore de forme après la demande de leur premier financeur, à savoir l'ARS : elle devient un dispositif d'aide à la coordination (DAC). Dans ce nouveau contexte institutionnel, le maintien du financement de l'ARS lié à la gestion de la PASS ambulatoire par le réseau se pose. Les DAC ne seraient pas censées gérer ce type de permanences. Plus largement, il semblerait que l'ARS voudrait que la gestion des PASS ambulatoires passent uniquement aux mains des centres municipaux de santé (CMS).

Voici comment la directrice, arrivée à ARES en 1992 en tant que bénévole, devenue salariée de l'association en 2000, nous explique l'apparition de la PASS ambulatoire que son réseau porte. Il s'agit de la formalisation par l'ARS de pratiques déjà existantes.

« La PASS a été créée en 2010 de mémoire [mais sans que ce soit officiellement une PASS], puisqu'initialement, sur les Hauts-de-Seine, il y avait ce qu'on appelait les dispensaires qui permettaient un accès aux soins gratuits à toute personne sans ouverture de droit à l'assurance maladie et qui étaient gérés par le Conseil Général, Conseil départemental maintenant. Et ces structures ont fermé sur décision politique. Et le Conseil départemental avait souhaité qu'il y ait quand même la

²⁵³ Entretien n°23, coordinatrice sociale du Réseau 92 Nord, gestionnaire d'une PASS ambulatoire, le 20/04/2021.

²⁵⁴ *Ibid.*

possibilité, pour les personnes sans droit, d'avoir un accès aux soins. Et donc, nous avons octroyé une subvention à l'époque pour pouvoir prendre en charge les consultations des personnes sans ouverture de droit en ville, donc à partir du moment où ça nécessitait pas un plateau technique hospitalier. Donc ça, de mémoire, ça doit être 2010. Et ils nous l'ont octroyée parce qu'au niveau du réseau, on avait une coordinatrice sociale, ce qui permettait de pouvoir procurer des soins en ville avec le réseau professionnel avec qui on avait l'habitude de travailler et en même temps que les droits soient ouverts par la coordinatrice sociale du réseau. Et en 2015, de mémoire, l'ARS a décidé de financer l'expérimentation des PASS ambulatoires, non pas en créant des structures mais en finançant des dispositifs qui fonctionnaient déjà [comme les réseaux de santé ou les centres municipaux de santé]. Donc c'est comme ça qu'au niveau d'ARS, on a eu le financement pour être porteur d'une PASS ambulatoire. »²⁵⁵

En ce qui concerne les locaux du réseau, situés dans un bâtiment d'une zone d'affaires de Gennevilliers, ceux-ci n'ont pas vocation à recevoir des patients pour des consultations médicales. En cela, la PASS ambulatoire de ce réseau se différencie de celle du Réseau Ville Santé 77, à Melun, qui est insérée dans une institution disposant d'une équipe fixe comprenant infirmières, assistants sociaux et secrétaires, de médecins bénévoles, ainsi que de locaux destinés à des consultations de ce type. La coordinatrice sociale du Réseau 92 Nord (entretien n°23), issue initialement d'une formation et d'un parcours professionnel d'assistante sociale, peut néanmoins recevoir des patients pour des entretiens sociaux. Les malades sont envoyés par des médecins de ville ou des pharmacies afin que cette coordinatrice fasse avec eux une évaluation sociale et leur donner un « bon PASS » si leur situation peut effectivement être prise en charge par le Réseau au titre de la PASS. Cette femme peut de même lancer les démarches pour leur ouverture de droits dans le cas où ces personnes ne seraient pas déjà suivies par des assistantes sociales qui pourraient s'occuper de ces opérations administratives.

« [C]'est soit les assistantes qui sont dans des centres d'hébergement, qui sont dans des maisons d'accueil, soit de secteurs qui font appel à nous. Parce que voilà, le patient, il est malade, qu'il a pas d'ouverture de droits et donc dans le coup, après, moi je vois si c'est moi qui ouvre les droits ou si c'est effectivement une autre collègue. Parce que voilà, les travailleurs sociaux dans un CSAPA [Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie], c'est plus à elles de le faire. »²⁵⁶

²⁵⁵ Entretien n°8, directrice du Réseau 92 Nord, gestionnaire d'une PASS ambulatoire, 27/01/2021.

²⁵⁶ Entretien n°23, coordinatrice sociale du Réseau 92 Nord, gestionnaire d'une PASS ambulatoire, le 20/04/2021.

La PASS du Réseau 92 Nord a uniquement un agent dédié à temps plein : la coordinatrice sociale. Celle-ci travaille néanmoins avec un ensemble de « partenaires » sur la ville (médecins de ville, pharmaciens, associations caritatives, etc.). Recouvrant l'ensemble du département, comptant 12 villes, son action se centre sur les partenaires médicaux de longue date. En général, la coordinatrice sociale travaille avec deux médecins par commune.

« [M]on partenariat, c'est tous les médecins de ville, tous les kinés de ville, toutes les infirmières de ville, tout ce qu'il y a en ville, les sages-femmes, tout ce qu'on veut, toutes les pharmacies. Donc j'appelle le pharmacien, donc je vais au plus près de là où il vit. Donc bien sûr qu'on a notre pool à nous de médecins, c'est évident. Celui qu'on a depuis longtemps qui va pas nous dire non. En plus moi j'appartiens, voilà, à cette génération de garder du lien et des partenariats. [...] [Q : Mais ici toi, tu es en lien surtout avec des médecins, des pharmaciens, etc., du territoire ?] Des 12 communes, ouais. [...] Enfin en général si on en a un ou deux par commune, ça nous suffit largement. Parce que c'est mieux d'avoir quelqu'un qui te connaît bien. »

L'enveloppe que le réseau perçoit de la part de l'ARS d'Île-de-France depuis 2015 au titre de la PASS permet de financer le temps de consultation médicale des médecins de ville qui prennent en charge les patients sans droits en coordination avec la Réseau 92 Nord, ainsi qu'un temps de consultation médicale fait dans un accueil de jour par le « médecin du réseau » (un créneau toutes les deux semaines). Ce dernier réalise donc des vacations pour le réseau au sein de la Maison de la Solidarité, un accueil de jour géré par la Fondation Abbé Pierre. Les travailleurs sociaux de cette association s'occupent la plupart du temps de l'ouverture des droits des patients vus en consultation médicale par le médecin du réseau. La subvention donne aussi la possibilité de payer d'autres démarches (médicaments, examens radiologiques, etc.).

4.2. Une PASS mobile : le projet de l'équipe mobile du GHT Yvelines Nord

La mise en place actuelle d'une PASS mobile consacrée au territoire des Yvelines fait suite à une initiative venant de l'ARS IDF. L'agence voudrait que dans chaque département, il y ait une équipe de ce type qui se rende auprès des patients qui ne viendraient pas de leur propre chef aux permanences des hôpitaux, des réseaux associatifs ou des centres municipaux de santé. Le projet commence à s'affiner en partant de l'équipe de CHIMM qui constitue, aux yeux des responsables du GHT Yvelines Nord, la PASS la plus aboutie. La cadre de santé, référente des infirmières du service de santé publique auquel cette permanence est rattachée, explique avoir déjà en tête une

professionnelle en vue de s'occuper de cette équipe mobile. Les expériences préalables de la personne pressentie au sein d'une autre équipe du service de santé publique du CHIMM, tout comme le besoin pour sa hiérarchie de remplir son emploi du temps, la placent comme la personne idéale pour ce poste.

« Alors l'équipe mobile, bon, on a été sollicité, [le responsable médical] a été sollicité par madame Bertini [coordinatrice PASS au sein du siège de l'ARS d'Île-de-France], soyons clairs, en disant : " il y a une équipe mobile qui va se mettre en place dans chaque département" [...] puis donc moi j'avais en tête une infirmière. Parce que moi il me faut des personnes-ressources sur place parce que je peux pas faire... Donc une infirmière qui revient d'un congé mater' qui s'appelle [...]. moi je l'ai "pressentie" entre guillemets pour ce... pour la mise en place de ce projet et travailler après. Parce qu'elle était déjà infirmière à mi-temps sur ELSA, équipe de liaison et de soins en addictologie. Là on n'a plus de médecin, donc hélas on n'a plus l'ELSA. Puis elle était 30 % sur la PASS, voilà. »²⁵⁷

L'infirmière pressentie pour la PASS mobile (entretien n°38), nous explique le principe qui guide la mise sur pied de ce dispositif. L'objectif consiste à pousser plus loin la logique de l'accueil des personnes exclues. Il ne faudrait pas se résoudre à les attendre en permanence hospitalière, mais à aller les chercher dans leurs lieux de vie. Le leitmotiv de « l'aller vers »²⁵⁸ transparaît dans le discours de cette infirmière. Un autre élément apparaît de manière indirecte : il faut cibler les populations encore plus précaires que celles qui se déplacent à l'hôpital ou dans les autres institutions sanitaire (centre municipal de santé ou réseau de santé associatif).

« [L]'objectif, c'est d'aller vers les personnes les plus éloignées du système de santé, les personnes précaires, c'est-à-dire ceux qui n'arrivent pas ou qui ne peuvent pas accéder au système de soins. Il y a des populations que nous n'arrivons pas à rencontrer au département de santé publique ou qui sont compliquées à aborder. Les gens qui vivent dans des caravanes, les camps. Il y a des foyers qui sont au milieu de la pampa, qui sont inaccessibles. Les personnes à la rue, ça aussi. Parce que pour l'instant, ce sont eux qui viennent à nous lors des consultations ou alors nous venons à eux, mais sur des dépistages en foyer ou dans des associations. Donc quelque chose qui est déjà assez bordé, encadré. La PASS mobile, bien évidemment, on va être toujours en lien avec des acteurs sociaux extérieurs donc des associations ou des foyers, mais vers des populations qui n'arrivent pas, qui ne peuvent pas accéder à ces soins-là. Et l'objectif, c'est de se déplacer dans tout le territoire des

²⁵⁷ Entretien n°30, cadre santé de la PASS du CHIMM, le 04/06/2021.

²⁵⁸ Évelyne BAILLERGEAU et Hans GRYPONPREZ, « « Aller-vers » les situations de grande marginalité sociale, les effets sociaux d'un champ de pratiques sociales », *Revue française des affaires sociales*, 10 août 2020, n° 2, pp. 117-136.

Yvelines et de faire des permanences mobiles, et pourquoi pas peut-être des permanences plus fixes sur des lieux de vie où il y a beaucoup de turnover en termes de précarité. »²⁵⁹

Afin d'identifier qui sont ces « grands exclus »²⁶⁰, la PASS mobile doit travailler avec les partenaires sur le territoire et plus principalement les organisations caritatives et/ou humanitaires qui sont présentées comme celles qui connaissent le mieux ces publics – idée assez répandue dans l'action publique qui légitime souvent la délégation de service public auprès des acteurs privés (*non-profits* aux États-Unis, associations en France)²⁶¹. Le travail de l'infirmière future coordinatrice de l'équipe mobile, tout comme de la personne qui occupera le poste de « référent patient », sera d'orienter par la suite les patients dans les différentes PASS hospitalières du département des Yvelines (CHIMM, Poissy/Saint-Germain, et Mantes-La-Jolie). Voici la manière dont la cadre de santé de la PASS explique le travail qui sera réalisé sur le territoire :

« Ce que j'en ai compris effectivement, c'est qu'il faut aller vers cette population précaire qui vient pas forcément aux soins. Donc il faudra travailler en réseau avec beaucoup de personnes, peut-être avec le SAMU social, avec la Croix rouge des Yvelines, avec des partenaires sociaux, peut-être certains foyers, etc. Et il faudra sans doute mettre en place des actions pour aller chercher ces personnes, ou peut-être travailler avec les partenaires, peut-être aller, au moins faire du repérage, je sais pas quoi. Et puis après, l'idée c'est de les... entre guillemets, c'est pas bien beau ce que je vais dire, mais de les "redispacher" sur les cinq PASS des Yvelines, c'est ce que j'ai compris moi, selon le lieu, j'ai compris ça comme ça. Donc ça paraît relativement simple comme ça quand on le dit, c'est beaucoup plus difficile à mettre en place. Donc effectivement, [l'infirmière pressentie pour la PASS mobile] elle, on la mettrait plutôt sur... on a... j'ai écrit les fiches de poste avec [cette infirmière]. Donc on va mettre en place une infirmière coordonnateur ou coordonnatrice des actions de la PASS mobile. Et après, on voulait mettre une autre personne qui serait plutôt entre guillemets référente du parcours patient quoi : "ce patient-là, il faut peut-être l'envoyer sur la PASS de Rambouillet, sur la PASS de Versailles", etc. »²⁶²

Si les équipes mobiles, par définition, n'ont pas besoin de locaux physiques, elles ont néanmoins besoin de véhicules. Comme l'ont montré d'autres recherches, ces dispositifs consacrés aux patients précaires sont souvent des « dispositifs précaires »²⁶³. Dans une publication pour la revue

²⁵⁹ Entretien n°38, infirmière de la PASS du CHIMM, le 14/06/2021.

²⁶⁰ Julien LEVY, les « grands exclus », *op. cit.*

²⁶¹ Michael LIPSKY et Steven Rathgeb SMITH, « When Social Problems Are Treated as Emergencies », *op. cit.*

²⁶² Entretien n°30, cadre santé de la PASS du CHIMM, le 04/06/2021.

²⁶³ Gabriel URIBELARREA, « Pallier les discriminations sans les nommer ? Le cas de l'accès aux soins hospitaliers des sans-abri », *Médecine*, 2021, vol. 17, n° 3, pp. 122-125, p. 124.

Médecine (2021), Gabriel Uribelarrea expose le cas d'une équipe de mobile à Lyon n'ayant pas de voiture dédiée et devant compter sur les transports en commun, le vélo ou le propre véhicule des professionnels. En ce qui concerne la PASS mobile du GHT Yvelines Nord, le projet consiste à doter les professionnels d'un vrai outil de travail, permettant non seulement de se déplacer dans le département mais aussi de mener des consultations ou des soins en son sein. Bien évidemment, le projet étant en cours au moment de la rédaction de ce rapport, nous ne savons pas encore s'il pourrait être effectivement mis sur pied ni à quelle échéance²⁶⁴.

« [O]n a fait un cahier des charges pour lequel l'ARS nous a subventionnés, nous a donné une enveloppe pour ce véhicule. Ce véhicule va consister à être un véhicule entre un camping-car et entre une ambulance. [...] Et ça sera un véhicule qui sera aménagé sur le plan médical. Donc il y aura une table d'examen, il y aura des tiroirs pour ranger le matériel biomédical. On fera de la téléconsultation aussi puisque l'infirmière ne sera jamais seule, pour question de sécurité. Donc on sera soit deux infirmières, soit une infirmière, un médecin. Mais le médecin pourra pas non plus tout le temps être disponible donc on va aussi essayer de faire de la téléconsultation. »²⁶⁵

CONCLUSION DU CHAPITRE 3

L'objectif de ce chapitre a consisté à dresser un panorama idéal-typique des PASS que nous avons retrouvé sur le terrain. N'ayant pas visité la totalité des permanences qui existent en Île-de-France, il n'est pas possible d'affirmer que ce travail restitue de manière exhaustive cette cartographie. Cependant, en partant des catégories des acteurs (PASS dédiée/transversale ; PASS hospitalière/ambulatoire), cette mise au point a permis de complexifier – toute en la rendant intelligible – la compréhension des diverses déclinaisons du dispositif.

Les PASS peuvent être uniquement dédiées mais très rarement strictement transversales. Lorsqu'elles font de la mise en PASS transversale, celle-ci est également dédiée. Les permanences ambulatoires s'insèrent dans des institutions diverses : elles se traduisent la plupart du temps par des postes au sein d'une équipe fixe dans des locaux fixes. Par ailleurs, un type de PASS que nous avons nommé « hors les murs » rassemble des hospitalières et des ambulatoires. Il s'agit de permanences qui essayent de coordonner leur action sur le territoire, soit au travers de partenariats, soit par le biais d'équipes mobiles. Les idéaux-types identifiés serviront à situer nos analyses dans

²⁶⁴ Nous apprendrons plus tard (juin 2022) que la PASS mobile a pu être lancée avec un véhicule provisoire en attendant la réception d'un van médicalement aménagé.

²⁶⁵ Entretien n°38, infirmière de la PASS du CHIMM, le 14/06/2021.

les chapitres suivants. Ils permettront de replacer à chaque fois les divers enjeux organisationnels (Chapitre 4) et professionnels (Chapitre 5) dans des fonctionnements idéal-typiques identifiés.

Enfin, gardons à l'esprit la lecture évaluative sur l'hétérogénéité des PASS. Distinguée en quatre idéaux-types, celle-ci émane tant d'un contrôle de l'ARS (l'impulsion de l'ambulatoire via une expérimentation ou des actions actuelles « d'aller vers ») que des logiques institutionnelles qui lui préexistent (rapports intra-hospitaliers, histoire des dispositifs). Cette diversité de permanences répond aussi à une adaptation locale selon les ressources des institutions hospitalières ou de soins primaires (centres municipaux de santé, réseaux de santé associatifs), ainsi que selon les particularités des territoires couverts (le développement des PASS « hors le murs » se font sur des larges espaces, comme le département du 92 ou le 78, mais non pas dans le 93 ou le 94 qui rassemblent les plus hauts taux de pauvreté de la région).

CHAPITRE 4. LES ORGANISATIONS DES PASS. RAPPORT AUX INSTITUTIONS DE RATTACHEMENT ET AUX ACTEURS DES TERRITOIRES

INTRODUCTION DU CHAPITRE 4

Différents types de PASS font partie de l'offre aujourd'hui existante aussi bien dans les hôpitaux publics qu'au niveau des structures de soins primaires, à savoir les centres municipaux de santé et les réseaux de santé associatifs. La diversité des formes prises par leurs équipes et leurs modes de fonctionnement conduit à s'interroger sur l'inscription des permanences au sein des organisations au sein desquelles elles se trouvent. Leur insertion – plus ou moins heureuse, comme nous le verrons – dans ces institutions peut permettre de comprendre les morphologies et les prérogatives des permanences. En effet, le fait de pouvoir devenir, par exemple, une PASS hospitalière tant transversale que dédiée ne va pas de soi : conserver une équipe propre, tout en permettant au patient de circuler dans l'hôpital pour des consultations spécialisées, n'est pas acquis ; cela dépend *a minima* des moyens de l'établissement et du soutien de la hiérarchie hospitalière. Or il ne faut pas oublier que cela se produit dans un contexte plus large de rationalisation budgétaire et organisationnelle que connaît l'hôpital en France depuis les années 1980²⁶⁶. Un mouvement qui s'est traduit notamment, depuis le milieu des années 2000, par la tarification à l'activité (T2A). L'interrogation doit par conséquent porter également sur l'intégration des PASS dans des institutions non nécessairement favorables à compléter les ressources non couvertes par la MIG PASS.

Pour aborder ces types de questionnement, ce chapitre explore les liens que le dispositif d'accès aux soins de santé entretient avec son écologie organisationnelle directe (dans le cas de l'hôpital : le service hospitalier qui l'accueille, la hiérarchie hospitalière, l'ARS d'Île-de-France). L'attention se centre tant sur la place occupée physiquement et symboliquement par la permanence au sein de cet environnement (1) que sur les moyens additionnels sur lesquels elle peut compter grâce à

²⁶⁶ Pierre-André JUVEN, Frédéric PIERRU et Fanny VINCENT, *La casse du siècle, op. cit.* Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression, op. cit.*

celui-ci (2). Aussi, ce chapitre s'intéresse aux relations que les PASS développent sur leurs territoires extra-organisationnels directs, souvent au niveau de la ville ou du département, avec des « partenaires » (par exemple, la CPAM, des médecins de ville, des associations caritatives, d'autres PASS) (3). En somme, l'objectif ici consiste à exposer le rapport entre les permanences et leurs institutions de rattachement, ainsi qu'avec les autres acteurs qui participent sur les territoires à la mise en place d'un accès aux soins pour les personnes sans droits sociaux ni ressources.

1. L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL (1)

D'une zone à part à l'hôpital au retournement du stigmat

L'environnement organisationnel des PASS doit être saisi tant dans son aspect matériel que dans sa dimension symbolique. L'attention se focalisera ici davantage sur le cas des permanences hospitalières que sur les autres types de permanences existant dans des structures de soins primaires. Il convient ainsi de répondre à deux questionnements entrelacés : quelle place est accordée à l'équipe des permanences au sein de l'hôpital et quelle représentation de ce lieu circule dans l'enceinte de l'institution ? L'enquête montre que, bien qu'intégrées la plupart du temps à l'établissement hospitalier, les PASS peuvent constituer une zone « à part », notamment en raison de leur localisation (1.1.1). Cela entraîne une connaissance variable par les autres services du travail réalisé par ses membres (1.1.2). La représentation souvent peu valorisante de la PASS au sein de l'hôpital produit de la stigmatisation sur ses professionnels et ses publics, mais aussi une volonté de retourner le stigmat (1.1.3). Les intervenants des permanences s'auto-attribuent une mission valorisante : la prise en charge de tous ceux qui ne pourraient pas aller ailleurs (1.1.4). Ils renouent de cette manière, selon eux, avec la philosophie de l'assistance publique²⁶⁷.

1.1. Une zone « à part »

Comme nous l'avons exposé dans le Chapitre 3, les PASS hospitalières – qu'elles soient uniquement dédiées ou aussi bien transversales que dédiées – se trouvent dans la majorité des cas au sein d'une aile de l'hôpital. L'exception qui confirme la règle constitue la permanence de Pontoise.

²⁶⁷ Comme le rappelle Isabelle Parizot dans un chapitre de son ouvrage *Soigner les exclus*, retraçant l'histoire de l'hôpital, le traitement des pauvres était la mission principale de cette institution entre le Moyen-Âge et le XVIII^e siècle. Cf. Isabelle PARIZOT, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, op. cit.

Celle-ci met à découvert, de manière plus nette que par ailleurs, la place à part que peut endosser le dispositif dans l'institution hospitalière. En ce sens, il convient d'aborder ce cas de figure en premier. Pour rappel, la PASS de Pontoise se situe à l'extérieur des murs de l'hôpital, à une dizaine de minutes à pied de l'établissement, à proximité d'un IFSI²⁶⁸ qui peut drainer des stagiaires pour l'infirmerie, mais également de pavillons. Depuis la naissance du dispositif au début des années 2000, ce dernier occupe des locaux qui appartenaient jusqu'à très récemment à l'hôpital et qui ont été rachetés par une association caritative du département du Val-d'Oise appelée Espérer 95. La maison d'un étage qui accueille cette PASS est donc louée par l'hôpital à cette association. À côté du pavillon utilisé par l'équipe de la permanence, se trouve un centre de distribution de colis alimentaire, antérieurement administré par la mairie, et depuis peu repris par ce même acteur associatif. Il faut préciser qu'Espérer 95 gère aussi le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) du Val-d'Oise, à savoir la plateforme téléphonique qui attribue les places d'hébergement d'urgence et de réinsertion dans le département (95)²⁶⁹. Les associations peuvent, en effet, selon leurs propres histoires – et notamment en fonction des particularités de leurs implantations locales – investir différents secteurs de l'action sociale (aide alimentaire, hébergement, logement, vestiaire, insertion, dispositifs médico-sociaux, etc.)²⁷⁰. Cette proximité avec l'esprit humanitaire s'est traduite également par le statut « d'accueil de jour » que la permanence de Pontoise a occupé pendant plusieurs années. Pour rappel, sur une durée de plus de dix ans, la structure recevait des financements du département pour fonctionner non seulement comme une PASS mais aussi en tant qu'accueil de jour. Les structures de ce type mettent à disposition des personnes sans abri des services (par exemple : douche, cafés, accès à des ordinateurs, etc.). Cela explique le nom alternatif de la permanence de Pontoise : Espace santé insertion. Cette appellation fait référence aux Espaces solidarité insertion (ESI), à savoir le nom donné aux accueils de jours parisiens. Alors qu'elle ne reçoit plus ces subventions du département, la PASS continue à assurer cette mission de domiciliation, tout comme à offrir la douche et une collation aux patients qui le désirent. Pour une

²⁶⁸ Institut de Formation en Soins Infirmiers.

²⁶⁹ La distribution des places d'hébergement (souvent insuffisantes par rapport au nombre de demandes) constitue un enjeu pour les acteurs participant à l'aide aux personnes sans-abri. Le numéro 115, plateforme téléphonique existant depuis le milieu des années 1990, renvoie depuis 2010 au SIAO. cf. Vianney SCHLEGEL, « Pauvres, déviants, malades. Travail d'inférence et catégorisations professionnelles dans la régulation de l'accès à l'hébergement des personnes sans-domicile », *Terrains travaux*, 18 juillet 2017, N° 30, n° 1, pp. 185-207 Erwan LE MENER, « Evaluer des demandes, ou la justesse comme travail invisible. Le cas du 115 de Paris », *ethnographiques.org*, 2011, n° 23, URL complète en biblio.

²⁷⁰ À ce sujet voir Jean-Noël RETIERE et Jean-Pierre LE CROM, *Une solidarité en miettes, op. cit.* Axelle BRODIEZ-DOLINO, *Des sans-logis aux sans-domicile. Le foyer Notre-Dame des sans-abri à Lyon depuis 1950*, Saint-Étienne, Presses universitaires de Saint-Étienne, 2020.

présentation détaillée de la PASS hospitalière de Pontoise, voir la sous-section qui lui est consacrée dans la section sur les permanences dédiées du Chapitre 3.

Dans tous les cas, la localisation littéralement extrahospitalière de la PASS de Pontoise donne certainement la possibilité à son équipe d'entretenir des liens avec l'association Espérer 95, acteur important sur le territoire dans le domaine du social – on reviendra sur les liens territoriaux noués par les permanences dans la troisième section de ce chapitre. Néanmoins, précisons qu'en même temps, cette implantation en dehors des murs de l'hôpital rend difficile une insertion fluide dans le fonctionnement quotidien de l'institution. La permanence stocke, par exemple, les médicaments de ses patients dans sa propre « pharmacie », à savoir un placard de l'infirmier. L'infirmière (entretien n°41), s'occupe de l'approvisionnement du stock de comprimés. Bien qu'elle bénéficie depuis peu d'une livraison importante des commandes tous les vendredis à l'adresse la Maison, elle doit, pour tout autre retrait, notamment ceux d'urgence, aller chercher les médicaments sur le site principal de l'hôpital. Étant obligée d'interrompre ses consultations assez régulièrement pour faire des « allers-retours » entre l'établissement hospitalier et la maison occupée par la PASS, elle pointe le fait que la localisation de la permanence en dehors de l'hôpital n'est pas pratique. Elle critique aussi, au détour d'une description de ses activités, le fait que le travail dans la maison d'un étage les pousse à faire des « montées et descentes » constantes.

« [B]ah il y a toute la logistique de la salle de soins avec les commandes hebdomadaires pour la pharmacie, parfois en urgence s'il y a besoin. Donc nous, on est livrés une fois par semaine le vendredi, la pharmacie arrive, et c'est une commande que je peux remplir chaque jour, voilà j'imprimante le logiciel sur les quantités que je veux. Et quand il y a un traitement que je dois avoir absolument, le jour-même, eh bah je le commande en urgence et alors là, c'est pénible parce qu'en étant toute seule, je laisse la consult et je dois faire l'aller-retour pour aller le chercher à l'hôpital. Ouais, ça, c'est pas très pratique mais bon, c'est comme ça, donc voilà. [...] Pour le travail, je trouve qu'être sur le site ça nous faciliterait certaines choses. [Q : Par rapport à la pharmacie ?] Par exemple, enfin en termes logistiques, ce serait beaucoup plus simple et puis moi je reviens sur une structure linéaire quoi, comme ça [elle me fait comprendre avec ses mains : elle critique le fait qu'il y ait l'étage au-dessus], puisque cette maison, elle est bien sympa mais en termes de fonctionnalité c'est compliqué, moi je... Si on veut être un peu puristes, bon, après, on s'y fait hein, c'est pas... il n'y a rien de... c'est faisable. Mais c'est vrai que ça fait des fois pas, beaucoup d'allées et venues, beaucoup de montées et descentes pour rien alors que... »²⁷¹

²⁷¹ Entretien n°41, infirmière, PASS de l'hôpital de Pontoise, le 16/06/2021.

On apprendra, par ailleurs, via un entretien avec le responsable médical de cette permanence, que si les commandes de médicaments sont livrées tous les vendredis depuis peu, les courriers doivent toujours être retirés auprès du service social situé dans le bâtiment principal. Or cette PASS, faisant office de lieu de domiciliation pour les patients qui font la demande, reçoit constamment des lettres d'administrations. Lors d'un de nos passages, la secrétaire nous informe qu'environ 300 personnes se trouvent à ce jour domiciliées à l'adresse de la Maison. Bien évidemment, tous les patients ne reçoivent pas de courrier toutes les semaines. Aussi, la base de données, nous explique la secrétaire de la permanence, doit être mise à jour. Malgré cela, l'agente d'accueil fait un ramassage du courrier hebdomadaire auprès du service social de l'hôpital. Elle explique à ce sujet :

« [L]e mardi après-midi, là, je suis dispo... j'ai plus de disponibilités donc je vais chercher le courrier qui arrive au service social [de l'hôpital], toutes les personnes qui sont domiciliées chez nous et je les ramène, je les trie, je les range (Rire.) On a parfois ça quand même de courrier qui arrive le mardi [en signalant une pile élevée d'enveloppes sur son bureau] »²⁷².

En dehors du cas spécifique de la PASS hospitalière de Pontoise, les autres permanences se localisent dans des services de l'hôpital. À Saint-Louis, la permanence se situe dans une Polyclinique médico-chirurgicale, tout comme à Lariboisière dans une Polyclinique²⁷³ médicale et à l'Hôtel-Dieu dans un centre de diagnostic et thérapeutique. La permanence du CHIMM se trouve dans le département de santé publique, celle de Ville-Evrard dans un bâtiment du pôle CRISTALES²⁷⁴ et celle de Delafontaine se répartit entre le service social et le pôle de médecine. En ce qui concerne les permanences ambulatoires, elles se traduisent par des espaces dédiés, plus ou moins dilués au sein des institutions qui les accueillent. Certaines comptent avec des postes dédiés (une médiatrice, une assistante sociale, une coordinatrice sociale), mais à part celle-ci, les PASS ambulatoires mobilisent les professionnels de leur institution de rattachement (surtout les centres de santé municipaux) ou leurs partenaires sur le territoire (en particulier les réseaux de santé associatifs). Le côté « à part » vis-à-vis de l'enceinte hospitalière apparaît néanmoins dans le cas d'un réseau de santé associatif (RVH 77 Sud) qui loue à l'hôpital de Melun ses locaux. Bien qu'il

²⁷² Entretien n°40, agente d'accueil, PASS de l'hôpital de Pontoise, le 16/06/2021.

²⁷³ La différence d'écriture entre « policlinique » et « polyclinique » est délibérée. La responsable médicale de Lariboisière nous explique que le premier terme a été préféré au second afin de mettre en avant l'idée d'une ouverture sur la ville (*polis*).

²⁷⁴ Pour rappel : Coordination pour la recherche et l'information, les soins, les thérapeutiques, les analyses de laboratoire et l'éducation à la santé (CRISTALES). Il s'agit d'un pôle composé d'un département de soins somatiques (au sein duquel se trouve la PASS) et de services médicotéchniques.

existe une PASS au sein de cet établissement hospitalier, la permanence ambulatoire reste dans son giron. Toutefois, celle-ci occupe d'anciens bureaux du Planning Familial au sein d'un espace qui – tout en appartenant à l'hôpital – se situe à une bonne distance de ses bâtiments fonctionnels et à proximité de structures annexes, telles des établissements ou équipes médico-sociaux (EPHAD, EMPP) ou un centre de vaccination.

Dans tous les cas, et pour revenir aux dispositifs hospitaliers qui nous ont ici particulièrement intéressé : que ceux-ci soient strictement dédiés (Saint-Louis, CHIMM, Ville-Evrard) ou aussi bien transversaux que dédiés (Lariboisière, Delafontaine, Hôtel-Dieu), ils disposent d'un lieu fixe, soit d'un espace consacré, au sein de l'hôpital. Les difficultés rencontrées ne sont pas pour eux de type logistique comme à Pontoise. Dans tous ces autres hôpitaux, se pose la question même du repérage par les autres composantes hospitalières de l'action menée par la PASS. La dimension symbolique des permanences mérite qu'on lui accorde notre attention.

1.2. Une connaissance variable du dispositif à l'hôpital

La cadre paramédicale de la polyclinique de l'hôpital Lariboisière, encadrant infirmières et aides-soignants, nous expose son point de vue général sur la place de la permanence au sein de l'institution hospitalière. Ce témoignage venant d'une professionnelle expérimentée – infirmière entrée à l'APHP en 1982, passée par la réanimation, les urgences, avant d'arriver à la permanence au moment de sa création en 1998, devenue référente depuis une dizaine d'années et ayant participé pendant plusieurs années au collectif des PASS – rend compte du manque de notoriété dont souffre le dispositif à l'hôpital. Cette femme pointe aussi la logique transgressive de la permanence par rapport au reste du fonctionnement hospitalier, jugé très bureaucratique. Selon elle, le dispositif d'accès aux soins se différencie des autres services de l'hôpital parce qu'il prend en charge des personnes qui n'ont pas de papiers. Cette pratique alimente en quelque sorte la représentation de cette zone de l'hôpital public comme étant « à part ». Selon cette cadre paramédicale, la PASS peut servir de rappel aux autres services hospitaliers au sujet de leur mission de service public. À ses yeux, la permanence constitue un « village gaulois » respectant la tradition hospitalière de l'assistance publique, allant au-delà des pratiques strictement administratives. Il sera question, un peu plus loin et de manière plus détaillée, de l'existence d'une stigmatisation du dispositif et de ses patients au sein de l'hôpital. C'est dans ce cadre-là qu'il faut comprendre la réaction de cette cadre paramédicale. On constate que si la dévalorisation touche en premier lieu le malade, elle atteint aussi le soignant. En ce sens, cette réflexion de Serge Paugam dans *La*

disqualification sociale, à propos des assistés, se vérifie également au sujet des professionnels des PASS : « lorsque le statut social est dévalorisé [...] il est nécessaire de faire étalage de ses valeurs morales ou de ses mérites personnels pour compenser ou négocier le discrédit. »²⁷⁵ Ici, il s'agit de vanter les mérites d'un dispositif comme celui de la permanence, garant de la valeur de « service public », au regard des autres services hospitaliers à l'heure de la rationalisation managériale :

« Et souvent, les PASS [...] sont des structures qui sont pas connues dans l'hôpital. J'appelle ce service – souvent ça fait rire – le village gaulois qui est perdu et qui résiste, qui va résister quand on entend : “il faut des papiers pour entrer à l'hôpital. Si vous avez pas de papiers, on ne vous reçoit pas et ceci, cela”. Bah, si, on demande des papiers à la PASS, on en a besoin des papiers. Mais si on prend que des papiers, on va plus prendre des patients après quoi. Il y a des gens, il faut qu'ils aient des papiers parce qu'on a un système français, etc., pour l'ouverture de droits. Mais on est là où on peut dire : “nous on prend sans papiers”. Et dire aux autres services : “n'oubliez pas que vous avez une mission de service public, de soigner”. »

Le point de vue de cette professionnelle peut servir à exposer le fait que le travail réalisé dans les PASS hospitalières est peu connu ou mal connu des autres services de l'hôpital. Le cas de la permanence de Delafontaine donne à voir, néanmoins, un cas particulier – en raison de la particularité même de la patientèle de cet établissement hospitalier dans son ensemble. D'après la médecin du dispositif (entretien n°18), « la plupart des médecins le connaissent plus ou moins. »²⁷⁶ Bien évidemment, elle précise qu'ils ne « connaissent pas les différences de fonctionnement et les subtilités »²⁷⁷, mais qu'ils savent qu'il y a un dispositif que les assistantes sociales de l'hôpital peuvent mobiliser : la PASS. La particularité du repérage de la permanence d'accès aux soins de Delafontaine, même approximatif, résiderait d'après cette professionnelle dans la surreprésentation de populations précaires résidant sur la ville de Saint-Denis – voir sur ce point les chiffres sur le taux de pauvreté en région Île-de-France, où les plus hauts pourcentages se trouvent en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne (Chapitre 1). Cette médecin explique à ce sujet : « vu la précarité, la prévalence de la précarité sur l'hôpital, je pense que beaucoup de gens connaissent déjà le circuit, connaissent déjà comment les choses doivent se faire. »²⁷⁸ Selon elle, ces collègues des autres services adressent les patients vers le service social de Delafontaine, l'une des portes d'entrée pour accéder à une prise en charge estampillée PASS.

²⁷⁵ Serge PAUGAM, *La disqualification sociale*, op. cit., p. 193.

²⁷⁶ Entretien n°18, médecin, PASS de l'hôpital Delafontaine, le 05/03/2021.

²⁷⁷ *Ibid.*

²⁷⁸ *Ibid.*

1.3. Stigmatisation et retournement du stigmaté

Par ailleurs, comme l'indique le responsable médical de la permanence hospitalière de Pontoise, le fait d'être situé « à l'extérieur de l'hôpital » aurait « ses avantages et ses inconvénients »²⁷⁹. Ce médecin généraliste rend compte, d'une part, des problèmes logistiques que poserait la localisation extrahospitalière de la PASS et que nous avons déjà mentionnés. Pour rappel, il s'agit de la récupération des médicaments et du courrier auprès du site principal de l'hôpital, entraînant des « allers-retours » et des moments d'absence des professionnels de la permanence. Le médecin explique, d'autre part, l'impression que ce lieu – excentré vis-à-vis de l'institution hospitalière – donnerait, selon lui, aux patients. La Maison qui accueille la permanence ne représenterait pas, aux yeux de la patientèle, une consultation pour pauvres au sein de l'hôpital. Elle serait plutôt perçue comme un centre de santé, à savoir en tant que structure de soins primaires, assurant une prise en charge de médecine de ville²⁸⁰.

« [A]lors c'est peut-être qu'une idée, il y a peut-être rien de solide derrière, mais on se dit ça fait pas consultation pour pauvres au sein de l'hôpital, voilà. Pour beaucoup d'usagers, ici c'est pas tout à fait l'hôpital, c'est un centre de santé. »²⁸¹

Ainsi, en quelque sorte, selon ce médecin, la dimension de « disqualification sociale »²⁸² éprouvée généralement par les patients des PASS, serait ici minorée en raison de l'éloignement spatial du dispositif vis-à-vis de l'hôpital. Cette séparation physique mettrait à distance également le regard disqualifiant que les professionnels des autres services portent sur les patients des permanences. En ce sens, au sein de l'enceinte hospitalière, le caractère d'« assistance » du dispositif serait compris et intériorisé par les malades, tandis que dans cette maison littéralement extrahospitalière, cette dimension ne s'imposerait pas aux personnes venues consulter.

De plus, d'autres entretiens donnent à voir l'existence d'une réelle stigmatisation²⁸³, voire d'une labellisation²⁸⁴ négative, au sein de l'hôpital de la part des professionnels externes au dispositif. Le stigmaté se traduit ici par une perception péjorative que ces derniers ont du dispositif et de ses patients. Une infirmière arrivée à son poste dans une permanence parisienne en 2001, rend compte,

²⁷⁹ Entretien n°27, responsable médical, PASS de l'hôpital de Pontoise, le 02/06/2021.

²⁸⁰ Pour une présentation historique de la formation de ce type de structure : Marie-Pierre COLIN et Dominique ACKER, « Les centres de santé », *op. cit.*

²⁸¹ Entretien n°27, responsable médical, PASS de l'hôpital de Pontoise, le 02/06/2021.

²⁸² Serge PAUGAM, *La disqualification sociale*, *op. cit.*

²⁸³ Erving GOFFMAN, *Stigmaté: les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975.

²⁸⁴ Howard S. BECKER, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985.

par exemple, des *a priori* de ses collègues d'autres services concernant l'offre de travail qu'elle venait d'accepter dans le cadre de la PASS. Dans la hiérarchie implicite des postes hospitaliers, ceux dédiés à la permanence se trouvent dans une position symboliquement dévalorisée. Cette infirmière de la PASS de Saint-Louis depuis une vingtaine d'années – et qui était affectée avant cela au service de réanimation du même hôpital pendant une décennie – rend compte de cette stigmatisation des patients de la permanence, ainsi que des tâches accomplies vis-à-vis d'eux. Son témoignage montre que les patients (« publics immigrés », des femmes en situation « prostitution », etc.) et les soins qui leur sont apportés (pas « d'actes techniques ») sont peu valorisés au sein de l'hôpital. Cette professionnelle parle même d'un sentiment de « déclassement » que ses collègues pouvaient lui renvoyer sur sa propre situation. Le discours de cette infirmière montre qu'elle a effectué, entretemps, un retournement du stigmate²⁸⁵.

« La PASS, c'est vraiment très particulier quand je suis arrivée là. [...] c'était un peu déclassé, c'est-à-dire que quand j'ai dit : " je travaille à la PASS ", tout le monde me disait : " ah bon ! Mais à la PASS, c'est des patients pas très agréables à recevoir, toujours compliqués. Et puis tu fais plus rien, tu es plus infirmière si tu es à la PASS, parce que tu fais plus d'actes en fin de compte". [...] Même ici [dans la polyclinique], ils disaient : "c'est toujours un peu des patients pas valorisants ". Alors que justement, c'est des patients qui ont vraiment besoin d'être aidés qu'on accueille, qu'on oriente. Parce qu'on [ne] valorise plus tout ce qui est technique en fin de comptes. Quand on est infirmière dans un service, comme j'ai été, en hémato où on manipule les cathé centraux, les chimiothérapies, tout ça c'est du prestige, c'est quelque chose d'identifié. Mais ici, qu'est-ce qu'on fait ? Comme si on était déclassés. »²⁸⁶

Ce retournement du stigmate apparaît également dans les mots du responsable médical de la PASS hospitalière de Pontoise. Selon lui, son dispositif ne renvoie pas aux patients une image dévalorisante. Le fait de se trouver dans un espace externe à l'hôpital, similaire à un centre de santé, éviterait que ces personnes se sentent reléguées dans une filière « pour pauvres » au sein de l'hôpital. Pour lui, le fait de leur offrir un lieu accueillant, dans une maison située en dehors de l'enceinte hospitalière, produirait chez eux un sentiment positif. Ils se sentiraient considérés comme n'importe quel patient. Si l'on suit son raisonnement, ce côté excentré, voire « à part », de la structure, peut aussi avoir une dimension agréable. D'après ce médecin : « C'est une petite maison qu'on veut un peu chaleureuse, dans la salle d'attente, du café, des petits gâteaux. Il y a une douche,

²⁸⁵ Erving GOFFMAN, *Stigmate*, op. cit.

²⁸⁶ Entretien n°17, infirmière à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

un vestiaire. Donc... et ça, c'est le côté positif. »²⁸⁷ Or un paradoxe se dessine : la PASS de Pontoise s'éloignerait de l'image avilissante du dispositif « pour pauvres » de l'hôpital, tout en se rapprochant d'une consultation aux traits « humanistes », proche de celui des associations qui accueillent par ailleurs les populations sans droits ni ressources ²⁸⁸ . Le cas de cette permanence s'avère paradigmatique dans le sens où elle nous permet de voir, de manière plus marquée que dans les autres PASS, les ambivalences de la place de l'assistance dans le système de système de santé. Bien qu'intégré à l'hôpital, ce dispositif se trouve ici situé à l'extérieur. De plus, si ses membres essaient d'enlever le caractère stigmatisant de l'accueil des patients dans l'enceinte hospitalière, leur propre tâche est déconsidérée au sein de l'institution.

1.4. Donner un sens au lieu « à part »

En outre, dans plusieurs hôpitaux, la PASS joue un rôle d'accueil inconditionnel – à l'image de celui que se donne l'hébergement d'urgence depuis les décennies 1980 et 1990 ²⁸⁹ . Les professionnels nous expliquent que les patients sont tolérés même lorsqu'ils ne relèvent plus *a priori* de la patientèle de la permanence, parce qu'ils ne pourraient pas selon eux aller consulter ailleurs. En effet, ce que nous disent ces professionnels paraît, à première vue, contre-intuitif. Pourquoi des personnes ayant réussi à obtenir des droits sociaux voudraient continuer à fréquenter un espace qui pourrait être dévalorisant ? Comme nous le verrons plus tard de manière plus détaillée, la désertification médicale et/ou le refus des médecins de ville de prendre en charge les patients précaires, qu'ils aient une CSS ou une AME, voire des malades tout simplement jugés « difficiles », en raison par exemple de leurs pathologies ou leur comportement, peuvent se traduire par une présence prolongée de certains d'entre eux dans les PASS. Un assistant social d'une permanence parisienne nous explique justement ce cas de figure :

« [L]e patient peut avoir une CMU-C, ou maintenant une CSS, il peut avoir une AME. OK, très bien. Si le patient il a des problèmes psychiatriques et qu'il est Afghan, il faut nous dire où est-ce qu'on l'envoie. Parce qu'ils vont pas se battre pour ce patient-là. Parce que c'est compliqué d'avoir trouvé un médecin de ville qui

²⁸⁷ Entretien n°27, responsable médical, PASS de l'hôpital de Pontoise, le 02/06/2021.

²⁸⁸ Cette PASS se situe ainsi à la croisée des deux univers symboliques de l'assistance sociomédicale. Voir Isabelle PARIZOT, « La prise en charge des malades démunis : entre univers médical et univers humaniste », *op. cit.*

²⁸⁹ Édouard GARDELLA, « Secourir les sans-abri en détresse. La norme d'inconditionnalité dans l'urgence sociale », in Axelle BRODIEZ-DOLINO, Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, Benoît EYRAUD, Christian LAVAL et Bertrand RAVON (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 233-257.

va accepter d'avoir un patient qui ne parle pas le français ou qui parle très mal l'anglais, ou le médecin voudra le voir en cinq minutes et il aura pas envie de perdre trois quarts d'heure de son temps parce que derrière, il a toute sa clientèle à voir. C'est ça un peu la difficulté qui sont que des personnes, pour des raisons très diverses : barrière linguistique, problèmes psycho, etc., on peut pas les orienter tout de suite, tout de suite, même s'ils ont des droits, vers des structures plus classiques de droit commun. »²⁹⁰

Cependant, le maintien d'un certain nombre de patients s'explique également par leur attachement aux équipes. Ces personnes trouvent des repères dans les locaux des PASS visités. Plusieurs professionnels nous racontent que nombre de leurs patients viennent parfois de très loin afin d'effectuer leurs consultations avec eux. Dans les permanences, les malades découvrent des personnels réceptifs à leurs problèmes et préfèrent les conserver, même si les structures se situent loin de leur domicile – un domicile pouvant varier, notamment pour les personnes hébergées par leurs proches ou par l'État, soumises aux aléas de la vie en situation de précarité, devant constamment déménager d'hébergement en hébergement²⁹¹. Plus fondamentalement, les patients qui continuent à venir, alors qu'ils disposent de droits sociaux, trouvent dans les PASS un lieu rassurant. Le cas raconté par l'infirmière de la permanence hospitalière de Pontoise (entretien n°41), rend compte tant de l'attachement de certains patients aux soignants que de l'espace convivial que ces dispositifs peuvent constituer pour eux. Elle précise cependant que ce type d'occurrence, où une personne ayant obtenu ses droits reste attachée au dispositif, parfois pendant des années, constitue davantage une exception que la règle.

« [I]l y a quand même beaucoup de personnes qui n'ont pas de couverture sociale et qui viennent ici. Mais on a et on a notre petit lot de personnes qui pourraient être tout à fait dans le circuit...[Q : Qui a priori pourraient mais en fait, c'est plus compliqué que ça...] Mais pour des raisons, voilà... pour des raisons X, Y, Z, qui finalement viennent... Le monsieur pour qui il y a ça là [elle signale une boîte de pansements], Monsieur Fernando, depuis que je le connais pratiquement, il a toujours eu une couverture sociale et je le connais depuis que je suis ici [soit depuis 2014]. [...] Voilà. Mais c'est un monsieur qui est venu au départ ici parce qu'il

²⁹⁰ Entretien n°24, assistant social à la PASS de l'Hôtel-Dieu, le 30/04/2021.

²⁹¹ À ce sujet, on peut renvoyer aux travaux d'Erwan Le Méner sur l'hôtellerie sociale, offrant un hébergement précaire aux familles sans abri et migrantes depuis les années 1990. Plus généralement, sur les déménagements incessants liés à la précarité, voir le travail de Matthew Desmond. Bien que sa recherche porte sur un autre contexte (Milwaukee, États-Unis) où la libéralisation du marché locatif est plus forte et l'aide sociale moindre, elle rend compte de l'effet délétère de la précarité du logement sur la vie des premiers concernés. Cf. Erwan LE MENER, « Quel toit pour les familles à la rue ? », *Métropolitiques*, 12 juin 2013, URL complète en biblio Matthew DESMOND, *Avis d'expulsion: enquête sur l'exploitation de la pauvreté urbaine*, Montréal, Lux, 2019.

n'avait pas et du coup, il y a une espèce d'attachement sentimental on va dire, et il ne fait pas confiance aux infirmières de la ville, pour avoir testé et même les infirmières, nos collègues de consultation de chirurgie qui lui font son pansement parfois, il préfère qu'on le fasse ici parce qu'on prend notre temps, je mets la musique, on chante, on discute du foot (Rire.) enfin bon. [...] Je sais pas si c'est bien mais moi, dans tous les cas, je pense que je fais du bien à ce monsieur quoi, et je pense que c'est l'essentiel, voilà, c'est mon point de vue. Et puis heureusement qu'il y a cet espace-là. »²⁹²

L'espace « à part » ne constitue donc pas une fatalité pour les équipes des permanences. La plupart du temps, cet espace – qui peut se trouver parfois physiquement éloigné – se trouve au sein même de l'hôpital et fait partie de son écosystème. S'il fait l'objet d'une notoriété variable selon les établissements visités, et si son image peut être stigmatisée, notamment en raison de ses « publics », le dispositif des PASS compte également des professionnels qui donnent un sens à leur travail. Et si cet espace « à part » représentait ce village gaulois, résistant aux transformations organisationnelles de l'hôpital, dont parle une enquêtée ? Un village qui aurait pour mérite de rappeler aux autres services hospitaliers l'importance du service public, en somme de l'humain avant les chiffres. Ce type de questionnement issu du terrain fait écho, d'une certaine manière, à ceux qu'émettait François-Xavier Schweyer à l'heure où la tarification à l'activité (T2A) se mettait en place dans les établissements hospitaliers : « Est-il exact, comme il est dit souvent, que la réforme de la tarification hospitalière qui se met en place aujourd'hui hypothèque la capacité des hôpitaux d'assurer leur mission d'accueil des plus pauvres ? Les réformes actuelles répondent-elles à la mission de solidarité attendue de l'hôpital ? »²⁹³. En outre, au-delà de la place physique et de la place symbolique des permanences d'accès aux soins au sein de leurs institutions de rattachement, il existe aussi un élément à explorer : les bénéfices qu'elles tirent du fait de leur intégration – plus ou moins heureuse – à celles-ci.

2. L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL (2)

Bénéficiaire d'une intégration à des institutions plus larges

²⁹² Entretien n°32, infirmière à la PASS du CHIMM, le 04/06/2021.

²⁹³ François-Xavier SCHWEYER, « Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences », in Serge PAUGAM (dir.), *Repenser la solidarité*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, pp. 723-745, p. 724, URL complète en biblio.

Les PASS tant hospitalières qu'ambulatoires s'intègrent de manière plus ou moins affirmée à des institutions plus larges²⁹⁴. Comme nous l'avons mentionné, par exemple, la permanence du Centre hospitalier intercommunal Meulan-les-Muraux (CHIMM) (Meulan-en-Yvelines, 78) se trouve insérée dans un département de santé publique ; celle de l'hôpital Lariboisière (Paris, 75) l'est dans une Polyclinique médicale. En ce qui concerne les permanences ambulatoires, elles s'insèrent dans des structures de soins primaires telles que les centres municipaux de santé et les réseaux de santé associatifs. Dans les deux cas de figure, ce que montre l'enquête c'est que le dispositif bénéficie des ressources – aussi bien humaines que matérielles – des institutions au sein desquelles il se fonde. Sachant que ces dernières ne disposent pas des mêmes moyens, on constate que les personnels des PASS sont plus ou moins satisfaits du fonctionnement de leur activité. De plus, il apparaît que le fait de pouvoir bénéficier des ressources de l'institution plus large qui les accueille dépend de l'approbation des directions hospitalières, des centres municipaux et des réseaux associatifs. Des frictions peuvent émerger à ce sujet, en raison des divergences concernant le périmètre d'action de la permanence au sein de l'organisation qui l'héberge.

Cette section se propose d'interroger, tout d'abord, l'intégration harmonieuse d'un dispositif au sein d'une institution plus large (2.1), avant de s'attaquer aux situations où cette insertion s'avère plus compliquée (2.2). Elle aborde aussi les insatisfactions des équipes des PASS qui découlent du manque de ressources sur lesquelles elles peuvent compter, à défaut de pouvoir s'appuyer sur une organisation plus importante (2.3). Enfin, la section se termine par un questionnement relatif aux liens entre les permanences d'accès aux soins de santé et l'ARS d'Île-de-France – à savoir leur principale tutelle institutionnelle. Il s'agit de se demander si cette agence déconcentrée de l'État constitue aux yeux des intervenants du dispositif un atout ou plutôt un obstacle pour mener à bien leur action. (2.4)

2.1. Une intégration harmonieuse

Pour la plupart des équipes des PASS étudiées, il va de soi que le dispositif peut s'appuyer sur les ressources de l'institution dans laquelle il s'insère. Afin de bien appréhender cette intégration de la permanence au sein d'un service plus large, l'objectif sera ici de prendre un exemple en

²⁹⁴ Les PASS participent ainsi à un processus constant, celui de l'institutionnalisation – ici de l'hôpital et des structures de soins primaires –, qui inclut de nouvelles pratiques, règles, etc., à l'institué préexistant. Cf. Jacques LAGROYE et Michel OFFERLE (dir.), *Sociologie de l'institution*, *op. cit.*

particulier. Celui-ci révèle la manière dont cette « subsidiarité institutionnelle »²⁹⁵ se produit. De plus, ce cas de figure montre le rôle indispensable que joue la hiérarchie hospitalière dans la possibilité de faire bénéficier aux équipes des permanences, des ressources qui ne sont pas *a priori* prévues pour elles (par exemple : la mise à disposition du secrétariat, de paramédicaux supplémentaires pour la prise en charge des patients PASS, l'obtention de locaux pour les consultations, etc.). En vue d'explorer cette situation que nous qualifions d'« intégration harmonieuse », le choix a été fait de se focaliser sur la permanence de l'hôpital de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne (93).

La PASS de cet établissement public spécialisé (EPS) dans la santé mentale²⁹⁶ a été ouverte en 2010. Néanmoins, sa formalisation en termes d'équipe et de locaux s'est produite de manière progressive à partir de son lancement. Au départ, une composition de professionnels réduite (médecin, assistante sociale, sociologue²⁹⁷), à temps partiel, s'occupe du dispositif. Les consultations médicales se déroulent dans un bâtiment du pôle CRISTALES, alors que les entretiens sociaux se tiennent dans une bâtisse administrative. Pour son versant de médecine générale²⁹⁸, la permanence gagne en importance, elle compte depuis un an une équipe à temps plein : un médecin, deux assistants de service social et une infirmière. Un assistant social était déjà à temps complet depuis 2015, mais le médecin n'a obtenu son temps plein que depuis 2020. L'ensemble des intervenants de la PASS se trouve dans le bâtiment principal du pôle CRISTALES, celui qui accueille le département de soins somatiques²⁹⁹. Or, comme l'expliquent eux-mêmes, le fait d'être localisés à cet endroit et d'être intégrés à une équipe plus large (en termes de paramédicaux, de secrétariat, mais aussi de médecine spécialisée telle l'addictologie ou la gynécologie, par exemple) leur permet de bénéficier de ses avantages. De manière générale, il faut être attentif à la manière dont les nouveaux règlements ou dispositifs (ici les permanences) s'intègrent aux pratiques routinières des

²⁹⁵ Sur cette question voir Mauricio ARANDA, *Une assistance à deux vitesses*, *op. cit.*, p. 148-150.

²⁹⁶ La PASS porte la dénomination « PASS psy ». Toutefois, comme nous l'avons expliqué dans le Chapitre 3, ce titre désigne la localisation de la permanence généraliste (ou somatique) au sein d'un établissement psychiatrique et non pas un dispositif dédié au traitement des pathologies psychiatriques. Comme le font remarquer les professionnels de la PASS de Ville-Evrard, cette dénomination institutionnelle conduit en erreur les partenaires et/ou les patients vis-à-vis de la prise en charge proposée par leurs soins.

²⁹⁷ La présence de la sociologue témoigne du côté expérimental du projet dans cet établissement. Cette professionnelle avait auparavant travaillé pendant quatre ans au sein d'une Équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) d'un autre hôpital, ce qui a favorisé son entrée au sein de la PASS de Ville-Evrard en qualité « d'accompagnatrice » de sa mise en place.

²⁹⁸ Cette PASS compte aussi avec une permanence spécialisée en soins dentaires.

²⁹⁹ D'après la plaquette de présentation du pôle, ce département regroupe : « préventions, santé publique, addictologie, comité sida sexualités prévention, ethnopsychiatrie, service des spécialités médecine polyvalente, PASS psychiatrique et PASS dentaire ». Cf. <https://www.eps-ville-evrard.fr/institution/pole-cristales> (Consulté le 22/09/2021). Pour la nuance concernant le terme « PASS psy », voir les éclaircissements à son sujet dans le Chapitre 3.

institutions³⁰⁰. On verra ainsi qu'une mutualisation des ressources au sein du pôle CRISTALES autorise l'équipe de la PASS à compléter son offre de soins et aussi à mener à bien leur prise en charge des patients en situation d'absence de droits et de ressources.

La permanence généraliste de Ville-Evrard reçoit un financement pour les postes du médecin, des assistants sociaux et de l'infirmière. Elle bénéficie aussi de tous les autres services existants sur place. Si les consultations auprès du dentiste se font dans le cadre de la PASS dentaire, les autres prises en charge relèvent de l'offre de soins du pôle CRISTALES, non dirigé exclusivement aux patients de la PASS mais à l'ensemble de sa patientèle. L'infirmière de la permanence (entretien n°44) explicite en interview cette intégration de la permanence au sein des différents services du bâtiment qui l'héberge, à savoir le département de soins somatiques. De son point de vue, cette insertion dans une institution plus large constitue un avantage pour le public de la permanence.

[Q : Je voulais comprendre un peu plus. Ici, on est dans un service qui est plus large que la PASS.] Ouais. [Q : Donc bah est-ce que vous pouvez me parler un peu de ça et peut-être des liens ?] Des autres consultations ? [Q : Ouais, c'est ça.] Voilà. Bah c'est vrai que donc nous on a le service de la PASS. Donc on a un dentiste, un ophtalmo, une pédicure, un gynéco, un endocrinologue. Donc un médecin pour les consult handicap. [...] Et on a une nutritionniste, une diététicienne, enfin voilà. C'est vrai-... une addicto, donc c'est vraiment varié [...] On va voir la porte à côté : “ est-ce que tu peux la prendre ou pas ? – Oui pas de souci ”, hop, comme ça. Les patients ça les rassure aussi, ils se sentent pris en charge, écoutés, suivis. Enfin voilà, qu'on s'intéresse vraiment à eux. [...] Nous on se dit : “ bah au moins, on a tout fait, dans les plus brefs délais ”. Et bah pour eux en fait... c'est toujours pour eux et pour pas qu'ils attendent. Parce que le but c'est aussi qu'ils reviennent. Et si on met un rendez-vous gynéco dans trois semaines avec un rendez-vous endocrino dans un mois, le patient on n'est pas sûr de le revoir. [...] [Q : Donc en fait les... il y a pas vraiment de séparation nette entre l'équipe de la PASS et l'équipe plus large de ce...] Non, non, enfin vraiment c'est une situation où voilà, il faut que la personne soit vue. Et ils refusent jamais à ce qu'ils soient vus tout de suite. [...] Les autres [professionnels], non, refusent jamais... non non. Ça c'est... enfin moi je trouve que c'est un avantage du coup. »³⁰¹

Cette possibilité de bénéficier des moyens humains (et donc professionnels) des autres services de l'institution qui héberge la PASS découle, du moins en partie, d'un acte conscient de la part de la responsable du pôle CRISTALES. Étant à la tête de tous les services du bâtiment et ayant été

³⁰⁰ Philippe BEZES et Patrick LE LIDEC, « Ce que les réformes font aux institutions », in Jacques LAGROYE et Michel OFFERLE (dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2011.

³⁰¹ Entretien n°44, infirmière de la PASS de Ville-Evrard, le 18/06/2021.

favorable à la mise en place d'une permanence d'accès aux soins en son sein, celle-ci favorise les liens entre les différentes offres de soins ainsi que la mutualisation des ressources du pôle. Le médecin de la PASS – généraliste arrivé en 2010 lors du lancement du dispositif, disposant depuis un an d'un temps plein sur celui-ci, alors qu'il demeurait jusqu'à alors à mi-temps – explique le caractère essentiel du soutien de la chef de pôle dans la constitution et le fonctionnement de la permanence. Tout d'abord, il rappelle que celle-ci a fait la demande auprès des tutelles (l'ARS IDF en l'occurrence) pour que le budget de la PASS soit augmenté et permette son embauche à temps plein. Cette responsable de pôle aurait légitimé la permanence à l'EPS de Ville-Evrard, en participant activement à sa constitution, en termes notamment d'équipe dédiée.

« J'ai fait les consultations et je me débrouillais comme je pouvais jusqu'à l'arrivée de [X] qui est assistant social plein temps, qui m'a vraiment beaucoup aidé. Et donc les choses commencent à grandir, les consultations commencent à devenir trop parce que je faisais que... à l'époque, je venais pas tous les jours. Et après, donc le volume a augmenté et donc je me suis trouvé dépassé. C'est là où [la responsable du pôle] a demandé d'augmenter le budget de la PASS. On a fait un copil, il y a madame Barbara [Bertini] qui nous a aidés ; et donc on a augmenté le budget. Quand on a augmenté le budget, ils ont... dans le budget, ils ont complété mon mi-temps, comme ça, je serai plein temps PASS. Donc j'ai abandonné Bondy [la clinique psychiatrique où il travaillait à mi-temps]. Ça, c'est depuis décembre [2020] et augmenté le temps d'assistant social, donc deuxième assistant social. Et augmenté... ils nous donnaient une infirmière spécifique pour la PASS. [...]. Une infirmière, mi-temps pour moi en plus et un assistant social en plus. Ça fait deux assistants sociaux, une infirmière et un médecin à plein temps. »³⁰²

Selon ce médecin généraliste, le soutien de la responsable de pôle ne s'est pas arrêté à la mise en place du projet. Son soutien a connu un prolongement dans sa volonté de faire bénéficier l'équipe de la PASS des différents services du pôle CRISTALES. En quelque sorte, le fait d'être sous l'aile protectrice de cette chef de pôle permet aux professionnels de la permanence de traiter leurs patients comme ils le souhaitent (par exemple, en leur faisant bénéficier sans problème de la pharmacie, en mettant à leur disposition des boxes de consultation, en pouvant compter sur le travail des secrétaires qui prennent en charge leurs rendez-vous, en faisant appel au laboratoire pour des examens, en envoyant les patients aux spécialistes).

« [L]à, on utilise toujours les locaux du service et on utilise les secrétaires et les secrétaires qui sont pas budgétisées par la PASS et l'accueil téléphonique, tout ça, voilà. Maintenant, on peut dire qu'on travaille à l'aise. Notre avantage, c'était

³⁰² Entretien n°34, médecin à la PASS de Ville-Evrard, le 09/06/2021.

quoi ? C'était que le chef de pôle, c'est lui qui a créé, c'est le docteur [X], c'est elle qui a créé le projet, qui était la source du projet de la PASS. Elle est le chef de pôle. Quand elle dit chef de pôle, c'est-à-dire elle est responsable... chef de pôle, ça englobe la pharmacie, la biologie, le DIM et le service des spécialités. Comme elle porte le projet sur elle, donc on a des facilités pour prescrire les médicaments à la pharmacie. Et les gens, on leur donne les médicaments ici. J'utilise le service des spécialités, personne ne peut lui dire non. Et on utilise aussi la biologie gratuitement. Et c'est comme ça qu'on a tenu le coup. Si c'était [X] qui est le créateur de ce projet, [et que] le responsable de ce projet, n'était pas chef de pôle, non, j'aurais beaucoup de difficultés. Parce que si le chef de pôle, c'est ailleurs et le chef de service ici, ou le chef de pôle du service spécialité et de la pharmacie, c'est quelqu'un d'autre, on n'aurait pas ces avantages-là, on aurait beaucoup de difficultés. »³⁰³

La situation de Ville-Evrard apparaît favorable à l'équipe de la permanence en raison du soutien apporté par la responsable du pôle qui l'accueille. Celle-ci permet aux professionnels du dispositif de profiter de certaines ressources telles que, par exemple, le secrétariat, les locaux et la pharmacie³⁰⁴. D'autres situations sont moins favorables à ce que nous avons appelé « la subsidiarité institutionnelle » dont peut ainsi bénéficier une permanence d'accès aux soins de santé.

2.2. Des tensions dans l'intégration

Deux facteurs peuvent rendre compte des tensions qui résultent de l'intégration d'une PASS dans une institution plus large. D'une part, le manque de moyens de l'institution accueillante peut être à l'origine d'un dysfonctionnement de la subsidiarité – sur ce point, voir la sous-section suivante (2.3). D'autre part, ce sont les relations entre les PASS et les responsables des structures plus larges dans lesquelles s'insèrent ces dispositifs, qui peuvent rendre difficile le fonctionnement des permanences. Comme nous l'avons déjà mentionné, le cas de la PASS de l'hôpital de Pontoise (95) exemplifie cette situation. Celle-ci se trouve dans l'impossibilité d'envoyer ses patients auprès d'autres services spécialistes de l'établissement hospitalier – la situation est ainsi à l'opposé de celle qui a cours à Ville-Evrard.

Le médecin responsable de la permanence de Pontoise raconte que le passage d'un patient de la PASS aux services spécialistes se faisait en pratique, de manière informelle, au tout début du dispositif. Toutefois, la direction de l'hôpital a demandé à l'équipe de faire un choix : ou la PASS

³⁰³ *Ibid.*

³⁰⁴ Il convient de préciser que les PASS Psy, comme celle de Ville-Evrard, ne sont pas financées via une MIG PASS, mais – tout comme les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) – par une dotation annuelle de financement (DAF).

devenait transversale, et dans ce cas-là elle pouvait bénéficier des services de l'hôpital, ou elle demeurait dédiée, mais elle ne pouvait plus, dans ce cas-là, prétendre envoyer ses patients auprès des autres services. En ce sens, on constate que la mise en place d'une permanence tant transversale que dédiée – telle que nous l'avons caractérisée dans le Chapitre 3 – ne constituait pas ici une option. On se permet de citer une nouvelle fois un extrait d'entretien avec le responsable médical de la PASS de Pontoise, très éclairant sur ce point :

« [L]e truc, c'est qu'ici, on n'a pas accès en fait à l'hôpital. C'est-à-dire que le deal qui a été passé, ça, c'est pas écrit, mais c'était... et ça, ça date de... je m'en souviens d'ailleurs le jour où on nous a fermé les portes, c'était au 1^{er} janvier 2003. Donc je peux vous dire, ça date pas d'hier. Donc c'était... il faut choisir : “ soit on finance la structure [le bâtiment où se trouve l'équipe], soit on prend une assistante sociale et qui donne accès avec des bons PASS comme ça se fait dans d'autres hôpitaux, mais vous n'aurez pas les deux ”. [Q : OK. Donc soit c'est une PASS... si je comprends bien, une PASS dédiée comme ici, soit c'est transversal et c'est l'assistance sociale qui...] Exactement. C'est-à-dire que... ce qui n'est pas écrit, mais bon, dans les faits, c'est comme ça que ça s'exprime, c'est nous on... “ Voilà, vous avez les locaux, vous avez le personnel, vous avez les médicaments, vous avez votre tensiomètre, votre thermomètre, tout ce que vous voulez, mais les pauvres, ils restent chez vous, on les veut pas chez nous ”. Bon, j'exagère, mais à peine. »³⁰⁵

Cependant, il serait exagéré d'affirmer que la permanence de Pontoise ne bénéficie d'aucune ressource provenant de l'hôpital, voire qu'elle ne touche que des financements de la MIG PASS. Les moyens hospitaliers sur lesquels compte l'équipe du dispositif découlent néanmoins d'une négociation. Cela rappelle, de manière générale, que l'action publique résulte d'une « construction collective d'acteurs en interactions »³⁰⁶. Ainsi, le responsable médical de la permanence de Pontoise nous raconte qu'un accord a pu être passé avec le laboratoire. Ainsi, la PASS peut bénéficier de son activité tant que cela se fait de manière parcimonieuse. Le médecin nous expose aussi les tentatives avortées pour pouvoir mettre en place des « partenariats » avec d'autres services de l'hôpital tels que la radiographie. En ce sens, ce qu'on constate – en contrastant le cas de Pontoise avec celui de Ville-Evrard, par exemple – c'est que lorsque les équipes des PASS n'ont pas le soutien de leurs directions de pôle ou hospitalières, elles ne peuvent pas tirer profit de l'insertion du dispositif au sein d'institutions plus larges et disposant de ressources importantes pour la prise en charge de leurs patients sans droits sociaux ni ressources. La raison de l'accès limité à

³⁰⁵ Entretien n°27, responsable médical à la PASS de Pontoise, le 02/06/2021.

³⁰⁶ Patrick HASSENTEUFEL, *Sociologie politique*, op. cit.

d'autres services hospitaliers se trouve dans le fait que les actes ne sont couverts par aucun financement tant que le malade n'a pas ouvert ou rouvert ses droits à la sécurité sociale, en l'occurrence via une AME ou une CSS. Les directions de l'hôpital préfèrent ainsi parfois limiter l'accès des patients PASS dans le reste de l'établissement afin de ne pas alimenter les dépenses non couvertes. Cela produit un « non-recours par non-proposition », à savoir une situation où « l'offre n'est pas activée malgré l'éligibilité du demandeur, qu'il connaisse ou pas l'offre »³⁰⁷. Plus généralement, il faudrait replacer ce type d'occurrence dans le processus de rationalisation budgétaire et organisationnelle que connaît l'hôpital en France depuis les années 1980³⁰⁸. Voici, en tout cas, comment le responsable médical de la permanence hospitalière de Pontoise rend compte de cette négociation au cas par cas avec les services spécialisés :

« [O]n est arrivé à passer des partenariats par exemple avec le laboratoire, donc on peut faire un bilan sanguin. Donc le laboratoire a accepté à condition bien sûr qu'on reste dans de la modération, ça... [Q : Que ça se fasse pas à tous les patients quoi.] Voilà, ce n'est pas de la systématique avec des bilans longs comme ça, donc on fait le strict nécessaire. Mais par exemple, la radio, c'est un truc qu'on n'a jamais pu avoir. Donc un type qui a besoin d'une radio, on peut pas lui faire faire, à plus forte raison un scanner ou une IRM. Ou alors vraiment quand c'est extrêmement urgent et que... mais ça arrive quoi, ça arrive une fois tous les deux ans, que je prenne mon téléphone et que je négocie pendant 20 minutes avec le type en lui disant : " écoute, le mec il a 24 ans, il fait des premières crises d'épilepsie". Et effectivement, on lui fait le scanner, il avait une tumeur et il a été opéré la semaine d'après. Mais si c'est pour la personne qui a mal à l'épaule depuis un an, ça, ils le feront pas, " non, c'est pas urgent ". On attend qu'il ait sa Sécu. »³⁰⁹

En outre, la PASS de Saint-Louis (75) donne à voir un cas au sein duquel les relations avec la direction hospitalière ne sont pas les meilleures. Un des projets actuels de la responsable médicale du dispositif consiste à faire en sorte que sa permanence devienne une unité fonctionnelle (UF) au sein de son hôpital de rattachement³¹⁰. Cela permettrait à la PASS de gagner en autonomie par rapport à la polyclinique médico-chirurgicale dans laquelle elle se trouve insérée. Elle pourrait ainsi gérer l'enveloppe donnée au titre de la MIG PASS à la permanence, tout comme éviter que les

³⁰⁷ Hélène REUIL et Philippe WARIN, « Non-recours », in *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, Références, 2019, pp. 398-404, p. 399, URL complète en biblio Philippe WARIN, *Le non-recours aux politiques sociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2016.

³⁰⁸ Pierre-André JUVEN, Frédéric PIERRU et Fanny VINCENT, *La casse du siècle*, op. cit.

³⁰⁹ Entretien n°27, responsable médical à la PASS de Pontoise, le 02/06/2021.

³¹⁰ La circulaire de 2013 signale que les PASS peuvent constituer une unité fonctionnelle au sein de leurs hôpitaux ou, le cas échéant, être attachées à des pôles.

fonds lui correspondant servent à d'autres services. De la même manière, cela éviterait un reproche fait à plusieurs permanences : le dispositif serait dépensier. Cette idée se diffuse d'autant plus que les frais des patients sans droits sociaux ni ressources pris en charge, reviennent *in fine* à l'hôpital. Une des médecins intervenant dans le dispositif en tant que vacataire explicite cet enjeu :

« [L]'UF [unité fonctionnelle], ce serait bien quand même. [Q : Ouais. C'est-à-dire être un peu plus autonome ?] Ouais, parce que là en fait, c'est dilué si j'ai bien compris. Alors c'est vraiment... là pour le coup, [la responsable médicale], elle pourra beaucoup plus t'expliquer mais ces histoires de financement... sauf qu'ici, c'est pas encore tarifé à l'activité, donc c'est des enveloppes globales et... Mais donc, c'est compliqué de faire valoir notre activité »³¹¹

Être soutenu par sa direction hospitalière (ou encore municipale ou associative)³¹² peut, par conséquent, donner la possibilité aux équipes des permanences de bénéficier des ressources disponibles au sein de son institution de rattachement. Or selon les hôpitaux, les moyens varient et les possibilités de se reposer sur d'autres services aussi.

2.3. Des moyens insuffisants

Les résistances face à – ou encore le défaut de – ce que nous avons appelé la « subsidiarité institutionnelle » ont pour origine des ressources jugées insuffisantes de la part des institutions qui accueillent les PASS. Dans le cas de l'hôpital Saint-Louis (75), cité précédemment, l'occupation des locaux constitue un enjeu matériel important. La polyclinique médico-chirurgicale au sein de laquelle se trouve le dispositif ne compte pas énormément de boxes et/ou de salles pour accueillir tout le monde. Des interviews avec les professionnels de cette permanence, il ressort que l'obtention de locaux qui lui sont dédiés s'est faite progressivement. La responsable médicale occupe un bureau qui fait aussi salle de réunion et de déjeuner pour l'équipe. Les internes en médecine, effectuant les consultations, disposent des boxes mais ceux-ci n'ont pas de fenêtre. Les assistantes sociales sont les seules à avoir un bureau individuel pour chacune. En ce qui concerne les infirmières d'accueil, présentes respectivement depuis 2001 et 2003 dans le cadre du dispositif, leur place semble refléter

³¹¹ Entretien n°12, médecin praticien attachée à la PASS de Saint-Louis, le 12/02/2021.

³¹² De manière générale, le soutien des directions municipales et associatives va plus de soi que celui de l'hôpital. Cela entre autres parce que les permanences constituent des ressources de financements de la part de l'ARS d'IDF via l'expérimentation des PASS ambulatoires. De plus, les tailles des associations et des centres municipaux de santé permettent une meilleure interconnaissance entre les personnes impliquées dans la mise en place du dispositif et les responsables de l'organisation accueillante.

aussi bien ce manque d'espace dans la polyclinique que la déconsidération de leur travail au sein de l'hôpital³¹³.

Alors qu'elles accueilleraient auparavant les personnes sur une table située dans la salle d'attente, elles bénéficient aujourd'hui, à la faveur de réaménagements de locaux, d'une salle d'une dizaine de m² avec deux bureaux. L'une de ces infirmières explique ce processus, lent à ses yeux, d'obtention d'un local davantage propice à l'accueil des patients. Ses remarques nous montrent que l'attention à la matérialité des espaces de travail est importante pour appréhender la fabrication de l'action publique³¹⁴. En effet, le fait d'être dans un lieu plus privatif, où il est par exemple possible de fermer la porte, permet une meilleure communication avec les hommes et femmes venant aux consultations de la permanence de Saint-Louis.

« Au début, on était localisées au niveau de la salle d'attente, comme on a dû vous expliquer. On n'avait pas vraiment de bureau, on avait un bureau pour deux, au milieu de la salle d'attente. Et voilà, la consultation se déroulait là. On faisait l'accueil et puis les médecins venaient récupérer les patients là-bas. Il y avait un manque de confidentialité, ça c'était évident. [...] Mais bon, avec le temps les choses ont changé. Ça a un peu pris du temps, mais on est dans ce bureau maintenant depuis trois ou quatre ans, je pense, pas plus. [Q : Et si je me rappelle bien, il y a eu aussi une période d'un an où vous étiez aux urgences, c'est ça ?] Alors ça, oui, pendant un temps, c'était 2007, si je me souviens bien. Comme il y avait des manques de médecins [dans le cadre de la PASS] quand l'interne était pas là, on partait aux urgences pendant un an, sur les périodes des vacances, on était délocalisées aux urgences. [Q : Mais pour faire finalement le même travail, c'est ça ?] Oui, l'accueil des précaires »³¹⁵

L'infirmière de la permanence de Saint-Louis se souvient également d'une proposition qui leur avait été faite de s'installer dans une salle qu'elle qualifie de « placard à balai »³¹⁶, tant celle-ci lui paraissait exiguë. Le duo d'infirmières refuse cette option. Elles préfèrent patienter jusqu'au moment où elles ont pu s'installer dans un box disponible. Comme le laisse entendre le témoignage de l'autre

³¹³ À propos d'un cas analogue dans le domaine de la santé publique, où la place symbolique et les conditions matérielles vont de pair, voir Myriam AHNICH, Mauricio ARANDA et Juliette FROGER-LEFEBVRE, « Faire exister une démarche participative en santé publique. Enquête sur les coordinatrices Atelier Santé Ville en Île-de-France », in Sophie DIVAY, Thomas DENISE, Marie DOS SANTOS, Cécile FOURNIER, Lucile GIRARD et Aymeric LUNEAU (dir.), *Sociologie des pratiques coopératives et participatives en santé*, Paris, Éditions de l'IRDES, à paraître.

³¹⁴ Jean-Marc WELLER, *Fabriquer des actes d'État: une ethnographie du travail bureaucratique*, Paris, Economica, 2018.

³¹⁵ Entretien n°17, infirmière à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

³¹⁶ *Ibid.*

infirmière du dispositif, le fait de leur donner un espace de travail plus ou moins confortable n'a pas constitué une priorité au sein de l'hôpital. Cette dévalorisation, voire stigmatisation, du travail effectué par ces professionnelles est ici aussi retournée symboliquement par l'infirmière en question³¹⁷. Si elle a conscience que son travail n'« intéresse personne », d'après ses propres termes, elle connaît néanmoins la mission qui est la sienne. Étant discréditée par les autres, elle essaye de renverser la disqualification³¹⁸ en mettant en avant des valeurs importantes qu'elle partage avec sa collègue de la PASS tel le professionnalisme.

« [O]n nous avait proposé un petit local à balai, voilà. [...] C'était... et moi j'ai dit : "c'est pas possible, on n'y va pas". Mais je crois qu'il a fallu vraiment être patiente, ouais, mais patiente parce que finalement... je veux dire, on a un poste finalement qui est envié par personne. Personne me dit : "je voudrais prendre ta place" ; au contraire, on nous dit que ça n'intéresse personne. Mais on a une mission. Et c'est vrai que [l'autre infirmière] et moi, eh bah on n'est jamais malades, enfin voilà, on a une bonne santé toutes les deux, on est toujours présentes, voilà. Et c'est un duo qui fonctionne bien, bien, ouais. Si on a un souci, on a un retard, on appelle l'une et l'autre, voilà. C'est quelque chose de... et c'est vrai comme pour [la responsable médicale], elle s'appuie énormément sur notre... eh bah notre professionnalisme, voilà, ouais, parce qu'on est présentes, on est... voilà, actives vraiment dans tout ce qu'on fait, et puis on gère quand même beaucoup de choses. »³¹⁹

2.4. L'ARS, une ressource ou un frein ?

Les questions des ressources et du soutien ne se limitent pas à l'institution hospitalière, à la structure municipale ou associative, qui héberge la PASS. Pour mener à bien son travail, l'équipe du dispositif dépend également de l'ARS d'Île-de-France, ainsi que, parfois, de la délégation départementale (DD) de l'agence. Les entretiens avec les différents professionnels des permanences montrent que le lien avec cet organisme déconcentré de l'État se fait surtout via la référente PASS au niveau du siège. Si des réunions peuvent réunir les membres de l'équipe, une ou deux fois par an, il s'agit surtout d'interactions – parfois régulières – entre la coordinatrice régionale des permanences et le ou la responsable du dispositif. De manière générale, l'opinion est favorable concernant le rôle de cette personne. Elle permettrait d'aider à résoudre des problèmes posés par certaines situations institutionnelles et/ou à débloquer des moyens supplémentaires pour

³¹⁷ Erving GOFFMAN, *Stigmate*, op. cit.

³¹⁸ Serge PAUGAM, *La disqualification sociale*, op. cit., p. 193.

³¹⁹ Entretien n°14, infirmière à la PASS de Saint-Louis, le 17/02/2021.

le dispositif auprès de la tutelle. Les divers témoignages cités ci-dessous rendent compte des avantages de cette relation interpersonnelle entre le professionnel responsable de la permanence et la coordinatrice régionale des PASS. Tout d'abord, la responsable sociale de l'hôpital Delafontaine (Saint-Denis, 93) explicite les relations avec l'ARS Île-de-France, ainsi que la place occupée par la référente dédiée au dispositif. Comme nous l'avons déjà mentionné (Chapitre 2), le fonctionnement interpersonnel – très important dans la coordination régionale des PASS – peut avoir par contrepartie de créer une dépendance vis-à-vis des « liens forts », cela rendant difficile le passage de relais à des potentiels remplaçants.

« [I]l y a un comité de pilotage habituellement. Là on ne l'a pas fait avec le Covid, mais sinon je les rencontre au moins une fois par an. Un rapport d'activités, pareil, chaque année. Donc j'ai plutôt des liens avec l'ARS en ce sens-là, par les rapports d'activités, par les comités de pilotage et après, par les échanges qui peuvent venir en complément. Là, en ce moment, je travaille un peu avec Barbara Bertini par rapport au développement de l'activité PASS, par rapport à des financements du ministère. Et notamment pour augmenter les consultations en médecine générale. »³²⁰

La cadre paramédicale de la permanence hospitalière de Lariboisière (Paris, 75) rend compte aussi du rôle de la coordinatrice et de ses liens avec la responsable du dispositif. En plus de l'aide prodiguée en vue de l'obtention d'une dotation plus importante, elle serait mobilisable, à l'écoute et attentive face aux situations compliquées que retrouve l'équipe. Cette coordinatrice a permis à l'équipe de la PASS de cet hôpital parisien d'entrer en contact, par exemple, avec des associations pouvant les aider concernant les mineurs non accompagnés (MNA). En ce sens, l'agence déconcentrée de l'État favorise les liens entre acteurs sur le territoire – sur les « partenaires » des PASS au niveau territorial voir la section qui suit (3). L'anecdote que cette cadre paramédicale nous expose en interview est très éclairante pour comprendre en quoi l'ARS d'Île-de-France peut être utile aux professionnels de santé de terrain. Ces derniers se trouvent confrontés à des situations urgentes et dont la réponse consiste à déléguer la gestion aux associations humanitaires recevant, la plupart du temps, des subsides de l'État pour prendre en charge les « problèmes publics »³²¹.

« [Q : Est-ce que vous, vous avez des liens avec l'ARS ou avec des personnes dans ce domaine ?] Avec Barbara Bertini. [Q : Et c'est dans quel cadre en fait qu'elle... ?]

³²⁰ Entretien n°10, responsable du service social de Delafontaine et référente PASS, le 08/02/2021.

³²¹ Steven Rathgeb SMITH et Michael LIPSKY, *Nonprofits for hire: the Welfare State in the age of contracting*, Cambridge, Harvard University Press, 1993.

Bah sur les parcours quand on rencontre des problèmes avec les mineurs isolés, qu'on rencontre des problèmes... C'est surtout le travail on va dire de [la responsable médicale] bien sûr qui me renvoie les mails, c'est pareil, c'est important. J'ai accès à ce qui se dit, il y a une transparence. Ça, c'est important, le mot " transparence ", vous voyez ? Qu'il y a pas un qui travaille d'un côté et puis l'autre qui travaille de son côté. On se donne, on échange nos informations. Et l'ARS, oui, on a pu avoir... qu'on a eu une augmentation importante d'activité PASS, oui. On a un travail, l'ARS écoute. Mais ça, c'est plutôt [la responsable médicale]. Vous voyez, moi je suis en réunion, j'écoute, c'est important, je le dis. Mais on a un vrai lien avec l'ARS. Elle est coordinatrice des PASS c'est important, et elle sait ce qui se passe. Elle vient nous voir, si on a besoin, elle est là. Et puis, sinon par mail, et elle répond. Quand on a une difficulté, elle va nous aider. [Q : Et quel type de difficulté par exemple peut être adressée à l'ARS ?] Bah le parcours – j'arrête pas là-dessus –, c'est surtout sur les mineurs isolés parce qu'ils étaient pris en charge... ils sont pas pris en charge par la Brigade des mineurs. Ils sont débordés, et après, il y avait la Croix-Rouge. C'est très difficile de trouver... je ne sais même plus qui actuellement s'en occupe. C'était Emmaüs à un moment donné. Et si on rencontre des difficultés, elle va nous mettre en lien avec des associations, des éducateurs, voilà. »³²²

L'ARS constitue donc une ressource sur plusieurs plans, parmi lesquels se dégagent : le financier et le relationnel. L'image de l'agence est bien considérée dans la plupart des institutions que nous avons visitées, à l'exception des réseaux de santé associatifs. Cela en raison de deux raisons principales. D'une part, la dotation de l'organisme déconcentré de l'État dans le cadre de l'expérimentation des PASS ambulatoires apparaît comme insuffisante. D'autre part, l'ARS semble avoir choisi de privilégier les CMS pour l'endossage de ce type de permanences.

Le budget donné aux PASS ambulatoires ne couvrirait pas le travail réellement effectué. Or, comme le remarque l'un des responsables de ces réseaux, la dotation est plutôt ajustée au format des permanences situées dans les centres de santé municipaux. Remarquons que ces dernières peuvent se reposer, voire compenser leurs manques, sur les médecins salariés des CMS, à la différence des réseaux de santé associatifs qui ont plutôt une gestion que nous avons appelé « hors les murs » (orientation vers les médecins de ville) ou de consultations fixes (mais appuyée sur des médecins bénévoles). En d'autres termes, la dotation des permanences ambulatoires peut suffire lorsque le dispositif peut compter sur une « subsidiarité institutionnelle ». Le manque d'institution subsidiaire et pourvoyeuse de ressources dont la PASS d'un réseau de santé associatif pourrait bénéficier produit un sentiment d'insatisfaction. Par ailleurs, la coordinatrice des permanences

³²² Entretien n°15, cadre paramédicale de la PASS de l'hôpital Lariboisière, le 19/02/2021.

hospitalières n'est pas la même que pour les PASS ambulatoires. L'arrivée récente d'une référente pour celles-ci devrait *a priori* améliorer les relations entre les responsables des dispositifs et l'ARS. Les notes de terrains prises lors d'un passage par un réseau de santé (RVH 77 Sud) donnent à voir cette critique vis-à-vis des moyens pourvus par l'agence déconcentrée de l'État :

« [Le responsable social du réseau] se plaint de la sous dotation de la PASS. Ils travaillent ici avec des médecins bénévoles. Aujourd'hui, typiquement, seul jour de consultation de la semaine, le médecin n'est pas venu. Du coup pas de consultation médicale. C'est rare mais ça peut arriver. (Les consultations médicales ont lieu seulement jeudi aprèm. Le reste de la semaine la consultation est uniquement sociale et infirmière. Aussi, il y a un fonctionnement de pharmacie les après-midis.) Le responsable social du réseau va demander un "vrai budget" à l'ARS, me dit-il. Là, celui-ci couvre seulement un temps travail social (50% d'un des deux travailleurs sociaux) et un temps d'infirmière, mais pas du temps médical »³²³

En interview ce même responsable social du réseau explicite la diversité de fonctionnement des structures labellisées comme des PASS ambulatoires. Alors que les permanences de centres municipaux de santé peuvent compter sur des salariés et d'autres réseaux associatifs défraient des médecins de ville, celle qu'il dirige – issue d'une association créée dans les années 1990 – travaille tant avec des bénévoles (médecins ou bénévoles non professionnels de santé) qu'avec des professionnels et personnels salariés (infirmière, assistants sociaux, secrétaire).

« [On] est très différents, il y a les PASS qui sont dans des centres municipaux de santé, donc avec des salariés municipaux. Nous on est une PASS associative avec un fort taux de bénévoles ou docteurs associatifs. D'autres sont des PASS relativement ambulatoires, donc qui travaillent avec des médecins libéraux en ville qu'ils gratifient ou qu'ils dédommagent financièrement. On a tous des différences importantes. Nous, on a un fonctionnement particulier parce que très anciens et axés sur le militantisme, ce qui est un peu différent d'une PASS qui serait dans un centre municipal de santé en Seine-Saint-Denis avec des fonctionnaires municipaux qui sont là et des médecins territoriaux. »³²⁴

Cependant, à la suite du soutien de cette diversité de PASS ambulatoires qui caractérise la phase expérimentale de leur promotion par l'ARS Île-de-France, semble se dégager une certaine préférence des permanences des centres municipaux de santé. Une responsable d'un réseau de santé associatif, ayant participé à une réunion avec les responsables de l'agence déconcentrée de l'État, nous raconte son désarroi face à la manière dont elle a appris cette nouvelle. Sans que nous

³²³ Notes de terrain, visite au RVH 77 Sud, le 29/07/2021.

³²⁴ Entretien n°28, directeur du RVH 77 Sud, gestionnaire d'une PASS ambulatoire, le 03/06/2021.

ayons pu saisir tous les enjeux derrière ce choix au sujet des structures municipales – qui n’est pas totalement tranchée au niveau de l’ARS Île-de-France –, il apparaît que le fait justement qu’elle compte avec une équipe élargie de salariés, permet de rendre celle-ci plus attrayante aux yeux des décideurs publics qu’un réseau de santé associatif dédommageant des médecins de ville ou encore faisant appel à des docteurs bénévoles.

[Q : Quels sont vos interlocuteurs au sein de l’ARS ? Est-ce qu’il y en a un ? Est-ce qu’il y en a plusieurs ?] Moi, pendant des années, il y en a eu qu’une seule, c’est Isabelle Chabin-Gibert. Elle était toute seule. Barbara était sur les PASS hospitalières. Et donc, j’ai appris lors de la dernière réunion qu’il y avait maintenant Shéhérazade. [Oui] Je ne sais plus comment, voilà. [Q : Oui, ok, le fait que les interlocutrices changent aussi, bah ça... si je comprends bien, ça peut rendre difficile le suivi en fait.] Mais il n’y a pas de suivi. La dernière réunion qu’on a eue sur les PASS ambulatoires a dû se faire il y a un an et demi ou deux ans. Et on a eu une réunion il y a deux mois, ouais, ça devait être début décembre, sur les PASS ambulatoires où j’ai appris qu’il y avait un article 51 qui allait être déposé, que les PASS portées par les réseaux n’allaient pas en bénéficier. Donc moi, je n’appelle pas ça vraiment un suivi quoi. On nous a juste demandé de remplir un tableau, savoir si on était ouvert ou pas pendant le confinement. Voilà, ça se limite à ça. [Q : Et lors de cette réunion, quand vous avez appris la question de cet article qui allait changer donc du coup la présence des PASS ambulatoires, comment s’est passée la réunion ? Est-ce que vous... Est-ce que vous étiez peut-être la seule à être un peu insatisfaite de ce changement et quelle a été la réaction de l’ARS ?] Je ne pense pas avoir été la seule insatisfaite puisqu’il y avait aussi [un responsable d’un autre réseau] qu’il a une PASS ambulatoire, qui était quand même étonné. Et la réaction de l’ARS en fait c’est qu’on a l’impression qu’ils ne sont pas d’accord entre eux. C’est-à-dire que d’un côté, il y en a une qui nous dit: “ non, ça ne peut être porté que par les CMS” et l’autre qui nous dit: “ non, il faudrait que ça soit ouvert à toutes les PASS ambulatoires”. »³²⁵

Cette professionnelle estime que l’agence déconcentrée de l’État n’a pas réalisé un vrai suivi des PASS ambulatoires et que le fait que la reconduction de la subvention de leur permanence soit mise en suspens – celle-ci représente 40 000 euros par an – lui laisse un goût amer. Son réseau de santé semble ne pas pouvoir assurer de ses fonds propres le fonctionnement du dispositif. Si l’ARS Île-de-France arrête de le subventionner, celui-ci va disparaître. L’action de cette tutelle constitue ici, par différence avec les aspects que nous avons cité en début de sous-section, un frein plus qu’un atout. Laissons la responsable du réseau nous en parler.

³²⁵ Entretien n°8, directrice du Réseau 92 Nord, gestionnaire d’une PASS ambulatoire, 27/01/2021.

[Q : Et une autre précision, je me demandais d'où venaient les fonds de l'association ? Parce que vous dites voilà, « si l'ARS ne le finance pas ou plutôt arrête de financer le dispositif PASS, on prendra les fonds de l'association ». Je voulais savoir, voilà, d'où...] On ne les prendra pas, justement. [Q : Pardon?] On ne les prendra pas sur les fonds associatifs, on ne les prendra plus sur les fonds associatifs comme on les a pris auparavant. [Q : Ok, oui. Et pourquoi, pourquoi vous ne prendrez plus sur les fonds associatifs ?] Parce qu'il y a sept ans qui se sont passés entretemps, parce que les Conseils d'Administration ne sont plus les mêmes, parce que le mode de fonctionnement que l'on a n'est plus le même, parce qu'on n'est plus sur un réseau avec six personnes mais sur une structure avec 30 salariés et qu'il y a des besoins autres qui font que les 40 000 euros qui sont aujourd'hui alloués par l'ARS pour la PASS ambulatoire, ça correspond à presque un équivalent temps plein qui sera privilégié sur de la coordination autre que sur la prise en charge d'actes pour des personnes sans droit malheureusement. On continuera à assurer tout ce qui est coordination pour les patients puisque ça, c'est dans notre rôle. Mais par contre, on ne couvrira plus les restes à charge des professionnels de santé. »

Se dessine ainsi, selon qu'il s'agisse d'une PASS hospitalière ou d'une PASS ambulatoire, un rapport différent vis-à-vis de l'ARS Île-de-France. Plus installées que les dispositifs ambulatoires, en raison de leur longévité et du travail de la coordinatrice PASS depuis 2015, les permanences des hôpitaux mobilisent l'agence pour des questions tant financières (demander une revalorisation de leur dotation) que relationnelles (mise en lien avec les associations ou institutions permettant de gérer des situations compliquées). En règle générale, les professionnels de ces PASS hospitalières sont satisfaits des réponses de l'ARS à leurs sollicitations. Davantage récentes et sortant d'une phase expérimentale, les permanences ambulatoires – qui ne comptent que depuis peu (2020) une référente qui leur est spécialement dédiée – semblent au contraire insatisfaites face aux financements qui leur sont attribués et aussi à leur suivi par l'agence. Il faudrait aller un peu plus dans le détail : l'insatisfaction ne vient pas de toutes les PASS ambulatoires, mais plutôt de celles qui ne bénéficient pas d'une « subsidiarité institutionnelle ». Autrement dit, les équipes intégrées dans les centres municipaux de santé – puisqu'elles peuvent se référer à une institution plus large et à ses ressources – sont moins critiques que celles insérées dans des structures moins stables, à l'image des réseaux de santé associatifs. Enfin, il convient d'ajouter que les moyens sur lesquels s'appuient les PASS se trouvent aussi en dehors de leur environnement organisationnel. Ceux-ci relèvent également de leur territoire.

3. L'ENVIRONNEMENT TERRITORIAL ET PARTENARIAL

En dehors de l'enceinte organisationnelle dans laquelle elles se trouvent – l'hôpital, le centre municipal de santé ou le réseau de santé associatif –, les PASS s'insèrent dans un environnement territorial au sein duquel elles composent avec des « partenaires ». Ces derniers relèvent de différents types et occupent des rôles distincts. En premier lieu, le partenariat avec les médecins libéraux sera exploré (3.1). L'objectif pour les professionnels du dispositif consiste à assurer une continuité avec cette médecine de ville pour la prise en charge du patient une fois que celui-ci obtient ses droits sociaux et sort de la PASS. Dans un contexte de désertification médicale, ainsi que face au refus de plusieurs docteurs d'accepter dans leur patientèle des malades précaires, disposant pourtant de droits sociaux tels que l'AME ou la CSS, ce passage de relais d'un dispositif d'assistance vers le « droit commun » dans la ville ne constitue pas une tâche facile. Cette section permet d'aborder par ce biais la question plus large du cloisonnement ville-hôpital. En deuxième lieu, le partenariat qui se met en place avec la Caisse primaire de l'assurance maladie (3.2) du département sur lequel se trouve la PASS, fera l'objet d'une analyse. Alors que les agents de la CPAM ne se trouvent plus dans les locaux des hôpitaux, des liens sont récréés à distance, via des conventions, en vue de pouvoir suivre la procédure d'ouverture des droits des patients de la permanence. Pourtant, ces conventions ne concernent pas les autres départements. Cela a un impact sur le suivi des dossiers puisque tous les patients – en raison de leurs conditions instables de résidence – ne sont pas domiciliés dans le territoire qui concerne le conventionnement. En troisième lieu, l'attention portera sur le partenariat avec les associations caritatives (3.3). Celles-ci orientent des personnes vers la PASS et en reçoivent également de sa provenance. Plus fondamentalement, il apparaît que les liens avec ces organisations humanitaires sont primordiaux pour essayer de gérer des situations complexes, débordant le strict cadre sanitaire.

3.1. Quelle continuité avec la médecine de ville ?

L'un des principes des PASS réside dans la combinaison d'une consultation médicale et d'un travail social visant l'ouverture de droits sociaux des personnes venues consulter. Tous les acteurs comptent sur le fait que l'intégration à la sécurité sociale – via une Complémentaire santé solidaire (CSS), antérieurement une Couverture maladie universelle (CMU), ou une Aide Médicale d'État (AME) – permettra aux patients de se faire soigner en dehors de ces permanences qui ciblent les malades sans droits sociaux ni ressources. En effet, l'objectif consiste à faire en sorte que ces

personnes sortent du circuit de l'assistance pour se diriger vers le « droit commun » ; on remarque ainsi que les dispositifs et leurs professionnels ont conscience du risque de participer à la dualisation³²⁶ de la protection sociale (entre les assurés et les assistés). De plus, une fois leurs droits ouverts, ces patients ne coûtent plus ni à l'hôpital ni aux organisations de soins primaires puisque c'est désormais la sécurité sociale qui couvre leurs frais de consultations. Or, l'ouverture de droits ne suffit pas à faire en sorte qu'un patient parte des PASS hospitalières et ambulatoires. L'enquête a permis de constater que, dans différents dispositifs, la présence prolongée de quelques personnes venues consulter constitue un fait social, alors même que pour certaines elles ont obtenu leurs droits sociaux. Bien évidemment, si les personnes consultent toujours dans les permanences, c'est en partie parce qu'elles y ont trouvé – comme nous l'avons préalablement mentionné – une équipe et un lieu accueillants. Toutefois, deux autres facteurs expliquent aussi cet état de fait. D'une part, la « désertification médicale »³²⁷ de certains territoires – surtout le non renouvellement des médecins de ville – rend difficile ce passage de relais entre, d'un côté, les PASS hospitalières et ambulatoires, et, de l'autre côté, la ville, voire entre le recours à assistance et le fait de faire valoir ses droits. D'autre part, la stigmatisation de patients précaires, alors même qu'ils peuvent disposer déjà d'une AME ou une CSS, pousse la médecine de ville à fermer « ses portes aux plus pauvres »³²⁸. Ce type de situation peut être qualifié de discriminatoire.

L'assistant social de la PASS de l'Hôtel-Dieu (75) rend compte de ce paradoxe : alors que les patients obtiennent une ouverture de leurs droits sociaux, certains d'entre eux restent dans le circuit de la permanence parce qu'ils n'ont pas pu être pris en charge par la médecine de ville. Les arguments du professionnel mettent en avant surtout l'aspect discriminatoire de cette non prise en charge. Si l'on croit à son discours nourri d'expériences de ce type, certaines caractéristiques des malades – le fait d'être atteint, par exemple, de « problèmes psychiatriques » et/ou le fait de ne pas parler le français (« barrières linguistiques ») – dissuadent les médecins de ville de les accueillir. En ce sens, la PASS constitue en quelque sorte un lieu d'accueil inconditionnel pour les patients qui, disposant d'une CSS ou une AME, n'ont pas été acceptés ailleurs³²⁹.

³²⁶ Bruno PALIER, *Gouverner la sécurité sociale*, op. cit.

³²⁷ Pour une analyse comparative de ce phénomène, voir Patrick HASSENTEUFEL, François-Xavier SCHWEYER, Thomas GERLINGER et Renate REITER, « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, 24 juin 2020, n° 1, pp. 33-56.

³²⁸ Pascale PICHON, « Accès aux soins des personnes sans-abri: des inégalités aux discriminations? », *Médecine*, septembre 2020, vol. 16, n° 7, pp. 313-316.

³²⁹ Sur ce point voir aussi la sous-section 1.4 de ce même Chapitre.

« [Q : Si je comprends bien, a priori, les patients qui viennent ici sont ceux qui n'ont pas a priori la CMU et AME ?] A priori, oui. [...] Mais justement après, il y a une petite distinction parce que le... les gens sont aussi orientés sur la PASS parce que c'est compliqué. Alors, déjà aussi, il y a une notion de budget. Un patient qui a une sécu, il sera facturé sur sa sécu. Mais concrètement, à l'origine, nos médecins, ils sont payés pour voir des patients qui n'en ont pas. C'est ça aussi un peu la petite subtilité. Mais c'est pas parce qu'un patient, il a une sécu qu'il peut aller partout. Et c'est là un peu la difficulté. C'est-à-dire que OK, le patient peut avoir une CMU-C, ou maintenant une CSS, il peut avoir une AME. OK, très bien. Si le patient il a des problèmes psychiatriques et qu'il est Afghan, il faut nous dire où est-ce qu'on l'envoie. Parce qu'ils vont pas se battre pour ce patient-là. Parce que c'est compliqué d'avoir trouvé un médecin de ville qui va accepter d'avoir un patient qui ne parle pas le français ou qui parle très mal l'anglais, ou le médecin voudra le voir en cinq minutes et il aura pas envie de perdre trois quarts d'heure de son temps parce que derrière, il a toute sa clientèle à voir. C'est ça un peu la difficulté qui sont que des personnes, pour des raisons très diverses : barrière linguistique, problèmes psycho, etc., on peut pas les orienter tout de suite, tout de suite, même s'ils ont des droits, vers des structures plus classiques de droit commun. »³³⁰

Ce type de témoignage revient dans les interviews avec les professionnels des PASS. La continuité entre le dispositif et la médecine de ville ne va pas de soi. La mise en place des permanences ambulatoires au sein de structures de soins primaires, davantage inscrites dans le tissu territorial, en raison de leurs liens avec la ville, semble être une manière de favoriser cette continuité. L'enquête montre que cette dernière peut se faire entre PASS hospitalières et ambulatoire. En effet, leurs relations ont pour but d'assurer que, par exemple, à la sortie d'une hospitalisation, le patient puisse être suivi dans une organisation de soins primaires. À ce sujet, la médecin de la permanence de l'hôpital Delafontaine (93) raconte la création de liens avec des collègues des PASS de ville afin de pouvoir se renvoyer mutuellement des malades. L'accès aux spécialités hospitalières peut, en l'occurrence, intéresser les médecins des centres municipaux de santé (CMS), qu'ils soient de la ville de Saint-Denis ou du département de la Seine-Saint-Denis. Si nous citons ici cette professionnelle, il faut savoir que l'assistante sociale faisant office de référente PASS au sein de l'équipe du service social de l'hôpital, a également été conviée à des réunions avec ses congénères des CMS du département, tout comme d'autres hôpitaux.

« Alors, on a fait une réunion sur place avec la chargée de mission pour la PASS de ville. On a fait une visio avec les médecins des CMS pour un peu se connaître, pour discuter. Il y a pas de collectif de médecins PASS à ma connaissance ici alors qu'à Marseille il y en a. Et on évoquait un peu l'idée de se connaître un peu plus pour

³³⁰ Entretien n°24, assistant social à la PASS de l'Hôtel-Dieu, le 30/04/2021.

essayer de monter un projet de ce genre-là. Ils ont mon numéro de portable direct pour qu'ils puissent adresser des patients. Donc quand c'est un médecin qui adresse un patient, il m'adresse une demande par mail ou par téléphone pour qu'il soit tout de suite pris en charge. Donc le lien il est direct de médecin à médecin. »³³¹

Au-delà des liens entre PASS hospitalières, ou entre permanences à l'hôpital et en ambulatoire, il convient de signaler que le rapport à la médecine de ville n'est pas le même partout. Les dispositifs ambulatoires qui consacrent du temps à animer un réseau sur le territoire³³² arrivent à faire en sorte que leurs patients puissent être suivis, malgré tout, dans les cabinets privés. Ce cas de figure, contrasté vis-à-vis des autres PASS, se dessine dans les Hauts-de-Seine. La coordinatrice sociale du Réseau 92 Nord – un ancien réseau de santé associatif, devenu en 2020 un DAC – s'occupe d'entretenir des liens avec les médecins de ville sur les 12 communes du département. Si ce réseau assure quelques créneaux de consultations dans les locaux d'une association³³³, il finance surtout le défraiement des professionnels ayant pris en charge des patients sans droits sociaux ni ressources. À ce sujet, la coordinatrice sociale nous explique en interview le travail de fidélisation des médecins qu'elle réalise sur tout le territoire des Hauts-de-Seine. Sachant qu'il y a plusieurs dizaines de docteurs par commune (par exemple, ils sont soixante à Courbevoie), elle précise qu'elle n'entretient généralement des liens qu'avec un ou deux par ville. La même chose s'applique pour les pharmaciens. De cette manière, elle maintient des relations privilégiées, de confiance, permettant d'adresser des patients aux médecins mais aussi d'en recevoir.

« [Q : Mais ici toi, tu es en lien surtout avec des médecins, des pharmaciens, etc., du territoire ?] Des 12 communes, ouais. [Q : Des 12 communes.] Enfin en général si on en a un ou deux par commune, ça nous suffit largement. Parce que c'est mieux d'avoir quelqu'un qui te connaît bien. Ce partenariat-là, tu l'appelles, "tiens je t'envoie untel", ou s'il a pas le document, il aura le document cinq minutes après. On peut pas que... il y a 60 médecins à Courbevoie, on est loin de connaître les 60, d'ailleurs. Courbevoie, on n'en connaît presque pas, on a du mal. Il y a des

³³¹ Entretien n°18, médecin, PASS de l'hôpital Delafontaine, le 05/03/2021.

³³² Par-là, il faut se rappeler que tous les réseaux de santé associatifs ne fonctionnent pas de la même manière. Nous avons d'ailleurs classé les deux réseaux ici étudiés dans des idéal-types distincts : la PASS ambulatoire « hors les murs » (Réseau 92 Nord) et la PASS ambulatoire « dédiée » (RVH 77 Sud). Régine Bercot et Frédéric de Coninck signalaient déjà que malgré la revendication d'un groupe de professionnels à se penser comme un « réseau », «la multiplicité des objectifs, formes, et contenus de coopération ne permet pas aujourd'hui de parler du réseau comme modèle ». Cf. Régine BERCOT et Frédéric de CONINCK, *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, op. cit., p. 12.

³³³ Son fonctionnement se caractérise ainsi par une dimension dédiée. Celle-ci est néanmoins très réduite. La coordination d'acteurs sur le terrain constitue sa principale action.

communes, parce que les communes qu'on a développées, c'est quand même les premières et c'est ceux qui sont aussi donc beaucoup dans le besoin. »³³⁴

La coordinatrice sociale du Réseau 92 Nord explicite son propos en indiquant, depuis son point de vue, les caractéristiques du réseau de professionnels qu'elle a constitué dans les communes des Hauts-de-Seine. À son avis, il faut que celui-ci soit réduit, puisqu'il faut que les liens d'interconnaissance et de confiance soient serrés. Elle avance même un argument sociologique signifiant que le réseau ne peut s'établir qu'entre un petit groupe de personnes proches – il s'agit de ce que Mark Granovetter appelle les « liens forts », existant uniquement entre les individus proches, à la différence des « liens faibles » qui se développent entre de simples connaissances³³⁵. Le propos de cette coordinatrice sociale donne également des informations sur les médecins, pharmaciens et autres professionnels auxquels elle peut se référer en cas de besoin. Leurs liens d'interdépendance pour reprendre les termes du sociologue Norbert Elias³³⁶ – ou tout simplement « leurs partenariats » selon la terminologie des enquêtés – existent depuis une vingtaine d'années, à savoir depuis la création du réseau. La proximité avec ces personnes se manifeste par le tutoiement qui est de règle dans leurs échanges professionnels.

« Un réseau, c'est fait pour être petit. Tu peux pas avoir un grand réseau, c'est prouvé sociologiquement d'ailleurs. Tu peux avoir des connexions qu'avec quelques-uns. Après, tu es dans autre chose, mais c'est plus du réseau. Et maintenant, on nous emploie le mot réseau à tout, en ayant des milliers de... “ j'ai un millier de réseaux ”, voilà. Non, là aussi on a dévié exprès, je pense. Mais oui, ça n'a plus rien à voir. Donc oui, on essaie quand même de maintenir des choses qu'on aime et puis ce partenariat parce qu'on se connaît depuis 20 ans. Donc je sais que si j'appelle Anne-Marie, si j'appelle Michel, et si j'appelle Lionel, c'est que j'aurais un écho. [Q : C'est qui ces gens-là, du coup ?] C'est des professionnels, donc un pharmacien, un médecin avec qui je travaille depuis toujours. »³³⁷

Un constat se dessine : le passage de relais entre le dispositif des PASS et la médecine de ville paraît compliqué. En raison de la désertification médicale ou du refus des cabinets médicaux d'accepter des patients CSS ou AME, ne parlant pas nécessairement le français et atteints parfois de pathologies compliquées (troubles psychiatriques, par exemple), le lien entre ces deux prises en

³³⁴ Entretien n°23, coordinatrice sociale du Réseau 92 Nord, gestionnaire d'une PASS ambulatoire, le 20/04/2021.

³³⁵ Mark S. GRANOVETTER, « The Strength of Weak Ties », *op. cit.*

³³⁶ Norbert ELIAS, *Qu'est-ce que la sociologie ?*, La Tour-d'Aigüe, Éditions de l'Aube/Pocket, 1991.

³³⁷ Entretien n°23, coordinatrice sociale du Réseau 92 Nord, gestionnaire d'une PASS ambulatoire, le 20/04/2021.

charge n'est pas fluide. Cette situation apparaît comme la plus commune dans les permanences visitées. La PASS ambulatoire du Réseau 92 Nord constitue l'exception qui confirme la règle. Ce réseau de santé associatif privilégie l'entretien des relations avec 1 ou 2 médecins par commune dans tout le département des Hauts-de-Seine (12 communes au total). Par ce biais, cet acteur dispose d'une relation plus fluide avec les « partenaires » médicaux et pharmaceutiques de son territoire. Cela montre *a minima* que le passage de relais entre PASS et ville, voire entre assistance et droit commun, ne peut être réalisée que par un travail de coordination territoriale à part entière.

3.2. L'assurance maladie (CPAM) : comment ouvrir les droits sociaux ?

L'ouverture des droits des patients implique un travail conjoint avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du département dans lequel se trouve la PASS. Ce travail fait partie des missions des assistantes sociales et des assistants sociaux des permanences hospitalières et ambulatoires. L'assurance maladie – aussi appelée par les enquêtés tout simplement la Sécurité sociale voire « la Sécu » – fait partie des « partenaires » la plupart du temps cités par ces professionnels lorsqu'ils décrivent leur activité. L'extrait suivant montre comment la CPAM s'intègre dans la vision que se fait l'assistante sociale de l'hôpital Delafontaine de l'ensemble de ses interlocuteurs sur le territoire. Les institutions et les associations qu'elle cite constituent les acteurs territoriaux avec lesquels elle est régulièrement en contact dans le cadre de son travail. On constate la présence des principales organisations médicales humanitaires (MDM, MSF), d'institutions de distribution de places d'hébergement (115), de soins primaires (les PASS de ville des centres municipaux de santé et des réseaux de santé associatifs) et de la protection sociale (la CPAM).

« [Q : Est-ce que par ailleurs, il y a des associations ou d'autres institutions avec lesquelles vous êtes en lien dans le cadre de votre travail auprès des consultations PASS ?] Oui, alors on travaille beaucoup avec les différents acteurs du territoire, par exemple Médecins du Monde. On travaille avec Médecins Sans Frontières, les PASS de ville, aussi le 115, la CPAM et pas mal de petits acteurs comme ça qui nous sollicitent, qu'on sollicite lorsqu'on est vraiment face à des situations qui relèvent de leurs compétences. »³³⁸

³³⁸ Entretien n°13, assistante sociale au service social et référente de la PASS de Delafontaine, le 15/02/2021.

Avec la CPAM du département, toutes les PASS mettent en place des « conventions » afin que leurs démarches aient un mode de traitement facilité³³⁹. Le fait de compter sur une adresse électronique ou un numéro de téléphone privilégié auquel se référer, en vue de tracer les dossiers envoyés dans le cadre de l'ouverture des droits des patients, représente un atout pour les assistants sociaux des permanences. Néanmoins, la convention ne fonctionne qu'avec la CPAM du département dans lequel se trouve la PASS. En ce sens, elle n'est utile que pour les dossiers des patients domiciliés dans le même département. Or, toutes les personnes venues consulter dans les permanences n'ont pas nécessairement une adresse – ni d'ailleurs un lieu d'habitation – dans le territoire en question. Il arrive assez souvent que les malades viennent consulter dans un PASS d'un département autre que celui de leur résidence administrative. En raison des déménagements fréquents liés à « l'habitat précaire »³⁴⁰, le lieu de domiciliation et le lieu de consultation médicale ne se recoupent pas forcément³⁴¹. L'assistante sociale intervenant dans la PASS de l'hôpital Delafontaine expose l'enjeu autour de la convention avec la CPAM de son département. Son propos pointe aussi ce que cela implique pour les personnes domiciliées dans d'autres territoires départementaux. En effet, le fait d'être conventionné avec l'assurance maladie du 93 donne la possibilité à cette assistance sociale de suivre en temps réel la demande d'ouverture de droits de ses patients. Les demandes faites auprès d'autres départements, effectuées par conséquent de manière non conventionnée, ne s'ensuivent pas d'une traçabilité immédiate du dossier envoyé. Dans tous les cas, la transmission des documents est ici réalisée directement par l'assistante sociale de la PASS de l'hôpital Delafontaine à la CPAM et non pas par les patients.

« Et ici, sur l'hôpital, nous avons la chance d'avoir une convention avec la Sécu du 93. Donc pour tous ceux qui sont sur le 93, ça part dans ce contexte-là, de convention où on a un suivi de la demande. On peut savoir exactement où en est la demande jusqu'à ce qu'il y ait un accord ou un refus. [...] [Q : Et ça arrive qu'il y ait des

³³⁹La convention entre CPAM et PASS est obligatoire dans le cadre du PLANIR (Plan local d'accompagnement du non-recours). La question de la convention avec la CPAM apparaît, par exemple, dans nos entretiens avec les professionnels du CHIMM (78), de l'Hôtel-Dieu (75), de Ville Evrard (93), du CMS de Montreuil (93). De manière générale, ces personnels désignent par « convention » tout accord avec un « partenaire », à l'image d'autres PASS, d'associations caritatives ou de centres de radiologie.

³⁴⁰ Pour une plongée dans l'habitat précaire, pouvant aller du squat à la tente dans la rue, en passant par le camping, entre autres, voir Gaspard LION, *Incertaines demeures: enquête sur l'habitat précaire*, Montrouge, Bayard, 2015.

³⁴¹ Par exemple, les personnes « sans-domicile », en raison des déménagements constants dus à leur situation, doivent chercher à se domicilier quelque part. Les associations caritatives, bien souvent, jouent ce rôle d'institution de domiciliation. Nous avons vu dans ce rapport que seulement une des PASS, proche de l'« univers symbolique humaniste » et ayant été un « accueil de jour » pendant des années, endosse cette mission. Sur ce point, les sous-sections consacrées au cas de la PASS de l'hôpital de Pontoise.

patients qui viennent ici mais au final, ils habitent dans un autre département, ils habitent...] Oui. [Q : Et dans ce cas-là, vous les aidez à ouvrir les droits à la Sécu du 93 ou plus ailleurs ? Comment ça se passe ?] C'est en fonction de l'adresse. Si la personne a une adresse sur notre département, la Sécurité sociale sera dans le département de domiciliation de son adresse. Donc même si on l'aide à faire la demande, ce sera rattaché à son adresse. Donc oui, on a des situations où des patients relèvent d'un autre département. Dans ce cas-là, on le fait pas passer dans le cadre de la convention. On l'adresse directement à la Sécu de son lieu d'habitation. »³⁴²

Dans les hôpitaux, une proximité plus importante avec la CPAM a pu exister par le passé. Des agents de l'assurance maladie ont pendant longtemps eu un bureau au sein même de l'enceinte hospitalière. De cette manière, les interrogations à propos d'un dossier de patient, par exemple, pouvaient fait l'objet d'un éclaircissement en temps réel par une personnes compétente. La directrice du Groupe Hospitalier Territorial (GHT) des Yvelines Nord, étant dans la coordination de trois PASS sur son territoire (CHIMM, Poissy/Saint-Germain et Mantes-la-Jolie), nous explique cette perte de contact direct avec un représentant de la CPAM depuis le milieu des années 2000.

L'expérience de cette directrice d'hôpital – issue de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de Rennes, après avoir fait l'Institut d'Études Politiques de Paris – dans plusieurs établissements, montre que son témoignage n'est pas propre au cas des Yvelines. Cette femme a commencé sa carrière de direction en l'an 2000 dans le CHU de Tours, elle est passée par la suite par l'APHP à partir de 2008 et est arrivée en 2011 à Mantes-la-Jolie sur un poste de secrétaire générale, puis de directrice. Depuis la création du GHT des Yvelines Nord en 2018, elle occupe le poste de directrice déléguée de l'hôpital de Mantes-la-Jolie, ainsi que des missions territoriales sur les trois hôpitaux du groupe (CHIMM, Poissy/Saint-Germain et Mantes-la-Jolie) « autour de toute la dynamique des relations ville-hôpital, des actions de santé publique », comme elle l'explique en entretien. Elle mentionne aussi en interview la rationalisation de l'action de la Sécurité sociale depuis 10-15 ans, comme étant à l'origine de cette disparition du lien interpersonnel qui facilitait le montage et le suivi des dossiers d'ouverture de droits des patients des PASS. La mention de ce changement organisationnel rejoint les analyses de Céline Gabarro³⁴³ et de Pascal Martin³⁴⁴ sur le travail des

³⁴² Entretien n°13, assistante sociale au service social et référente de la PASS de Delafontaine, le 15/02/2021.

³⁴³ Céline GABARRO, « Quand les conditions de travail influencent l'accès aux droits sociaux. L'exemple de l'aide médicale d'État et de la couverture maladie universelle complémentaire », in Olivier GIRAUD et Nadège VEZINAT (dir.), *Les droits sociaux au travail. Montée de l'emploi incertain et recomposition des catégories de la protection sociale*, Toulouse, Octarès Editions, 2020.

³⁴⁴ Pascal MARTIN, *Les métamorphoses de l'assurance maladie*, op. cit.

agents de la CPAM. Leurs travaux montrent, à partir notamment d'enquêtes sur l'accueil dans les guichets de l'assurance maladie, comment la possibilité d'accès aux droits sociaux des personnes, et en particulier des plus défavorisées (les étrangers en situation irrégulière), se voit affectée par les transformations du management, ainsi que par la dématérialisation de l'activité des personnels. De manière plus générale, ces éléments rejoignent les analyses de Vincent Dubois sur le durcissement du « contrôle des assistés »³⁴⁵. L'auteur montre, à partir d'une enquête au long cours auprès des agents de la Caisse nationale d'allocation familiales (CNAF), comment la sensibilité sociale dans le traitement des dossiers a été marginalisée et supplantée par une approche juridique et technique. La directrice du GHT des Yvelines met justement en avant le fait que les dossiers des patients sont désormais vus sous « l'angle technique ». En creux, on comprend que « l'angle humain », celui des liens entre « interlocuteurs » (agents administratifs et patients) qui se rencontrent physiquement, a été perdu.

« [E]ffectivement le service social peut être en difficulté par rapport à ça, par rapport au délai de réponse [de la CPAM], par rapport à identifier un interlocuteur. Parce qu'avant, enfin il y a 10-15 ans, vous aviez une permanence de la CPAM dans les hôpitaux, vous aviez un interlocuteur de la CPAM qui venait dans les hôpitaux. Et ça permettait de régler tout un tas de dossiers. Aujourd'hui, ça n'existe plus depuis des années parce que bah la CPAM elle a réduit ses moyens, elle s'est informatisée. Et donc il y a eu la perte de connaissance des interlocuteurs de la CPAM, et de la CPAM, la perte de connaissance des interlocuteurs que sont les PASS. Il y a eu de la perte : de la perte d'expériences, de la perte d'interlocuteurs. Et du coup les dossiers, bah ce sont des dossiers vus sous l'angle technique des choses. Et du coup, ça pourrait être beaucoup plus fluide. [Q : Mhm. Ça c'est par exemple un des problèmes qui vous sont remontés de la part des assistantes sociales en l'occurrence ?] Oui, c'est ça, ouais. »³⁴⁶

Par conséquent, de nos jours les échanges se font à distance avec la CPAM. Les « conventions » mises en place donnent la possibilité aux assistantes et assistants sociaux de suivre presque en temps réel, comme nous l'avons indiqué, l'avancement des dossiers des patients en cours de demande d'ouverture de droits (CSS et AME). Or, même lorsque les conventions existent, les liens avec l'assurance maladie peuvent être plus ou moins distendus. L'une des assistantes sociales de Ville-Evrard nous raconte l'irrégularité des retours de l'assurance maladie par rapport à ses demandes. Aussi, elle explique qu'actuellement seulement peuvent être tracés les dossiers

³⁴⁵ Vincent DUBOIS, *Contrôler les assistés. Genèses et usages d'un mot d'ordre*, Paris, Raisons d'agir, 2021.

³⁴⁶ Entretien n°36, directrice du GHT Yvelines Nord, le 11/06/2021.

envoyés directement par les professionnels du social de la PASS. En ce sens, si un patient envoie ses papiers de manière autonome pour l'ouverture des droits auprès de l'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis, 93 (département où se situe Ville-Evrard), il ne pourra pas bénéficier du conventionnement entre la permanence et cette CPAM. Pour pouvoir bénéficier des avantages de la convention, il faut désormais que les documents s'inscrivent dans son cadre dès le début.

[Q : Comment se passent les liens ici avec la caisse primaire d'assurance maladie ?] Alors normalement, on a une convention. Enfin normalement... on a une convention (Rire.) Mais on va dire que c'est un peu compliqué. Je pense qu'ils ont une surcharge de travail assez importante parce qu'on avait normalement des mails dédiés. Et... [Q : C'est-à-dire pour aller plus vite sur certains cas ?] Oui ou pour vraiment répondre à nos questions quand on avait un souci. Et avant, il y a quelque temps – moi j'étais pas encore à la PASS, mais... puisque du coup, la convention elle est pour tout [l'hôpital de] Ville-Evrard – on avait le droit de solliciter du coup les mails même pour des personnes qui n'avaient... qui n'étaient pas passées par la convention. On recevait des patients, on avait des questions au niveau des droits et à ce moment-là, on pouvait leur envoyer un mail pour avoir des réponses. Depuis quelques temps ils ont encore... ils ont fermé un peu la convention et ce qui fait que maintenant on ne peut avoir des réponses que sur les dossiers par lesquels on est passé pour le partenariat. [...] Donc ça veut dire que si je reçois un nouveau patient qui a envoyé un dossier, mais qu'il n'est pas passé par moi, je peux pas avoir de réponse. »³⁴⁷

L'envoi des documents par l'assistante sociale ou l'assistant social de la PASS constitue donc, dans bien de cas, la procédure à suivre – *a fortiori* en ce qui concerne une première demande d'AME. Par ce biais, il est aussi bien possible de bénéficier d'un potentiel conventionnement avec la CPAM du département que de s'assurer que le dossier est complet. L'assistante sociale référente du dispositif de l'hôpital Delafontaine explique que si elle le fait partir elle-même, c'est « pour être sûr que c'est bien fait, c'est bien déposé, c'est en cours et tout. » Elle signale néanmoins que « pour celui qui se sent capable de le faire, lorsqu'il le dépose, [...] il nous ramène une attestation de dépôt auprès de la Sécu qu'on met dans le dossier. Et à partir de la date, on pourra faire le suivi. Donc voilà, à un moment donné, soit le patient il a envie de faire. C'est notre objectif aussi de les responsabiliser face à leur parcours de soins. »³⁴⁸ Le discours de cette professionnelle, également rattachée au 93, s'avère contradictoire à double titre. D'une part, la CPAM de son département ne permet plus de suivre les patients qui ont envoyé leurs dossiers de manière individuelle. En ce sens,

³⁴⁷ Entretien n°43, assistante sociale de la PASS de Ville-Evrard, le 17/06/2021.

³⁴⁸ Entretien n°13, assistante sociale au service social et référente de la PASS de Delafontaine, le 15/02/2021.

soit elle fait référence à l'ancien fonctionnement de la convention, soit elle parle du « suivi » effectué par elle du patient, en dehors de tout conventionnement avec l'assurance maladie. D'autre part, son discours se revendique tant de l'autonomisation des personnes que d'un certain contrôle. Autrement dit, sa déclaration permet de voir qu'en pratique il s'agit de prendre en charge la démarche à la place du malade, mais qu'en même temps, il convient d'effectuer auprès de lui – lorsque cela peut être envisagé – une certaine responsabilisation ou une injonction à l'autonomie. En d'autres termes, se retrouve ici cette volonté caractéristique des politiques sociales depuis au moins les années 2000 de rendre « autonomes » les assistés. Plus fondamentalement, on retrouve une certaine contradiction que Nicolas Duvoux³⁴⁹ a repéré chez les personnes qu'il classifie de manière idéal-typique comme étant dans une « autonomie contrariée » : au nom même de l'autonomie, leur encadrement social tend à les déposséder de leurs propres initiatives.

Les professionnels du social peuvent donc encourager les patients à envoyer les dossiers d'ouverture de droits à la CPAM par eux-mêmes, tout en étant là pour suivre leur actions la plupart du temps. Toutefois, ces agents se trouvent parfois dans l'impossibilité totale de faire cette démarche à leur place. Le cas de la PASS ambulatoire du centre municipal de Montreuil (Savattero) expose ce cas de figure. Disons déjà que cette permanence ne compte pas à proprement parler avec une assistante sociale, mais avec une coordinatrice. Arrivée à son poste depuis novembre 2020 – après avoir travaillé auparavant au CCAS de la ville, ainsi qu'au préalable en tant qu'assistante dentaire –, celle-ci nous raconte son travail d'aide à la constitution des dossiers des patients du dispositif. Bénéficiant de la « convention » du CCAS de Montreuil avec la CPAM du 93, celle-ci peut suivre l'ouverture des droits des personnes passées par la permanence. Néanmoins, si elle peut continuer à remettre les documents à la CPAM à la place de la patientèle pouvant prétendre à une CSS, elle ne peut plus le faire pour les patients qui cherchent à obtenir l'AME – à savoir les personnes en situation irrégulière sur le territoire français. Ceux-ci doivent prendre rendez-vous en ligne avec l'assurance maladie et s'y rendre eux-mêmes pour déposer en mains propres leurs dossiers³⁵⁰. Elle explique la difficulté que cette procédure représente pour bien de patients, ne parlant pas nécessairement le français et ne maniant pas non plus les outils numériques.

³⁴⁹ Nicolas DUVOUX, *L'autonomie des assistés: sociologie des politiques d'insertion*, Paris, Presses universitaires de France, 2009.

³⁵⁰ [Note de précision, juin 2022] Dans le cadre de la dernière réforme de l'AME, il avait été prévu (sauf pour les patients des PASS hospitalières) que les premières demandes d'AME se fassent en présentiel dans les guichets de la CPAM suite à une prise de rendez-vous avec un agent. Toutefois, suite aux deux années de COVID rendant cette règle inopérante, celle-ci a été retirée par la CPAM. Désormais, les patients des PASS

« [Q : Et concernant l'ouverture des droits, c'est-à-dire vous constituez un dossier...] Oui. [Q : ... des patients et vous les envoyez vous-même par la poste ?] Alors oui, non pas par la poste. Je les dépose à la Sécurité sociale en fait. Alors moi, le fonctionnement c'est : un médecin voit un patient et le médecin constate que le patient, bah il n'a pas de droit ouvert. Et là, il m'envoie un mail. Et moi je contacte le patient et je fais une première évaluation pour savoir quel dossier on doit ouvrir, si c'est l'Aide médicale d'État, si c'est le CSS, s'il y a le PUMa et une CSS à faire en même temps. Et après, bah en fonction de cette évaluation, là, avec la personne, on dit bah c'est ce dossier-là qu'il faut faire et tout. Et là, on le fait ensemble quoi. [...] [Elle me parle d'un patient qui attend une réponse de la CPAM concernant sa demande d'AME] oui, c'est compliqué là, en fait. Le système de la Sécu, là, de donner les dossiers aux patients, voilà. Je suis plus sûre maintenant sur mon listing si le patient, il a déposé le dossier ou pas. Donc là, c'est compliqué parce que maintenant, lorsqu'on donne le dossier au patient, c'est au patient de prendre rendez-vous avec la CPAM pour déposer le dossier. La CPAM va vérifier et tout ça. Et c'est compliqué pour eux de se mettre sur Internet, de prendre rendez-vous. Et le site ne fonctionne pas tous les jours, donc... voilà. [...] [Q : Mais là, c'est aux... aux patients, maintenant, d'aller directement déposer le dossier ?] Voilà, sur rendez-vous. [...] Alors pour l'Aide médicale d'État, pour les premiers arrivants, ils vont pas figurer sur la liste parce que j'ai... c'est pas moi qui ai déposé ce dossier-là. Donc du coup, on ne sait pas comment on... comment avoir un retour sur ces dossiers-là quoi. Voilà, on ne sait pas si ça a été déposé, si ça a été accepté. [Q : Spécifique quoi, à l'Aide médicale d'État ?] Voilà, ouais, pour les premiers arrivants. Et pour un renouvellement... »³⁵¹

Enfin, terminons en évoquant un élément constitutif des PASS : durant la demande d'ouverture de droits sociaux auprès de la CPAM, les consultations des patients se trouvent couvertes par le budget de la permanence et/ou de l'hôpital. Par-là, il est compréhensible que les retards ou le manque de traçabilité du dossier importe aux professionnels sociaux du dispositif. Ces derniers sont encouragés à être autant vigilants auprès de l'assurance maladie qu'à l'égard des patients eux-mêmes. En effet, puisque les malades sont pris en consultation dès leur arrivée dans les locaux de la PASS et avant même la constitution de leurs dossiers pour l'ouverture de leurs droits, les dépenses pour le dispositif et/ou pour l'hôpital commencent d'emblée. Les assistants sociaux doivent ainsi être attentifs aux démarches entreprises par les patients afin que ceux-ci n'aient pas recours aux consultations de manière illimitée, alors qu'ils n'avancent pas dans le regroupement de leurs documents permettant *in fine* de faire une demande d'ouverture de droits sociaux auprès de

hospitalières et ambulatoires qui demandent pour première fois l'AME peuvent envoyer par la poste ou déposer en main propre leurs dossiers de demande d'AME.

³⁵¹ Entretien n°51, coordinatrice de la PASS de Montreuil, le 28/06/2021.

la CPAM. L'assistante sociale référente de la PASS à l'hôpital Delafontaine (93) nous explique cet enjeu. Elle précise qu'elle doit faire comprendre aux patients que, bien que leurs consultations dans le cadre de la permanence aient l'air d'être gratuites, elles ne le sont pas. Ici, aussi, apparaît la dimension de responsabilisation que nous mentionnions auparavant.

« [D]ès que le patient il arrive et qu'on aura fait l'évaluation de sa situation, soit tout de suite on commence le... s'il remplit les conditions pour avoir l'aide médicale, tout de suite on fait l'ouverture des droits. Et pendant l'instruction de sa demande, le patient peut encore bénéficier de la PASS, pendant le temps de l'instruction de la demande. Quand il a besoin de soins, il revient sur la PASS. On lui délivre un bon PASS jusqu'à ce qu'on ait la réponse de la Sécurité sociale. Maintenant, un patient pour lequel on instruit un dossier ou qui vient à un entretien, à qui on demande des documents pour faire l'ouverture des droits et qui a tout compris, qui sait, à qui on a expliqué : « oui, pour l'instant, vous allez en bénéficier. Mais on a besoin de faire les démarches derrière », qui a tout compris et qui ne fait rien, qui reste et qui vient quand seulement il a besoin de soins, voilà. Si derrière ça, il y a pas de problème lié... voilà, on réexplique. S'il y a des problèmes psy et tout, on va lui réexpliquer et l'accompagner à ce qu'il comprenne que c'est vraiment important de ramener tout ça pour faire l'ouverture des droits. Mais si c'est une personne qui a tout compris et qui fait à sa tête, à un moment donné, oui, on ne peut pas continuer à faire, non, parce que c'est pas... ça a l'air gratuit, mais c'est pas vraiment gratuit. »³⁵²

3.3. Quels liens avec les associations ?

La mention des acteurs associatifs apparaît constamment dans le discours des professionnels des PASS et ce bien au-delà des seuls assistants sociaux. L'ensemble des intervenants des permanences a un lien, direct ou indirect, avec les associations caritatives. Soit parce que leurs bénévoles ou salariés appellent le standard du dispositif ou entrent en contact avec l'équipe, soit parce qu'ils émergent dans les discours des patients eux-mêmes. L'enquête a permis de constater que le lien avec ces partenaires est double. D'un côté, les associations peuvent être sollicitées par les professionnels des PASS pour prolonger l'aide apportée aux personnes venues en consultation ; d'un autre côté, les associations peuvent solliciter les PASS (directement ou indirectement), en leur adressant de nouveaux patients. Il convient ainsi d'explorer ces deux faces d'une même pièce qui, dans tous les cas, exposent l'intégration concrète des acteurs associatifs dans la production de l'action publique³⁵³, ici la prise en charge des populations sans droits ni ressources.

³⁵² Entretien n°13, assistante sociale au service social et référente de la PASS de Delafontaine, le 15/02/2021.

³⁵³ Michel CHAUVIERE, « Associations et pouvoirs publics: entre autonomie et instrumentation », in *Actions associatives, solidarités et territoires*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2001.

Les professionnels PASS créent des liens avec les associations du territoire en vue de pouvoir y orienter leurs patients lorsque ceux-ci nécessitent un autre type d'aide (alimentaire, hébergement, etc.). À ce sujet, l'assistante sociale de la PASS hospitalière de Pontoise (95) – permanence étant plus marquée que d'autres par « l'univers symbolique humaniste » – dispose de relations avec les acteurs associatifs de sa ville et plus largement du département. Lorsque des patients vus en consultation ont par ailleurs besoin d'obtenir des aliments à bas prix ou gratuitement, elle les oriente vers ses « partenaires » : une association située à côté de la Maison qui accueille la PASS et les grandes organisations telles que les Restaurants du cœur. Ses partenariats brassent ainsi des acteurs associatifs de différentes tailles, de fonctionnements variés (distribution de colis, repas chauds, épicerie solidaire, etc.) provenant de diverses obédiences (confessionnelles, laïques, etc.), résultat de la recomposition historique du monde associatif³⁵⁴.

« [J]e travaille aussi avec des bénévoles. Alors je ne sais plus quelle association elle fait partie, mais cette dame-là aussi elle s'occupe beaucoup des Roms. Après, je travaille avec Pélican à côté, l'épicerie sociale. C'est... donc moi je dois faire le dossier. Ça aussi, ça fait partie aussi de beaucoup de choses... enfin le volet alimentaire il est important forcément. Donc j'envoie le dossier de demande par mail. Et ça passe devant la commission et ils me disent s'ils acceptent ou pas. Et il faut que la personne paye normalement 6 € ou 8 € de participation lorsqu'elle y va. [Q : Une fois par mois ou... ?] Bah non. Alors c'est peut-être... je vous dis peut-être... c'est peut-être 3 €. Enfin bon, il y a une petite participation. Et c'est à chaque passage, par contre. [...] Si les gens peuvent pas payer la participation, on a un partenariat aussi avec Saint-Vincent de Paul. Je leur envoie ma demande aussi, et ils a-... bon, pour l'instant, ils ont jamais refusé (Rire.) ils acceptent de prendre en charge la participation pour mes patients vraiment précaires. Voilà, donc il y a un gros partenariat aussi avec évidemment les associations alimentaires. Restos du cœur, moi j'en envoie beaucoup aux Restos du cœur parce que là il y a pas de besoin de participation, c'est la différence avec Pélican. Mais quand les gens me demandent Pélican... parce que c'est vrai que c'est pratique pour eux, ils viennent ici et... [c'est à côté] »³⁵⁵

Une autre demande qui va au-delà de celle de la consultation médicale, et qui est exposée notamment aux assistants sociaux, mais pas uniquement, est celle du logement ou de l'hébergement. Les personnes venant consulter dans les PASS se retrouvent souvent en situation

³⁵⁴ Jean-Noël RETIERE, « Vivre sa foi, nourrir les pauvres. Sociohistoire de l'aide alimentaire confessionnelle à Nantes des années trente à nos jours », *Genèses*, 2002, no 48, n° 3, pp. 4-29.

³⁵⁵ Entretien n°50, assistante sociale à la PASS de Pontoise, le 25/06/2021.

de « vulnérabilité résidentielle »³⁵⁶. Une assistante sociale affirme ainsi qu' « en termes de travail social, oui, c'est souvent des recherches d'hébergement »³⁵⁷ à la faveur des personnes qu'elle doit effectuer. Néanmoins, la demande d'une place en centre suit une procédure particulière auprès du 115 ou du Système Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) – structure gérée par une association caritative mais financée par l'État. Cette même assistante nous explique que son travail ne commence qu'une fois que la personne a pu notifier sa recherche d'hébergement à la plateforme, en appelant le numéro et en livrant les informations sur sa situation au service – or, on sait à quel point ce système est défaillant en raison de sa saturation³⁵⁸. Lorsque la personne a été intégrée au système, l'assistante sociale de la PASS peut seulement à ce moment-là appuyer sa demande en invoquant si besoin des raisons liées à sa situation médicale. En ce sens, pour l'assistante sociale en question l'enjeu consiste à responsabiliser les patients afin qu'ils fassent la démarche d'appeler le 115.

« On n'est pas que dans quelque chose de... “ Ça y est, on va voir l'assistante sociale, on sort le kit du service social avec toute la baguette magique et puis tout... ” Il faut partir aussi de leur demande. [...] Par exemple, je te parle d'hébergement, il faut aussi qu'eux-mêmes contactent le 115. Nous normalement, les travailleurs sociaux, on n'appelle pas le 115. Ça, c'est aux personnes d'appeler, donc tu en as qui te disent qu'ils sont sans hébergement. Mais tu les revois après, tu leur donnes un rendez-vous une semaine après : “ est-ce que vous avez appelé le 115 ? - Bah non. Oui, mais moi je peux faire mon travail, mais c'est aussi à vous de... Même si je sais que c'est compliqué de contacter le 115, de les avoir... ” Mais il faut aussi les rendre... [...] Enfin qu'ils soient responsables aussi de leur situation quoi. Enfin les accompagner, c'est pas forcément les rendre responsables, mais en tous les cas, les accompagner et faire en sorte qu'ils fassent aussi des démarches. »³⁵⁹

L'assistante de la PASS de l'hôpital de Pontoise raconte le même type de situation :

« [M]oi j'ai pas de miracle comme mes collègues. C'est pareil, quand ils demandent un logement, bah malheureusement à part le 115, il y a pas grand-chose à faire. Donc je leur dis toujours d'appeler le 115, ils me disent que ça répond pas, mais bon, bien sûr. Et en parallèle, on fait une demande de SIAO urgence. »³⁶⁰

³⁵⁶ Florence BOUILLON, Agnès DEBOULET, Pascale DIETRICH-RAGON, Yankel FIJALKOW et Nadine ROUDIL, « Les vulnérabilités résidentielles en questions », *Métropolitiques*, 17 juin 2015, URL complète en biblio.

³⁵⁷ Entretien n°16, assistante sociale à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

³⁵⁸ Patrick BRUNETEAUX, « L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance », *Sociétés Contemporaines*, 2006, no 63, n° 3, pp. 105-125.

³⁵⁹ Entretien n°16, assistante sociale à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

³⁶⁰ Entretien n°50, assistante sociale à la PASS de Pontoise, le 25/06/2021.

De leur côté, les associations sollicitent également la PASS et orientent des personnes sans droits ni ressources vers ses consultations. Les entretiens que nous avons conduit avec les professionnels des permanences, tout comme les observations effectuées dans le cadre de leur travail, ou encore la littérature existante sur le dispositif³⁶¹, ont permis de constater ce passage de relais entre le milieu associatif et celui des permanences hospitalières et ambulatoires. L'extrait suivant correspond à une observation effectuée dans la PASS hospitalière de Saint-Louis, notamment auprès des infirmières qui se trouvent à l'accueil. Une assistante sociale de l'association Emmaüs accompagne un homme à la permanence pour une consultation. L'homme est par ailleurs domicilié auprès de l'Armée du Salut. On constate ainsi comment divers acteurs associatifs se mettent en lien en vue d'agir auprès d'une personne sans ressources – en l'occurrence un homme étranger, ne parlant pas le français et « sans domicile fixe », mais étant en cours d'ouverture ou de réouverture de ses droits sociaux.

« Une assistante sociale de l'association Emmaüs vient en tant qu'accompagnatrice d'un patient. L'homme, de petite taille, est originaire du Bangladesh ou d'Inde. Il semblerait qu'il est alcoolisé. Il a ses papiers constitués. Les infirmières l'inscrivent mais expliquent à l'assistante sociale qu'il y a peu de médecin aujourd'hui. En raison des échanges que j'écoute, j'apprends que l'homme est hébergé dans un Centre d'hébergement d'Emmaüs mais domicilié à l'Armée du salut. L'homme habite en France depuis 7 ans, il est logé depuis peu à Emmaüs. On lui demande son numéro de téléphone : l'homme donne à l'assistante sociale son portable – il lui tend son portable où son propre numéro est noté –, elle lit le numéro qui y est inscrit. »³⁶²

Ces types de liens avec les structures associatives peuvent déboucher, à un moment donné, sur un « partenariat ». Ici, comme dans toute institution, les pratiques deviennent de l'institué (des « conventions », des règles, etc.)³⁶³. Sur l'ensemble des sites visités dans le cadre de l'enquête, les équipes citent souvent les acteurs associatifs parmi leurs autres partenaires. Ces partenariats semblent dessiner un mode d'orientation et de prise en charge facilitée par ces contacts entre la PASS et les associations du territoire. Comme le montre l'extrait d'entretien ci-dessous portant sur l'activité de la permanence de l'hôpital de Ville-Evrard, la zone que recouvre cette alliance dépasse la ville de localisation (Neuilly-sur-Marne) ; elle s'étend sur l'ensemble du département (la Seine-Saint-Denis). De même, ce qui ressort de ce fragment d'interview c'est que les relations entre PASS et structures associatives perdurent sur plusieurs années. De nouveaux « partenariats »

³⁶¹ Pascal MARTIN, « De l'État social à l'État humanitaire », *op. cit.*

³⁶² Notes de terrain, observation de l'accueil, PASS Saint-Louis, le 10/02/2021.

³⁶³ Jacques LAGROYE et Michel OFFERLE (dir.), *Sociologie de l'institution*, *op. cit.*

peuvent, par ailleurs, être établis avec de nouvelles connaissances. Comme on nous l'a également signifié dans d'autres entretiens, le turnover des équipes associatives produit aussi un besoin, tant pour les professionnels de la PASS que pour leurs partenaires, de se ré-rencontrer.

« Oui, on travaille déjà. Alors après, on est en train de créer des nouveaux partenariats. Mais là oui, c'est vraiment des associations avec lesquelles [mon collègue assistant social] a travaillé depuis des années et du coup, ils connaissent le service et ils nous les orientent. [Q : Ouais. Et... est-ce qu'il y a des partenariats qui sont plus fréquents ?] Il y a le SAMU social du 93 qui nous en oriente pas mal. On a aussi le groupe Hôtel social 93, donc lui, qui regroupe pas mal de centres d'hébergement. Il regroupe aussi des accueils de jour. Essentiellement, c'est ça. Et puis l'autre, c'est aussi l'Association Aurore avec lesquelles aussi on travaille, qui ont, pareil, des CHU. En règle générale, c'est quand même dans le coin. [...] Dans le périmètre de Gagny, Le Raincy, Chelles. Ça, c'est vraiment les trois grosses associations avec lesquelles on travaille. Donc c'est les grosses associations puis après, c'est les unités, les CHU qui nous les emmènent, c'est les accueils de jour qui, pareil, nous prennent rendez-vous. Mais ouais, c'est vraiment les trois grosses associations avec lesquelles on travaille. »³⁶⁴

Les acteurs associatifs avec lesquels les PASS sont en lien peuvent être qualifiés de « gestionnaires » dans le sens où ils détiennent souvent une délégation d'action publique de la part des pouvoirs publics³⁶⁵. Elles jouent en ce sens un rôle de « vectrices des politiques publiques »³⁶⁶. Toutefois, parler d'associations « gestionnaires » implique que leur contraire – les associations « contestataires » – n'interagirait avec les équipes des permanences. Or, comme le montre François Buton à propos des acteurs associatifs impliqués dans les réformes autour du traitement du VIH, les positions « gestionnaires » ou « contestataires » ne sont pas figées. Elles peuvent changer, voire se fluidifier, lors des échanges avec les pouvoirs publics ou avec les autres acteurs participant à la production de l'action publique³⁶⁷. De cette manière, il devient compréhensible que des acteurs « partenaires » des PASS soient parfois critiques par rapport à l'activité d'une permanence. Un exemple apparu lors de l'enquête est celui de la critique effectuée par Médecins du Monde concernant le dispositif de l'Hôtel-Dieu. Ce qu'on comprend de cet incident – le reproche de faire de la discrimination dans l'acceptation ou pas des patients – c'est qu'il existe un malentendu entre

³⁶⁴ Entretien n°43, assistante sociale de la PASS de Ville-Evrard, le 17/06/2021.

³⁶⁵ Steven Rathgeb SMITH et Michael LIPSKY, *Nonprofits for hire*, op. cit.

³⁶⁶ Jean-Noël RETIERE et Jean-Pierre LE CROM, *Une solidarité en miettes*, op. cit., p. 274.

³⁶⁷ François BUTON, « Comment les mouvements sociaux s'imposent face aux experts. Fluidité des positions et mobilisation des émotions dans la lutte contre le sida en France », *Politique et Sociétés*, 2009, vol. 28, n° 1, pp. 63-89.

l'action réalisée par la PASS et l'image que se fait cette association de celle-ci. La vision de l'association voudrait que toute personne soit prise en charge, alors que l'admission d'un patient dépend d'une évaluation selon différents critères. L'anecdote racontée par cet assistant social mérite d'être citée *in extenso* tant elle soulève la fluidité des positions entre association « gestionnaire » et « contestataire », tout comme elle montre les frictions pouvant exister entre partenaires dans la prise en charge des populations sans ressources ni droits sociaux – l'accusation portée sur le fonctionnement de la PASS pouvant remonter jusqu'à la tutelle (ARS IDF) et se transformant en dénonciation grave (racisme). Cela montre également les limites que posent les professionnels des PASS vis-à-vis de l'action associative. *In fine*, ce sont les agents de la permanence qui délimitent les publics effectivement pris en charge.

« Quand j'étais un peu un temps en conflit avec Médecins du monde qui dit : "ouais, c'est quoi vos critères, nanana... il faut sortir des critères super précis pour les évaluations des PASS..." - Ouais, mais non. On peut vous dire les grandes lignes. Mais justement, on n'est pas du personnel administratif, c'est pas oui/non. Nous, on évalue et c'est pour ça que je vous dis qu'un patient qui a un visa touristique, alors a priori n'aura pas de bordereau PASS. Un patient qui a une carte européenne d'assurance maladie, a priori, il ne devrait pas de bordereau PASS. Un patient qui a une Puma, mais pas de mutuelle et pas de machin, il peut quand même prétendre à un PASS pour la partie des tickets modérateurs. Après c'est des grandes lignes. [...] [Q : (L'assistante sociale de Médecins du Monde) a porté plainte, c'est-à-dire auprès de qui ?] Auprès de tout le monde, auprès de l'ARS, de la direction. Elle a envoyé ça à... [Q : Ah ouais, donc elle a envoyé un mail à tout le monde en quelque sorte ?] Un courrier, voilà. [Q : En dénonçant le fait que...] Voilà que j'étais, je cite : " un dangereux raciste ", voilà. [Q : OK.] En fait, parce que j'avais... parce que c'était à une époque où on avait beaucoup de personnes qui venaient de Médecins du monde, entre autres, qui disaient... voilà. On voyait bien que c'est des personnes qui étaient pas précaires du tout et qui avaient, la plupart du temps, des visas touristiques et donc qui ne relevaient pas du dispositif de la PASS, donc je leur disais un non. Je veux dire... parce que là, quand je pense... ah tiens, oui, c'est vrai qu'il y avait un temps, c'était à cette époque-là où j'avais eu 15 personnes dans le mois qui m'avaient dit qu'ils avaient perdu leur passeport, et tous, entre soit Gare du Nord, soit à Roissy Relay. Au bout d'un temps... les premières fois on peut être sympa et dire : " ah, mon pauvre ! " Au bout de la quinzième, on commence à avoir des doutes quand même. Et voilà, donc les patients, on leur dit : " non, pour l'instant, il y a pas de PASS. Vous faites une déclaration de perte, vous faites ceci, vous faites cela et après, on en reparle ". Et eux, hop, ils retournaient à Médecins du monde en disant : " ah, ils sont racistes ! " Voilà. »³⁶⁸

³⁶⁸ Entretien n°24, assistant social à la PASS de l'Hôtel-Dieu, le 30/04/2021.

D'autres acteurs associatifs – contestataires – ne participent pas à l'action avec les PASS. Lors d'un de nos entretiens dans une PASS parisienne, nous avons interrogé la responsable médicale à propos de la récente occupation de locaux de l'hôpital par une autre association : Utopia 56³⁶⁹. Étant focalisée sur l'interpellation des autorités publiques au sujet des personnes « sans domicile », souvent des exilés, l'association ne constitue pas un « partenaire » associatif pour les professionnels des PASS. On constate ainsi que l'action du dispositif se combine avec les associations qui adoptent une vision « gestionnaire » dans la prise en charge des populations précaires. La responsable médicale en question donne sens à son action en mettant en avant l'aspect « professionnel » de son travail, par rapport à d'autres points de vue plus « citoyens ». De cette manière, elle se rattache à « l'univers symbolique médical » afin de se distinguer de « l'univers symbolique humaniste », ou encore à un autre type d'univers davantage militant³⁷⁰. Elle fait référence à son travail « en tant que médecin » en vue de ne pas rentrer dans des considérations d'ordre humaniste.

« [Q : Récemment, il y a eu une occupation de personnes à la rue, parfois... en tout cas, qui pourraient peut-être être des patients de la PASS, donc qui ont occupé l'hôpital avec l'association UTOPIA 56, voilà. Est-ce que vous avez un avis par rapport à ça ? Est-ce que c'est par ailleurs des personnes qui venaient ici, qui viennent ici ?] Non, j'ai pas d'avis par rapport à ça et je fais attention de ne pas avoir d'avis par rapport à ça. Je me situe moi que dans l'individuel. On réfléchit beaucoup à ça en équipe par moments, pas tous les jours, c'est qu'il peut arriver où on ait des positions différentes en tant que citoyen et en tant que médecin. Ici, je travaille en tant que médecin, je suis au service d'une personne à un moment donné de son parcours. Et je suis là pour mettre tous les moyens en œuvre pour aller jusque... pour que sa prise en charge soit la mieux possible. C'est tout. Le reste ne me regarde pas par rapport à l'actualité et tout. »

CONCLUSION DU CHAPITRE 4

Les organisations des PASS renvoient ici aux environnements dans lesquels, et par rapport auxquels, les permanences existent. Les deux premières sous-sections ont permis d'explorer l'inscription de ces dispositifs dans leurs institutions de rattachement – en particulier le cas de l'hôpital pour les permanences hospitalières. L'enquête a prêté attention tant à la place physique

³⁶⁹ Au sujet de cette association : Pablo MOREAU, « Utopia 56, genèse, positionnement et dynamiques d'engagement d'un acteur associatif », *PSSP Working Paper*, 2021, n° 3.

³⁷⁰ Isabelle PARIZOT, « La prise en charge des malades démunis: entre univers médical et univers humaniste », *op. cit.*

qu'à la place symbolique occupée par l'équipe de la PASS. Sa position « à part » au sein de l'enceinte de l'hôpital n'empêche pas que ses professionnels tentent de renverser le stigmate en valorisant leur mission de service public auprès de tous les patients et notamment – faisant écho à l'ancienne assistance hospitalière – à l'égard des plus démunis. L'inscription dans l'institution plus large, qu'elle soit l'hôpital, un centre municipal de santé ou une association, autorise à bénéficier des moyens qui ne sont pas directement subventionnés dans le cadre de la PASS. Or, toutes les institutions accueillantes ne peuvent pas jouer le rôle d'« institution subsidiaire », en raison des inégalités entre elles, les réseaux de santé associatifs étant les plus mal lotis. Enfin, les PASS s'inscrivent aussi sur un territoire sur lequel elles nouent des liens avec des « partenaires ». Ceux-ci peuvent aussi bien constituer des interlocuteurs obligés dans le travail d'ouverture de droits (les CPAM) que des accompagnateurs dans l'insertion sociale des personnes (associations caritatives) ou encore des relais pour le retour au « droit commun » (les médecins de ville). L'enquête a permis de constater les enjeux posés par chacun des partenariats : possibilités de conventionnement...mais uniquement avec la CPAM du département de la permanence ; intention de faire accéder les patients au droit commun et les faire sortir de la PASS... mais désertification médicale et refus des libéraux de prendre des malades précaires ; faire bénéficier les patients venus des associations de leurs consultations médicales...mais besoin de maîtriser les critères d'élection de la patientèle. Ces problématiques nous mènent à prêter attention aux accommodements entre les règles ou les idéaux et les pratiques concrètes des professionnels des permanences. Elles orientent notre attention sur les enjeux que la PASS pose aux agents de première ligne (Chapitre 5).

CHAPITRE 5. EN PREMIERE LIGNE FACE A L'EXCLUSION. SAISIR LES ENJEUX DES GROUPES PROFESSIONNELS DES PASS

INTRODUCTION DU CHAPITRE 5

Selon le sociologue Vincent Dubois, les travaux « davantage centrés sur les acteurs, qui analysent les pratiques et les relations au travers desquelles l'action publique se réalise »³⁷¹, montrent le rôle décisif des agents de première ligne (ou *street-level bureaucrats*³⁷²) dans la fabrication des actes d'État. Ces recherches ont déjà établi que ces acteurs disposent souvent d'un « pouvoir discrétionnaire » plus ou moins important, à savoir « une marge d'appréciation pour adapter la réglementation à chaque cas singulier. »³⁷³ C'est cette entrée par les metteurs en œuvre qui sera privilégiée dans ce dernier chapitre du rapport. En ce sens, il s'agira d'explorer – tout en tenant compte des particularités des groupes professionnels qui interviennent dans le cadre des permanences (médecins, paramédicaux, assistantes sociales, agents d'accueil) – la manière dont ces acteurs de première ligne fabriquent l'action publique, ainsi que les conséquences de celle-ci sur les contours de leurs divers ensembles de professionnels. Précisons d'emblée que l'approche en termes de groupes professionnels – au lieu de « professions »³⁷⁴ – permet de saisir ceux-ci, « non comme des ensembles protégés, fermés ou codifiés, mais des processus évolutifs, vulnérables, ouverts, instables »³⁷⁵ Cela autorise justement à questionner ce que le croisement entre question

³⁷¹ Vincent DUBOIS, « Ethnographier l'action publique. Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain », *Gouvernement et action publique*, 3 avril 2012, vol. 1, n° 1, pp. 83-101, p. 84.

³⁷² D'après l'expression consacrée de Michael LIPSKY, *Street-level bureaucracy*, *op. cit.*

³⁷³ Alexis SPIRE, *Accueillir ou reconduire: enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, France, Raisons d'agir, 2008, p. 65 Vincent DUBOIS, « Politiques au guichet, politique du guichet », in Olivier BORRAZ et Virginie GUIRAUDON (dir.), *Politiques publiques. 2, Changer la société*, Paris, Presses de Sciences Po, 2010, pp. 265-286.

³⁷⁴ Pour une discussion des approches en termes de groupes professionnels (héritage interactionniste) et de professions (héritage fonctionnaliste), voir Nadège VEZINAT, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009) », *Sociologie*, 22 octobre 2010, Vol. 1, n° 3, pp. 413-420.

³⁷⁵ Didier DEMAZIERE et Charles GADEA (dir.), *Sociologie des groupes professionnels*, *op. cit.*, p. 20 Nadège VEZINAT, *Sociologie des groupes professionnels*, *op. cit.*

sociale et question sanitaire fait aux metteurs en œuvre provenant de différentes formations professionnelles et dont le travail implique des compétences qui ne sont pas exactement les mêmes.

Tout d'abord, l'attention sera focalisée sur les parcours qui mènent les représentants de ces groupes professionnels aux permanences d'accès aux soins de santé (1). Est-ce que le processus d'intégration dans une équipe de PASS résulte d'une mobilité sociale ascendante ou descendante ? Qu'est-ce qui, par ailleurs, prédispose ces acteurs à travailler dans un tel dispositif ? Ces interrogations nourrissent cette première section. Par la suite, l'objectif consiste à analyser les conséquences du croisement entre question sociale et question sanitaire sur les agents de première ligne du dispositif (2). Qu'est-ce que produit le contact avec des publics « exclus », souvent étrangers, en partie non francophones, auprès des soignants ? Quelles compétences acquièrent-ils ? Comment faire face à « l'exclusion », alors que de manière générale, rien ne les prépare à prendre en charge des patients de ce type ? De plus, qu'est-ce que fait émerger la présence d'accompagnateurs sociaux – au sens large – au sein d'une équipe soignante, et *vice versa* ? Voilà les questionnements posés par cette deuxième section. Enfin, ce chapitre aborde la mise en œuvre des missions de la PASS par les acteurs de première ligne que représentent les membres de la permanence (3). Comment arrivent-ils à déterminer quel malade peut intégrer ou pas le dispositif ? De quelle manière ces professionnels ajustent-ils des règlements ou des principes (plus ou moins abstraits) à des cas concrets retrouvés lors de leurs consultations médicales ou leurs entretiens sociaux ? L'ensemble de ces sections interrogent ainsi les enjeux de la prise en charge, en première ligne, des personnes venant dans les permanences.

1. CE QUI MENE AU TRAVAIL DANS UNE PASS

Cette première section cherche à livrer des éléments d'analyse sur les enjeux liés à l'entrée des professionnels de santé ou du social, ainsi que d'autres personnels, au sein des PASS. En les séparant par types de groupe professionnel, et non pas en tant que « professions », on adopte ici une vision en train de se faire de ces ensembles professionnels, plus ou moins institutionnalisés³⁷⁶. La focalisation se fait ainsi, un groupe après l'autre, sur les médecins, les paramédicaux, les assistants sociaux et les agents d'accueil. L'objectif consiste à saisir quelques problématiques spécifiques liées à chacun d'entre eux. De cette manière, l'étude de diverses trajectoires montre

³⁷⁶ *Ibid.*

que l'intégration à une équipe de permanence résulte de différentes logiques entre groupes professionnels, mais aussi au sein de leurs propres ensembles.

Pour les composantes médicales, l'entrée dans une PASS découle tant d'un prolongement d'un engagement personnel (dans l'humanitaire, par exemple) que d'une possibilité pour certains médecins étrangers de s'insérer dans le monde médical français (1.1). En ce qui concerne les professionnels paramédicaux, à savoir les infirmières et les aides-soignants – et en particulier les premières –, l'arrivée à la permanence représente, en partie, un déclassement (subi plus ou moins douloureusement), mais aussi l'occasion de repenser leur métier, en valorisant de nouvelles compétences, à l'image de l'écoute du patient, et au détriment des pratiques qui règnent ailleurs dans l'institution médicale telles que les gestes techniques (1.2). Les trajectoires des professionnels du travail social entrant en PASS donnent à voir une expérience préalable dans d'autres services médicaux. En ce sens, la permanence constitue un moment de leur déplacement au sein du monde médical. Leur parcours semble ainsi davantage mobile que celui des médecins et paramédicaux des permanences (1.3). Enfin, les personnels de l'accueil se trouvent parfois à leur poste en raison d'un reclassement plus ou moins subi (réorganisation des services, besoin de repositionner l'agent à la suite de la reconnaissance de son handicap, etc.). Cette position permet également à certains d'entre eux de s'approcher d'un métier désiré dans le monde de la médecine ou de la santé – cela se confirme notamment pour des jeunes services civiques voulant se lancer dans des études médicales ou paramédicales (1.4).

1.1. Des trajectoires médicales

1.1.1. Prolongement d'un engagement

Comme le montre Jérémie Geeraert, les pionniers de la mise en place des « consultations précarité » dans les hôpitaux au cours des années 1980, à savoir les consultations que nous pourrions nommer comme les « ancêtres » des PASS, faisaient partie des médecins investis sur la scène de l'humanitaire internationale³⁷⁷. L'auteur parle de ces « passeurs de la première heure » qui intègrent ces permanences humanitaires dans l'hôpital public par différence avec ceux de la « deuxième heure » qui entretiennent le dispositif et se mobilisent pour qu'il se maintienne (d'un

³⁷⁷ Jérémie GEERAERT, « Temporalité et rôle des passeurs. Le transfert et la consolidation des normes du soin de la précarité vers l'hôpital public », *op. cit.*

point de vue budgétaire et institutionnel), notamment au travers du Collectif des PASS³⁷⁸. Ce second type de parcours de passeur a été retrouvé dans notre enquête, en l'occurrence chez les responsables médicales – en grande majorité des femmes – des permanences parisiennes (Saint-Louis, Lariboisière, Hôtel-Dieu), mais pas uniquement (Pontoise). Tous ces responsables sont ou ont été investies au sein du regroupement cité. Plus généralement, les responsables médicales rencontrées – cela concerne également le cas du responsable du CHIMM – combinent temps de consultation et temps d'animation de leur équipe. On retrouve ainsi ce que Nadège Vezinat constate chez les médecins de MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) : les responsables médicaux à la tête des structures continuent à assurer des consultations afin de garder leur « légitimité » auprès des autres médecins et plus largement des professionnels de santé³⁷⁹.

Bien évidemment, chacune des trajectoires médicales est différente et elles ne pourraient pas toutes être détaillées ici. Cependant, elles se caractérisent dans la plupart de cas par un prolongement certain d'un autre engagement issu de leurs socialisations³⁸⁰ préalables, qu'elles soient confessionnelles (pratique de la religion), politiques (intégration dans des groupes ou familles marquées politiquement à gauche) ou humanistes (participation à des associations humanitaires ou caritatives). Ces types d'engagements peuvent parfois se superposer. Pour ne donner qu'un exemple d'un engagement personnel qui se prolonge dans l'activité professionnelle, nous pourrions citer le cas d'une docteure ayant fait son entrée dans le monde hospitalier au cours des années 1990, notamment au travers de la consultation précarité de son hôpital qui a abouti à la formation d'une PASS. Cette entrée dans le dispositif s'est faite alors que cette femme était investie parallèlement dans des organisations humanitaires ou caritatives (la Fondation de France³⁸¹, le Samusocial de Paris). De plus, parmi les raisons que donne cette personne pour rendre compte de son intérêt pour le dispositif des permanences, se trouve celle de l'attirance « depuis toujours » pour les personnes qui se trouvent en situation de vulnérabilité ou de pauvreté. Cela daterait donc depuis bien avant le début de ses études de médecine.

³⁷⁸ Sur un collectif similaire, celui des ASV, se mobilisant pour faire exister une démarche auprès de leurs hiérarchies, voir Myriam AHNICH, Mauricio ARANDA et Juliette FROGER-LEFEBVRE, « Faire exister une démarche participative en santé publique. Enquête sur les coordinatrices Atelier Santé Ville en Île-de-France », *op. cit.*

³⁷⁹ Nadège VEZINAT, *Vers une médecine collaborative: politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, *op. cit.*

³⁸⁰ Les socialisations constituent des « processus au cours desquels l'individu acquiert – “apprend”, “intérieurise”, “incorpore”, intègre” – des façons de faire, de penser et d'être qui sont situées socialement ». Muriel DARMON, *La socialisation*, Paris, Armand Colin, 2010, p. 6.

³⁸¹ Les liens avec cette Fondation perdurent au sein de sa permanence. Comme nous avons pu le constater lors de nos observations sur place, des étagères et des livres ont fait l'objet de dons au bénéfice de la PASS dirigée par cette responsable médicale.

« Je travaillais ici à la PASS depuis 1998 et j'y ai été interne en fait avant, et même externe. Donc après, mon parcours professionnel en quelques lignes, c'est... j'ai travaillé pendant dix ans dans un cabinet de médecine générale et en même temps ici, c'est-à-dire que j'étais à temps partiel des deux côtés. Ensuite, j'ai quitté le cabinet de médecine générale pour m'investir un petit peu plus ici et j'ai travaillé en même temps au Samusocial. Et ensuite, j'ai arrêté le Samusocial et j'ai continué ici en prenant une activité dans un centre de santé de la ville de Paris. Et après, j'ai d'autres activités, je travaille pour la Fondation de France de manière bénévole en plus de ça. [...] J'ai toujours été très interrogée par la pauvreté, par ce que vivaient les personnes qui vivaient avec des restrictions financières importantes, ce que ça pouvait engendrer sur le plan psychique et sur le plan de l'anxiété et sur le plan du déroulement de la vie. Donc ça, c'est certainement... mais depuis toujours, ça, ça n'a... bien avant d'être en médecine. Ensuite, c'est aussi parce que j'ai beaucoup voyagé à l'étranger. J'ai pas mal voyagé à l'étranger quand... pendant mes études de médecine et qu'un certain nombre d'expériences à l'étranger m'ont amenée à avoir envie de travailler pour des populations vulnérables. Donc ça, c'est plutôt du domaine personnel, on va dire. »³⁸²

1.1.2. Une porte d'entrée à l'hôpital

Par ailleurs, la PASS constitue aussi une porte d'entrée pour accéder au monde médical – notamment hospitalier – pour les médecins étrangers. Même si nous n'avons pas interrogé tous les docteurs ou docteuses intervenant dans les permanences étudiées, nous avons trouvé, sur quatre sites hospitaliers différents, ce même cas de figure. Une explication à cette possibilité d'entrée des médecins étrangers à la permanence peut résider, en partie, dans la déconsidération symbolique que ce service occupe à l'hôpital. On pourrait faire l'hypothèse que cette situation favorise l'ouverture des recrutements en PASS en faveur des médecins étrangers, venant de faire leur équivalence de diplôme en France. Le cas d'une docteure de nationalité libanaise, ayant travaillé pour Médecins Sans Frontières (MSF) sur des missions à l'international (Haïti notamment), mais ne pouvant pas exercer dans le domaine médical à son arrivée en France, paraît très éclairant à ce sujet. Alors qu'elle effectue ses validations de diplôme en vue de rejoindre l'hôpital français, elle commence ses consultations dans une permanence. Ici, jouent également ses expériences extrahospitalières et certainement aussi ses contacts établis avec des médecins français investis eux-mêmes dans des organisations médicales humanitaires. Son propos étant très éclairant par rapport à ce profil de médecin étranger entrant dans le monde hospitalier au travers de la PASS, nous nous permettons de le citer de manière très détaillée.

³⁸² Entretien n°19, responsable médicale de la PASS de l'Hôtel-Dieu, le 16/03/2021.

« Alors moi je suis médecin qui a fait les études au Liban, je suis Libanaise d'origine et j'ai grandi là-bas. J'ai fait mes études de médecine avec une spécialité en médecine interne [...]. À la fin de mes études, je suis partie avec Médecins Sans Frontières. J'ai fait un an et demi de mission au total, un peu plus, où j'avais fait des missions en Haïti, deux grandes missions, sept mois et neuf mois, une expo au Liban. Et puis j'ai travaillé avec eux ici au siège pour rédiger un guide de prise en charge. Donc je suis venue m'installer [en France], j'avais deux projets. D'abord, je voulais faire un complément de formation pour me centrer vraiment sur les maladies du système et les maladies de médecine interne. Et pour des raisons personnelles, mon conjoint il est français et on s'est installés ici. Du coup, j'ai commencé d'abord à l'Hôpital Jean-Verdier dans le cadre de cette formation, c'est un diplôme d'approfondissement des études médicales spécialisées et approfondies, ça s'appelle comme ça DFMSA. Donc j'ai fait un an et demi à Jean-Verdier et c'est là-bas où j'ai découvert la précarité. J'appelle ça la face cachée de lune, moi. C'est qu'entre l'image que j'avais de la France et ce que j'ai découvert ici, c'était complètement différent. Là j'ai découvert la PASS, sur des patients qui étaient précaires, sur comment était le suivi. Mais c'était plus sur une PASS dédiée [...] Après, je suis arrivée à Delafontaine, j'ai passé le concours d'équivalence et je complète maintenant le parcours, je fais deux ans, j'ai encore six mois. Je fais deux ans pour avoir ce parcours, ça s'appelle des années de consolidation de parcours. Et comme ça, je vais pouvoir finalement avoir l'équivalence de mon diplôme ici en France. [...] Alors, comment je suis arrivée sur la PASS ? C'est un de mes collègues qui était de formation en médecin généraliste [...]. Il était en charge de la consultation PASS, il était le référent de la PASS. Il est parti en août l'année dernière, août 2020, pour des raisons personnelles. Et vu le parcours humanitaire, [...] il m'a proposé de prendre la relève par rapport à la PASS. »³⁸³

1.2. Des trajectoires paramédicales

1.2.1. Parcours descendants...

Plusieurs personnels paramédicaux nous ont appris que leur arrivée sur le service de la PASS a été perçue par leurs autres collègues (et parfois par eux-mêmes) comme un déclassement au sein de leur trajectoire professionnelle³⁸⁴. Comme nous l'avons déjà énoncé, la permanence constitue une « zone à part » au sein de l'hôpital et le travail qui y est effectué fait l'objet d'une certaine stigmatisation de la part des autres professionnels hospitaliers. Une infirmière arrivée en 2001 au sein d'une PASS d'un hôpital parisien expliquait que dans le cadre du dispositif « on [ne] valorise

³⁸³ Entretien n°18, médecin, PASS de l'hôpital Delafontaine, le 05/03/2021.

³⁸⁴ À propos des mobilités (sociales et professionnelles), non seulement entendues comme intergénérationnelles, mais aussi comme les différentes positions occupées au sein d'une même vie, voir le dossier de Cédric HUGREE, Paul LEHNER et Jean-Baptiste PARANTHOËN, « Mobilités professionnelles : contextualisations et incidences », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, 6 avril 2021, n° 122, n° 1, pp. 3-8.

plus tout ce qui est technique en fin de comptes. Quand on est infirmière dans un service, comme j'ai été, en hématologie où on manipule les cathé centraux, les chimiothérapies, tout ça c'est du prestige, c'est quelque chose d'identifié. Mais ici, qu'est-ce qu'on fait ? Comme si on était déclassés. »³⁸⁵ La perte de la dimension « technique » du travail – qui sera compensée voire remplacée par le gain d'une dimension « relationnelle » sur laquelle nous reviendrons plus tard – manifeste cette situation de déclassement professionnel.

Un autre parcours professionnel, celui d'une infirmière d'un hôpital du 95, rend compte de cette pente descendante. Surtout, il expose tant la « place à part » de la PASS au sein de l'enceinte hospitalière que l'utilisation de celle-ci comme étant une sorte de mise au placard. Ce service a pu constituer, en effet, une espèce de punition dans certains hôpitaux. Le témoignage – que nous livrons dans son intégralité, tout en le rendant complètement anonyme – donne à voir comment l'arrivée dans un dispositif comme celui-ci peut représenter aussi bien un reclassement pour l'employeur qu'un type de déclassement symbolique pour les paramédicaux. L'infirmière en question, qui a obtenu également le grade de cadre de santé au cours de sa carrière, a eu de mauvaises expériences sur un poste antérieur en raison de son manque de « dirigisme ». Rappelée à l'ordre par ses supérieurs, elle est poussée à choisir entre trois options : un changement dans son état d'esprit, un poste d'encadrement dans un service hospitalier d'une maison d'arrêt ou le poste de la PASS. Or, cette dernière option constitue un poste de remplacement d'une autre infirmière. Lorsqu'elle choisit la permanence, elle se trouve ainsi, tout en étant cadre, à occuper en réalité les activités relevant de l'infirmier du dispositif. En ce sens, même si sa mobilité paraît horizontale (dans le sens où cette professionnelle reste « cadre » sur sa fiche de paie, par exemple), le déplacement qu'elle réalise est symboliquement descendant.

« Alors moi je suis ici, c'est un peu compliqué, c'est pas une punition mais presque. En fait, moi je suis infirmière mais je suis cadre de santé, j'ai une formation de cadre de santé et j'ai exercé pendant dix ans, et sur les dernières années, enfin j'ai été... [...] En fait je suis de formation argenteuillaise, promotion 87-90 en tant qu'infirmière ; de 90 à 2002, j'ai travaillé en réanimation en tant qu'infirmière de réa, c'est mon plus beau parcours professionnel. [...] C'est là où je me suis le plus éclatée professionnellement, j'ai participé à un travail de recherche, j'étais avec des médecins super motivés, on faisait des tas de choses et c'était au-delà de l'infirmière de réa quoi, et ça, ça me plaisait énormément. Et après c'est fatigant, on a envie de faire autre chose, les personnes autour de vous vous disent : “ ah bah pourquoi tu tentes pas l'École des Cadres, tout ça ”. Bref, ce que j'aimais, c'était la formation,

³⁸⁵ Entretien n°17, infirmières à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

j'aimais bien encadrer les étudiants donc je suis partie en tant que faisant-fonction à l'IFSI d'Argenteuil, faisant fonction de cadre formateur. [...] Et pendant mes cinq ans de faisant-fonction, et bien j'ai passé mon concours d'entrée à l'IFCS, j'ai réussi un peu difficilement mais j'ai réussi quand même et je suis allée à Montsouris faire mon École des Cadres et voilà. Et je suis sortie diplômée en 2005 et puis bah tout le monde me disait voilà : " oh, il faut pas que tu restes à l'IFSI, ce serait bien que tu retournes sur le terrain, tata-tata", bon. [...] Et donc j'ai fait cadre pendant un an dans un service de diabète mais c'était en pleine période de restructuration dans les hôpitaux, où on faisait des regroupements de service et c'était extrêmement difficile pour moi. Alors ce qui est sûr c'est que je n'ai pas... l'amour du leadership, c'est vraiment pas mon truc et pour être cadre, il faut quand même un peu de... [...] Mais finalement, je pense que c'est pas un rôle qui me va vraiment en fait, je suis trop à l'écoute des agents et pas assez directive, meneuse dans le sens " je vais faire à la place"[...] enfin bon, bref, Donc je vis ça, après bah comme il y a eu le service qui a été divisé en deux donc qui s'est regroupé avec un autre service donc il y avait deux cadres, donc il y avait un cadre "de trop", entre guillemets, donc moi je suis partie en soins de suite gériatrie pendant six à huit mois toujours à Argenteuil. Et par le biais de connaissances, qui étaient à la direction de soins ici, il y avait un poste de cadre au centre de régulation au centre 15, au SAMU [Service d'aide médicale urgente] centre 15, pas au SMUR [Service mobile d'urgence et de réanimation] mais au SAMU, la régulation donc ceux qui répondent au téléphone. [...] Et donc, bah j'ai postulé et je suis venue travailler là pendant... c'était quand ça... 2008 voilà, de 2008 à 2014, 2013 plutôt j'étais au SAMU [...] Si vous voulez, mes failles en tant que manager se sont un peu plus révélées, on va dire, pendant cette expérience-là. On a soi-disant tenté de me proposer l'ouverture d'un service ici [à l'hôpital] : l'UAU, l'Unité d'aval des urgences, je dis " soi-disant" puisque je pense que, stratégiquement, de la part des directions, c'était un piège [...] pour montrer que finalement, " il faut vraiment pas que tu restes dans ta fonction de cadre". Voilà, avec le recul, je sais que c'est ça, mais ça a été très violent, très violent. J'ai dû m'arrêter pendant quatre mois, chose qui ne m'était jamais arrivée de ma vie professionnelle. [...] [À] la fin de mon arrêt de travail quand je me suis sentie un peu mieux, mieux armée on va dire, donc j'ai eu un entretien avec le directeur. Et juste avant que je m'arrête en fait, j'ai assisté comme à un tribunal en gros, à la fin on m'a dit... je ne savais même pas que c'était pour ça que j'étais conviée... on m'a dit bah : " soit vous continuez mais il faut que vous montriez que vous êtes à la hauteur, soit on vous propose un poste à la maison d'arrêt du Val-d'Oise en tant que cadre de santé – ça appartient aussi à l'hôpital, le service de santé appartient à l'hôpital –, soit ici [à la PASS] à un poste » mais qui était en fait le remplacement d'une infirmière. Et le directeur me le dit comme ça, le directeur de l'époque qui n'est pas le directeur actuel : " il faudra peut-être créer une fonction

un peu particulière » étant donné que mon statut, administrativement, je suis cadre de santé” [et non pas uniquement infirmière]. »³⁸⁶

1.2.2. ...mais donnant de nouvelles compétences

L'arrivée dans une PASS peut donc constituer pour certains personnels paramédicaux l'aboutissement d'une trajectoire descendante adossée à une certaine stigmatisation de leur activité – la disqualification³⁸⁷ de la patientèle entraînant en quelque sorte aussi celle du service. Or, comme nous l'avons développé dans le chapitre 4, les professionnels des permanences peuvent essayer de renverser le discrédit ou le stigmatisme³⁸⁸, en mettant en avant les valeurs (leur mission de service public ou leur professionnalité, par exemple) qu'ils rattachent à leur activité. Il apparaît aussi, de manière transversale sur l'ensemble de nos terrains, que ces personnes valorisent le développement de nouvelles compétences. Si la technicité des actes infirmiers ou des aides-soignants (pansements, vaccination, utilisation d'outils ou de machines, etc.) ne constitue plus le cœur de leur action, ces professionnelles rendent compte dans leurs discours d'une contrepartie : la possibilité de développer l'écoute et la compréhension du patient, le fait plus généralement d'être attentives aux conditions de vie et aux trajectoires des personnes venues consulter à la PASS. Comme nous le développerons plus tard (section 2 de ce chapitre), ces compétences résultent d'une médicalisation du social impliquant un intérêt pour la question sociale de la part des soignants, ainsi que plus largement d'un croisement entre question sociale et question médicale. Cela s'inscrit plus profondément dans un mouvement qui, depuis au moins les années 1990, fabrique le gouvernement par l'écoute des souffrances sociales³⁸⁹.

L'extrait de l'interview effectuée avec une infirmière intervenant dans la PASS du CHIMM à Meulan-en-Yvelines (78), tout comme dans d'autres services du département de santé publique de cet hôpital, explicite tant cette acquisition de nouvelles compétences que leur valorisation par rapport au travail uniquement focalisé sur les gestes techniques. Selon son témoignage, depuis son arrivée à ce département, elle porte davantage attention à l'humain dans le cadre de son activité d'infirmière. Le fait de pouvoir travailler dans ce service regroupant différents dispositifs au croisement du sanitaire et du social, ne constitue pas pour elle un déclassement vis-à-vis de son parcours antérieur (10 ans dans les services de soins intra hospitaliers, en étant spécialisée en diabétologie), mais

³⁸⁶ Cet extrait révélant des éléments douloureux de la personne enquêtée, nous préférons ne pas donner des informations pouvant servir à l'identifier.

³⁸⁷ Serge PAUGAM, *La disqualification sociale*, op. cit.

³⁸⁸ Erving GOFFMAN, *Stigmatisme*, op. cit.

³⁸⁹ Didier FASSIN, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute », *Politix*, 2006, n° 73, n° 1, pp. 137-157.

plutôt un moyen pour développer d'autres compétences que celles des services classiques de l'hôpital. En réponse à une de nos questions avançant le constat aperçu sur plusieurs autres PASS enquêtées à propos du délaissement des « gestes techniques » au profit de « l'écoute » et du « relationnel » avec les patients, l'interviewée explique :

« Alors ici [dans le département de santé publique], on a quand même des missions qui font qu'on a toujours des gestes techniques. Par exemple, le CeGIDD³⁹⁰, le centre de dépistage, c'est des prises de sang tout le temps. Alors ça, voilà. Avec le Covid – et on fait aussi de la vaccination – on vaccine très souvent donc ça aussi on fait. Par contre, là où je te rejoins, je vais pas poser de sonde urinaire ici, je vais pas poser une sonde d'alimentation, je vais pas perfuser en soi. Mais c'est pas ce qui me manque. C'est pas ce que je recherche en tout cas, c'est pas ce qui m'épanouit, c'est pas ce qui fait que je me retrouve dedans. Moi, je me sens accomplie plus ici. Et c'est drôle ton entretien parce que le fait d'évoluer au département de santé publique, je me suis vraiment rendue compte que je... en tout cas pour l'instant, je ne retournerai pas en intra hospitalier. Voilà, j'ai fait un peu plus de 10 ans de soins techniques, c'est vrai que la médecine, t'en apprends, t'en fais plein. Mais ça fait pas tout parce que bah t'apprends que l'humain, c'est pas des soins techniques. Il en faut, certes, mais c'est... enfin pour moi, c'est pas la base de tout. »³⁹¹

1.3. Des trajectoires dans le travail social

1.3.1. Expériences médicales préalables

Les trajectoires des assistants sociaux des permanences donnent à voir, dans la plupart des cas, des professionnels étant déjà passés par des services de médecine. Pour elles et eux, la PASS ne constitue pas une porte d'entrée dans le monde médical³⁹² (ou hospitalier) mais une expérience professionnelle parmi d'autres au sein de cet espace social. Dans les différents sites, nous avons retrouvé des assistantes sociales et assistants sociaux ayant travaillé, avant d'arriver aux permanences, dans les services des urgences, de psychiatrie, d'addictologie, de médecine interne, entre autres. Si ces professionnels n'ont pas découvert le monde médical³⁹³ via la PASS, ils ont découvert ce dispositif dans le cadre de leur travail dans « l'univers médical » – pour reprendre la

³⁹⁰ Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

³⁹¹ Entretien n°38, infirmière de la PASS du CHIMM, le 14/06/2021.

³⁹² À l'exception d'un seul cas où le poste dans un réseau de santé associatif constitue la première expérience professionnelle de l'assistant de service social.

³⁹³ On utilise ici de manière relâchée la notion de « monde médical », alors que certains travaux récents d'inspiration interactionniste lui donnent un sens sociologique plus ferme, notamment pour la différencier du « monde de l'assistance ». Cf. Gabriel URIBELARREA, *Le souci des patients sans abri.*, op. cit.

notion d'Isabelle Parizot³⁹⁴. Dans la plupart de ces divers services, les assistants sociaux ont eu affaire à des publics proches ou, parfois, aux mêmes publics que ceux des permanences. Les urgences reçoivent souvent les populations « sans-abri » comme des enquêtes l'ont montré³⁹⁵ ou comme les acteurs le disent souvent dans leurs entretiens. L'addiction à l'alcool ou aux substances psychoactives, tout comme les troubles psychiatriques, font aussi partie des maladies qui atteignent les personnes à la rue dans les représentations médicales³⁹⁶. En ce sens, il apparaît compréhensible que dans les services en question il y ait une familiarité dans le traitement social des publics en grande précarité, cela d'autant plus que dans plusieurs hôpitaux, ces services peuvent participer à l'inclusion des patients dans le circuit PASS – il s'agit d'institutions disposant d'une permanence tant transversale que dédiée. On cite ci-dessous un assistant social, anciennement intervenant en médecine interne, qui avait déjà eu affaire à des publics « exclus » avant son arrivée à l'équipe dédiée de la permanence et pouvant potentiellement être pris en charge via le dispositif transversal. Les expériences de cet assistant social – bénévole dans le cadre personnel, mais aussi sa connaissance de la patientèle « SDF », « sans-papiers », en « précarité », par le biais de son travail au sein du service de médecine interne – lui ont permis, depuis son point de vue, d'intégrer le dispositif en quelque sorte comme un poisson dans l'eau.

« J'étais en médecine interne de 2004 à 2011, sept ans. 2012, ouais 2012, huit ans, voilà. Plutôt 2005, ouais donc 2005-2012. Après ça, la médecine interne j'aimais beaucoup, c'était de l'hospitalisation, c'était beaucoup de personnes âgées, mais aussi des SDF, quelques DVH³⁹⁷, deux, trois... des SDF aussi, des tuberculeux, donc c'était varié, je bossais beaucoup avec les familles. Mais j'ai eu ras-le-bol avec l'un de mes médecins et j'en ai eu marre. J'ai dit : " OK, c'est bon. Là je peux plus la supporter. Je m'en vais ". Et il y avait l'occasion qui était que je pouvais récupérer le poste à la PASS. [...] La collègue en fait disait : " tiens, moi je m'en vais ". Moi je dis : " OK, je prends ton poste " (Rire.) Donc ça s'est fait un peu comme ça, un concours de circonstances qui s'est joué vraiment à la semaine près. C'est-à-dire, la semaine où vraiment je pouvais plus blairer le médecin, la collègue dit : " OK, moi je me casse ". C'est-à-dire que tout le monde disait : " alors qui il va falloir qu'on embauche à la PASS " Non, c'est moi qui me suis... Et concrètement cette... voilà, la population de la PASS, c'est une population que je connaissais déjà. J'avais aussi été bénévole dans d'autres associations, donc les sans-papiers, les SDF, la précarité, voilà, je connaissais déjà. Et même les trucs et un peu administratifs, je connaissais

³⁹⁴ Isabelle PARIZOT, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, op. cit.

³⁹⁵ Valérie WOLFF, *La précarité en urgence: mobilisation des hospitaliers autour des sans-abri*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2018.

³⁹⁶ Patrick DECLERCK, *Les naufragés: avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, 2001.

³⁹⁷ Enfants concernés par le droit de visite et d'hébergement (DVH) à l'égard de leurs parents.

aussi déjà un peu le truc, donc je dis : “ moi, cette population, il y a pas de problème. Je connais, j’aime bien, je maîtrise donc et voilà ”. Et je suis donc à la PASS depuis 2012. [Q : Et par rapport à la PASS, c’est un dispositif que vous connaissiez déjà quand vous étiez en médecine interne ou même avant ?] Non. Alors quand j’ai... enfin je l’ai connu quand j’étais en médecine interne, voilà, quand j’étais vraiment de l’extérieur, je connaissais pas la PASS. [Q : Et qu’est-ce que vous saviez sur le fonctionnement de la PASS avant de venir ?] Alors, je savais effectivement que les... qu’on pouvait faire des bons pour que les patients n’aient pas de facture pour les consultations et qu’ils pouvaient récupérer leurs médicaments ici aussi. Parce que même en médecine interne, on pouvait faire des PASS pour que les patients puissent récupérer leurs médicaments en sortie d’hospitalisation. »³⁹⁸

1.3.2. Entrer, rester un temps, partir

Si ce constat mériterait d’être vérifié d’un point de vue quantitatif, il nous semble que les assistants sociaux, contrairement aux médecins et aux paramédicaux, ne restent pas aussi longtemps qu’eux dans les services de la PASS. Puisqu’ils proviennent d’autres services médicaux, comme nous l’avons mentionné, leur travail à la permanence représente un moment de leur déplacement professionnel au sein du monde hospitalier voire médical. Par ailleurs, *a contrario* de la plupart des professionnels de santé, les assistants sociaux ne découvrent pas les situations de précarité par leur entrée dans le dispositif. Leur formation, leurs stages, leurs expériences dans d’autres services associatifs, sociaux ou hospitaliers, les familiarisent déjà à « l’exclusion ». Alors qu’ils sont déjà familiers de la question, ils peuvent tout de même se sentir saturés par la prise en charge répétitive des personnes venant en consultation aux permanences et pour lesquelles il faut ouvrir des droits sociaux. C’est en tout cas ce point de vue que livre cette assistante sociale :

« Moi, ça fait un peu plus de deux ans [que je suis là]. Mais après, notre collègue elle est partie dans un autre service aussi. Donc ça tourne, puisqu’il faut aussi supporter de recevoir exclusivement des patients en situation de précarité. Donc moi je vais pas faire ça pendant des années. Parce qu’au niveau des dispositifs, c’est quand même redondant. On fait souvent la même chose. Même si c’est des personnes différentes. À chaque fois, c’est un nouveau patient, etc. Mais ouais, en termes de diversité d’accompagnement social, c’est non, c’est assez réduit. »³⁹⁹

Dans le cas de cette assistante sociale aux multiples déplacements professionnels depuis vingt ans – elle commence en tant qu’assistante polyvalente de secteur, où elle est « confrontée à toutes

³⁹⁸ Entretien n°24, assistant social à la PASS de l’Hôtel-Dieu, le 30/04/2021.

³⁹⁹ Entretien n°16, assistante sociale à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

sortes de problématiques » pendant douze ans, avant d'arriver à l'hôpital au service de psychiatrie, à la suite d'une formation complémentaire de psychologie (allant du DEUG au Master 1) –, il s'agit d'un passage par la PASS et non pas d'un travail qu'elle envisage dans ce dispositif jusqu'à sa retraite. Alors qu'elle a intégré l'équipe de la permanence depuis deux ans, cette professionnelle du social pense, non seulement que l'accompagnement social effectué est « redondant », mais aussi, de manière générale, que les conditions matérielles de travail ne sont pas meilleures à l'hôpital. Étant assistante sociale territoriale mise en disposition, elle constate que sa venue dans le milieu hospitalier s'est traduite par une perte de salaire considérable. En ce sens, on pourrait faire l'hypothèse que, pour elle, la gratification symbolique du travail effectué ici ne pallie pas les manques des ressources matérielles. Là où les paramédicaux – pas mieux payés – tirent de nouvelles modalités de valorisation (le fait d'augmenter leurs compétences par l'écoute du patient), ici les assistantes sociales ne peuvent pas le faire puisque l'attention portée aux patients précaires pour leur ouverture de droits sociaux constitue déjà un des volets de leur travail social, qu'il s'effectue dans le monde médical, dans les institutions sociales ou associatives.

« Parce que c'est aussi la réalité du service social, on n'est pas forcément bien payés. Moi j'ai perdu de l'argent en venant dans la Fonction publique hospitalière. C'est la territoriale qui payait le mieux en tant qu'assistante sociale. Donc, là aussi, à des moments... Après, moi je voulais travailler en milieu hospitalier, mais c'est pas forcément normal de perdre de l'argent. [...] c'est aussi cette dimension-là, l'aspect financier, c'est aussi une reconnaissance de ton travail. Parce qu'être assistante sociale à l'hôpital, c'est sûr qu'à l'hôpital, c'est les professionnels médicaux qui représentent le plus - les médecins et les infirmières. Donc nous on est petit corps de métier, mais pourtant s'il y avait pas d'assistante sociale dans les hôpitaux, ce serait compliqué. »⁴⁰⁰

1.4. Des trajectoires dans l'accueil

1.4.1. Reclassements au sein de l'institution

Tout d'abord, il convient de préciser que les personnels à l'accueil ont différentes provenances et divers profils. D'une part, dans certaines PASS hospitalières (à Saint-Louis, à Lariboisière et à l'Hôtel-Dieu) et ambulatoires (RVH 77), l'accueil se trouve réalisé par des paramédicaux, à savoir des infirmières ou des aides-soignants. Dans d'autres permanences, ce rôle d'accueil relève de la mission d'agents d'accueil ou des secrétaires du service (hôpitaux : Delafontaine, Pontoise, CHIMM,

⁴⁰⁰ *Ibid.*

Ville-Evrard, ou également dans les permanences ambulatoires des CMS). Aussi, dans ce rôle d'accueil, l'on peut retrouver des bénévoles (RVH 77) ou des jeunes en service civique (Hôtel-Dieu, Lariboisière) venant prêter main forte au travail des accueillants.

Un élément que nous avons trouvé au moins sur trois sites visités est celui du reclassement des personnels de l'accueil. Comme nous l'avons indiqué préalablement, des repositionnements au sein de l'institution hospitalière peuvent mener à la PASS. Il existe ainsi plusieurs cas d'infirmières, aides-soignants ou autres agents, en l'occurrence subalternes, qui ont été mis à ce poste par suite d'un reclassement et qui l'ont plutôt bien vécu, même si cela ne constituait pas leur choix. Alors qu'elle était éducatrice de jeunes enfants par le passé et avait travaillé au sein d'un service de pédopsychiatrie de l'hôpital, l'agente d'accueil d'une permanence hospitalière de Pontoise (95) rend compte, tant de la manière dont s'est déroulé son reclassement, que de la dévalorisation du poste qu'elle occupe. Finalement, elle considère les *a priori* qui lui avaient été présentés sur son travail comme infondés, s'étant bien ajustée au travail et aux publics de la PASS.

« Alors moi, je suis éducatrice de jeunes enfants. J'ai travaillé principalement auprès de publics avec... en difficulté. J'ai travaillé en province auprès de déficients mentaux profonds en internat, auprès d'enfants autistes pour lesquels je me suis beaucoup formée et spécialisée dans la prise en charge. J'ai travaillé un peu en crèche, voilà, quand je suis arrivée en région parisienne. Et après sur l'hôpital de Pontoise, j'ai intégré le service de pédopsychiatrie, l'hôpital de jour de pédopsychiatrie pour les petits 0-6 ans. Souvent, ça allait au-delà, voilà. Voilà. Après en fait j'ai eu un accident du travail, ce qui m'a amenée pratiquement à un reclassement, avec des limitations physiques, etc., puisque ma formation ne me destinait pas à travailler avec des adultes ni avec ce public. Donc j'ai... il a fallu un certain temps avant qu'on me propose un poste, j'ai intégré ici. C'était un poste d'accueil, on va dire, avec un... bon, on l'a présenté comme un public violent, etc. Bon, voilà (Rire.) On l'a assez dévalorisé comme poste. »⁴⁰¹

1.4.2. S'approcher d'un métier souhaité

Le cas cité à l'instant montre un éloignement entre le métier d'origine et celui occupé au sein de la PASS. En cela, il se différencie des occurrences où des infirmières ou des aides-soignants d'autres services rejoignent la permanence en vue continuer à exercer le même travail – même si, comme nous l'avons déjà énoncé, leur activité se tourne davantage vers l'écoute et perd sa focalisation sur les gestes techniques. Pour d'autres personnels, l'arrivée dans ce dispositif peut constituer une manière de s'approcher d'un métier médical, paramédical ou sanitaire souhaité. C'est

⁴⁰¹ Entretien n°40, agente d'accueil à la PASS de Pontoise, le 16/06/2021.

le cas des services civiques rencontrés dans deux hôpitaux différents durant notre enquête. Si ces jeunes (entre 18 et 20 ans) avaient intégré des PASS hospitalières, c'était parce qu'au départ elles voulaient acquérir une expérience dans le monde médical afin de préparer leur future formation ou alimenter leur projet professionnel. À Lariboisière, deux jeunes femmes effectuaient, par exemple, leur service civique de six mois au sein du dispositif, l'une voulant s'orienter vers la profession médicale, l'autre vers celle d'infirmière.

« Alors moi, j'ai eu mon bac l'année dernière, un bac S et j'ai pas obtenu ce que je voulais sur Parcoursup, j'ai même rien obtenu. Et je voulais absolument rentrer dans le monde hospitalier pour que mon année elle soit en fait... au final, que je m'oriente plus vers mon métier. Donc ensuite, pour mon métier, j'aimerais être médecin. Et du coup, bah j'ai... bah totalement par hasard en fait, on m'a... je sais plus comment on m'a parlé dans le service civique, mais beaucoup de personnes dans mon cas elles avaient pas d'école, bah rien, etc. Du coup, on en parle un petit peu et puis je cherche, et puis au final, j'ai vu énormément de services civiques à l'hôpital, mais dans tous les hôpitaux de Paris. Donc en général, ça me plaisait l'idée. Après, j'ai pas choisi Lariboisière particulièrement. Après, selon son emplacement aussi parce que j'habite pas très loin donc ça, c'est pratique. Mais je savais même pas... de vrai, j'avais pas du tout postulé pour la polyclinique, j'avais postulé pour un autre endroit dans l'hôpital. Et la personne qui m'a reçue, elle m'a dit : " mais en fait, tu corresponds plus à la polyclinique ". Du coup, j'ai commencé comme ça au service civique. »⁴⁰²

Un autre cas de figure est celui d'une secrétaire médico-sociale de formation qui postule à la permanence en vue de se rapprocher de ses aspirations professionnelles et de trouver du sens à son travail quotidien. Citons le propos de cette agente d'accueil, ayant travaillé auparavant en tant que secrétaire au sein d'un laboratoire privé. Le fait de trouver ce poste à l'hôpital dans une PASS a constitué une bonne option pour son projet professionnel. Si comme elle le dit elle-même, elle n'a pas tant affaire à la dimension médicale qu'elle pensait retrouver dans l'institution hospitalière, elle a eu accès amplement à son volet social. *In fine*, son arrivée à la permanence lui permet de trouver un « équilibre » entre ses aspirations professionnelles et son travail concret. D'après elle, ce dernier a plus de sens que celui qu'elle effectuait préalablement dans le laboratoire.

« Bah alors je suis d'une formation de graphisme. Donc j'ai un CAP, un Bac pro et un BTS et une année de MANAA (mise à niveau en art appliqué), tout ça en fait basé autour du graphisme et du dessin, du design. Et donc j'ai été diplômée du BTS en 2017 et par la suite, bah en fait déjà avant de finir le diplôme, je me posais déjà des

⁴⁰² Entretien n°22, service civique PASS Lariboisière, le 18/03/2021.

questions sur le métier que je pourrais ensuite faire plus tard et dans lequel en fait surtout je me verrais passer beaucoup de temps. C'est ça. Et donc après, j'ai fait plein de petits boulots qui m'ont permis aussi de me former professionnellement [...] Et donc bah j'ai entamé une formation de secrétaire médico-sociale pendant un an. J'ai été diplômée en 2019, l'été 2019 et puis je suis restée dans la structure qui m'a employée en alternance. Et donc j'ai pu un peu me faire la main dessus. C'était un laboratoire et j'ai fait plusieurs sites. Donc ça m'a permis aussi de voir une patientèle assez variée pour le coup puisque j'ai travaillé et dans le 93, et dans le 19^{ème}, et dans le 16^{ème} arrondissement. [...] Et après, bah j'ai... j'en avais un peu assez du laboratoire puisque je trouvais ça très machinal en fait sur le long terme. [...] Et donc j'ai vu que ça commençait un peu à me peser et puis je me suis dit aussi que c'était pas du tout ce vers quoi je voulais m'orienter dans le médico-social. Et j'ai vu bah que l'hôpital avait fait une offre d'emploi. Donc j'ai postulé et puis j'ai pu avoir cet emploi. Donc voilà, c'est... Pour le coup, c'est peut-être moins médical, mais il y a plus la branche sociale. [...] je trouve que j'ai pour l'instant trouvé mon équilibre. Donc je m'épanouis bien dans ce que je fais. »⁴⁰³

2. EFFETS DU CROISEMENT ENTRE SANITAIRE ET SOCIAL

Comme cela a été déjà mentionné, l'hôpital a été pendant une longue période – allant du Moyen-Âge jusqu'au XVIII^e siècle – une institution consacrée essentiellement à l'assistance⁴⁰⁴. Par la suite, se produit une médicalisation de la société, l'enceinte hospitalière s'ouvre à l'ensemble de la population et délaisse sa focalisation sur les pauvres. On pourrait dire, en reprenant les termes de François-Xavier Schweyer, que « l'hôpital moderne s'est construit contre l'hospice »⁴⁰⁵. Le retour de l'assistance à l'hôpital se fait à la faveur de la crise économique des décennies 1980 et 1990, ainsi que de phénomènes concomitants, à savoir l'apparition du chômage de masse et l'impulsion de la thématique de « l'exclusion » dans le débat médiatique et intellectuel⁴⁰⁶. Par ailleurs, il convient de rappeler que, de manière générale, les politiques d'assistance se sont construites depuis la fin du XIX^e siècle sur le « seul socle politiquement acceptable », à savoir « celui d'une articulation des

⁴⁰³ Entretien n°11, agent d'accueil au service social de l'hôpital Delafontaine, le 08/02/2021.

⁴⁰⁴ Voir le Chapitre 1 de l'ouvrage de Isabelle PARIZOT, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, op. cit.

⁴⁰⁵ François-Xavier SCHWEYER, « Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences », op. cit., p. 724.

⁴⁰⁶ Serge PAUGAM, *L'exclusion: l'état des savoirs*, Paris, Éditions la Découverte, 1996 Géraud LAFARGE, « « L'exclusion »: fortune politique et sociologique d'un mode de désignation de la question sociale (années 1970-1990) », in Jean-Claude BARBIER et Marielle POUSSOU PLESSE (dir.), *Protection sociale: le savant et la politique*, Paris, La Découverte, 2017, pp. 120-137 Frédéric VIGUIER, *La cause des pauvres en France*, op. cit.

vulnérabilités sociales et sanitaires »⁴⁰⁷. Pour légitimer l'assistance démocratique, comme l'explique Axelle Brodriez-Dolino en prolongeant les travaux de Colette Bec et de Robert Castel, il a fallu souvent ajouter la « fragilité sanitaire » à la sociale afin de montrer, par exemple, que l'incapacité de travailler n'est pas volontaire. En ce sens, le dispositif des PASS peut être réinscrit également dans une histoire longue de mesures d'assistance articulant, notamment dans l'après Seconde Guerre Mondiale, social et sanitaire (réforme de l'aide sociale de 1953, minimum vieillesse de 1956, allocation adulte handicapé de 1975, loi de lutte contre les exclusions de 1998, couverture maladie universelle de 1999, lois sur la tutelle de 1968 et 2007, entre autres).

Bien évidemment, de nos jours, la mission d'assistance n'est pas centrale au niveau de l'institution hospitalière (comme elle a pu l'être par le passé), ni au niveau de celles de soins primaires d'ailleurs, mais elle se trouve localisée dans certains espaces, en l'occurrence les PASS et autres dispositifs d'accès aux soins. Une énigme se dessine : quels ont été les effets de cette (re)découverte de la mission d'assistance sur l'activité des professionnels de santé ? Plus largement, quelles sont ses conséquences sur le travail effectué dans ces lieux au sein desquels le croisement de la question sanitaire et de la question sociale se voit favorisé ? Dans cette section, nous verrons que ce croisement produit, d'une part, un développement de l'écoute des soignants vis-à-vis de leurs patients. Cette attention semble plus marquée ici qu'ailleurs (2.1). D'autre part, l'analyse portera sur la fabrication d'un rôle d'accueil et d'orientation au sein de l'institution médicale, construit sur la base du travail des professionnels du social, mais assuré aussi par les autres personnels d'accueil (les agents d'accueil, les secrétaires, les services civiques) (2.2).

2.1. Le développement de l'écoute des soignants

L'anthropologue et médecin Didier Fassin a déjà analysé l'introduction d'un registre compassionnel dans l'action sanitaire et sociale à partir des années 1990⁴⁰⁸. En vue de répondre aux effets de la crise économique en France, différents lieux d'écoute se développent. De manière générale, la réponse à « l'exclusion » doit passer par l'attention à la parole des « exclus ». Cela se retrouve également dans ces permanences, d'abord hospitalières au niveau national, puis ambulatoires au niveau régional, qui ciblent les patients sans droits sociaux ni ressources. Si l'entretien social des assistants sociaux – qu'ils soient dans les PASS ou dans n'importe quel autre

⁴⁰⁷ Axelle BRODRIEZ-DOLINO, « Entre social et sanitaire. Les politiques de lutte contre la pauvreté-précarité en France au XXe siècle », *Le Mouvement Social*, 2013, n° 242, n° 1, pp. 9-29, p. 11.

⁴⁰⁸ Didier FASSIN, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute », *op. cit.* Didier FASSIN, *La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard : Seuil, 2010.

service hospitalier, social ou associatif – part de l'écoute, le travail des soignants est souvent moins focalisé sur le récit du patient. À la permanence se produit ainsi un développement d'une compétence peu usitée par les professionnels de santé : leur sens de l'écoute. D'une part, dans leur travail d'accueil ou de pré-consultation, les paramédicaux – souvent des infirmières – éprouvent un renversement de leurs valeurs professionnelles. Alors que les gestes techniques sont généralement valorisés par leur groupe professionnel, ici ce sont davantage les savoir-faire relationnels qui occupent la place la plus importante (2.1.1). D'autre part, dans leurs consultations, les médecins se servent de l'écoute pour affiner leur compréhension des problèmes des malades. En ce sens, l'attention à l'autre ne constitue pas seulement une preuve de commune humanité ou de don de soi, comme cela pourrait être le cas dans un « univers symbolique humaniste », mais une manière de mieux faire son travail et continuer à s'inscrire dans leur « univers symbolique médical » de rattachement⁴⁰⁹ (2.1.2)

2.1.1. Perte de la technique, gain du relationnel

La phrase de l'une des infirmières de la PASS de Saint-Louis résume bien le propos de cette sous-sous-section : « C'est vrai que [notre travail à la permanence] c'est pas technique, on fait pas de gros gestes, c'est pas... Mais écouter et pouvoir être présentes et répondre. »⁴¹⁰ Tous les paramédicaux, et en particulier les infirmières – toutes des femmes sur les divers sites enquêtés –, rendent compte de cette exception des permanences par rapport aux autres services hospitaliers et plus largement médicaux. Dans le cadre du dispositif, leur travail consiste davantage à écouter qu'à effectuer des actes techniques (pansements, vaccinations, utilisation d'outils, etc.). Dans le cas de la PASS hospitalière de Saint-Louis (75), tout comme de celle du CHIMM (78), les infirmières occupent un rôle important en tant qu'accueillantes – ce qui n'est pas le cas sur tous les sites⁴¹¹. Celles-ci réalisent une pré-consultation médicale, recueillant des informations sur le parcours du patient (non seulement médical mais plus largement sur leur vécu), afin de déceler les différents maux qui les atteignent et de mieux comprendre leur situation administrative. À la permanence de l'hôpital de Lariboisière (75), tout comme dans celle de l'Hôtel-Dieu, ce sont les aides-soignantes – majoritairement des femmes mais pas uniquement – qui assurent cet accueil. Toutefois, la cadre

⁴⁰⁹ Isabelle PARIZOT, « La prise en charge des malades démunis: entre univers médical et univers humaniste », *op. cit.*

⁴¹⁰ Entretien n°17, infirmière à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

⁴¹¹ Le fonctionnement d'un accueil géré par des infirmières se met en place aussi à la PASS hospitalière de Poissy (78) voulant reprendre le modèle du CHIMM.

paramédicale nous confie qu'elle voudrait mettre en place une équipe infirmière à cet endroit, en reprenant le modèle de la PASS hospitalière de Saint-Louis.

Voici une description sommaire du principe de ce type de pré-consultation effectué par les infirmières. Ici, c'est une professionnelle du CHIMM qui nous décrit cette activité. On comprend que ce premier accueil permet d'évaluer le degré d'urgence médicale dont relève le patient. Lorsque ces paramédicaux ne peuvent pas déterminer si la personne relève de la PASS, elles passent le relais au staff. On reviendra sur ces enjeux autour de l'inclusion dans le dispositif dans la section 3 de ce Chapitre. Pour le moment, comprenons le principe de cette pré-consultation :

« Alors en fait, comme le médecin n'est pas toujours présent dans les murs et que bah ils ont du travail, donc il y a un accueil infirmier effectivement, un premier accueil. Donc on va s'assurer déjà que la personne qu'on reçoit elle rentre dans les critères, c'est-à-dire qu'elle a pas de droits sociaux. Et après, donc on va écouter sa plainte, on va évaluer cette plainte, on va évaluer l'urgence. Donc si on estime que c'est urgent, on les envoie aux urgences de l'hôpital. Et si c'est... donc en tant qu'infirmière, notre expertise infirmière nous dit : “ oui, décidément, il faut qu'il soit vu par un médecin ”, on leur donne systématiquement un rendez-vous médical. Et puis les gens pour qui on sait pas trop, bah on présente leur situation au staff et on en discute en équipe, voilà. »⁴¹²

Comme nous l'explique l'infirmière de la PASS de Saint-Louis, l'écoute ne s'apprend pas sur les bancs de l'école d'infirmière mais « sur le tas ». Arrivée en 2001 à la permanence, après avoir travaillé dans d'autres services du même hôpital, elle constate aujourd'hui – avec tout son bagage de vingt ans dans le dispositif en tant qu'infirmière d'accueil – la relation particulière qui se noue avec les patients dans le cadre des permanences. Ici, son groupe professionnel ne retire pas du « prestige » du fait du maniement des caméras, des outils, etc., de haut niveau comme cela se produit dans d'autres services, à l'image du bloc opératoire, par exemple. À la PASS, la valeur du travail réside dans le « côté relationnel » mis en place au profit des patients. Cet aspect, pouvant également exister dans d'autres services tel que celui de l'hospitalisation, se trouve ici davantage valorisé, en raison de la possibilité de faire un suivi prolongé des patients, parfois sur plusieurs années. En effet, ces personnes reviennent souvent lorsque leurs droits arrivent à échéance et/ou continuent à fréquenter la permanence tout en ayant des droits alors qu'ils pourraient sur le principe aller dans le « droit commun ». Dans cet extrait d'interview, cette professionnelle rend compte de

⁴¹² Entretien n°32, infirmière à la PASS du CHIMM, le 04/06/2021.

l'importance de l'écoute dans son travail au sein des PASS par rapport aux autres services hospitaliers :

« C'est vrai qu'on est infirmière d'accueil, d'orientation, d'information, mais ici on n'a pas cette possibilité de faire beaucoup d'actes. On en fait quelques-uns très ponctuellement, s'il y a à faire des pansements, quand il y en a un on fait. On fait quelques prélèvements, on fait quelques vaccins et tout ça, mais c'est pas le cœur de métier en fin de compte. Et franchement, non, ça s'apprend sur le tas [...] Développer le réseau, connaître toutes les situations administratives un peu de nos patients et tout ça. Même à l'école, j'avais pas appris, à Saint-Louis ça existait pas. L'aide médicale, je connaissais pas non plus, j'ai appris vraiment tout ici. [...] Voilà, où le côté relationnel est très important. Dans les services aussi, vous me direz, quand on soigne les patients au lit, c'est aussi important. Au bloc, moi j'étais coupée un peu de ça. Au bloc, on discute pas avec le patient, ou très peu, on est plutôt au service des chirurgiens et de la technique, les vidéos, les caméras et tout ça. Alors que là, justement, on est en contact avec le patient. On le voit avant, on le voit pendant, on connaît... On le suit même quelques fois des années. Et puis on voit un peu l'évolution de sa vie, enfin pour ça que c'est intéressant. Même en hospitalisation, on voit un patient, mais juste sur un petit temps donné et après il est plus là. Alors que là, on tisse des liens même. »⁴¹³

Le travail « relationnel » avec les patients constitue pour ces infirmières d'accueil le « cœur » de leur métier. L'autre infirmière de Saint-Louis raconte, par exemple, que lorsque la responsable médicale les sollicite pour participer à des réunions ou à des temps de réflexion collectifs, sa collègue et elle-même considèrent qu'elles s'éloignent de leur activité principale. Elle nous explique en entretien : « nous, on essaye aussi de prioriser quoi, voilà. On se dit : "on est là aussi avant tout pour les patients". »⁴¹⁴ Être là pour ces personnes implique de passer du temps avec elles, parfois 45 minutes, une heure, voire plus. Les observations effectuées sur ce site nous l'ont montré. Lors de notre interview, cette infirmière, faisant référence au travail de compréhension de la situation d'une patiente reçue le matin même, nous dit : « On essaye toujours d'essayer de... bah d'écouter le patient et puis de l'aider. S'il peut nous ramener des documents, il revient avec des documents. Si c'est pas possible, bah on fera sans, mais voilà, c'est ce temps d'écoute. Et on a passé pourtant peut-être trois quarts d'heure avec elle dans le bureau ce matin, mais ça a pas débouché quand même sur la consultation. C'était pas en urgence non plus, mais voilà. »⁴¹⁵

⁴¹³ Entretien n°17, infirmière à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

⁴¹⁴ Entretien n°14, infirmière à la PASS de Saint-Louis, le 17/02/2021.

⁴¹⁵ *Ibid.*

Une énigme supplémentaire apparaît : comment comprendre, au-delà des barrières langagières et des situations complexes des patients, que le temps d'écoute dans cet accueil, voire pré-consultation, soit aussi long – du moins par rapport aux temporalités de la médecine libérale ou d'autres consultations en CMS, par exemple⁴¹⁶ ? Une réponse peut se trouver dans le fait que donner de son temps pour écouter le patient constitue pour les paramédicaux une manière de trouver du sens à leur travail. Une cadre paramédicale, qui était antérieurement simple infirmière au sein de la polyclinique de Lariboisière à laquelle s'intègre la PASS, nous donne son point de vue par rapport à ce que l'écoute apporte à son activité professionnelle. En comprenant la situation du patient, les professionnels peuvent bien évidemment mieux déceler ses maux et aider à ce que sa prise en charge médicale et sociale se fasse en connaissance de cause, en prenant en compte la globalité de la vie des personnes venues en consultation et non pas uniquement ce que le soignant considère comme étant *a priori* suffisant. Surtout, d'après cette cadre paramédicale, les soignants retirent une leçon d'humilité dans leur travail auprès de ces patients. C'est sur ce point que cette professionnelle insiste dans cet extrait d'interview :

« [Ç]a va faire 38 ans que je travaille, on m'a plus donné que je n'ai offert. C'est-à-dire que l'échange avec le patient, il est faussé quand vous, vous êtes dans la toute-puissance – vous voyez ? – de soignants. Il y a eu le travail sur la toute-puissance du soignant avec sa blouse derrière qui se protège aussi, c'est une façon de protection. Et tout d'un coup, d'aller un peu plus loin dans mon travail de soignant m'a ouvert des portes à l'infini. C'est-à-dire un enrichissement qui a redonné du sens à ma pratique et qui a tout son sens dans une PASS, dans une prise en charge globale du patient, tout son sens. [...] Un patient, il a son vécu, il a son histoire familiale, professionnelle. Et le plus dur, c'est de dire : " bon, il faut accepter ce qu'il nous dit " et pour ça, il faut l'écouter. Il faut lui laisser sa place. Et ça, ça redonne du sens à son travail, voilà. Et ça a toute sa place dans une prise en charge PASS, voilà. »⁴¹⁷

Si ces professionnelles de santé constatent l'importance du « relationnel » dans leur travail, elles ajoutent que cela ne doit pas faire oublier la « bonne distance » à garder vis-à-vis des patients. La cadre paramédicale de Lariboisière avance, par exemple : « Il faut garder la bonne distance, vous savez. Cette bonne distance, elle est extrêmement difficile parce qu'il pourrait très bien y avoir

⁴¹⁶ Lors d'une enquête exploratoire dans des centres municipaux de santé à l'été 2020, nous avons constaté que le temps de consultation médicale était calibré à hauteur de 15 minutes. Un prolongement avait été fait à 20 minutes en raison de la crise sanitaire, les salles devant être aérées et les sièges nettoyés entre chaque patient.

⁴¹⁷ Entretien n°15, cadre paramédicale de la PASS de l'hôpital Lariboisière, le 19/02/2021.

une empathie puis après être complètement... aller trop loin et ne pas être bon non plus. »⁴¹⁸ Comme nous l'avions évoqué dans le Chapitre 2, les professionnelles essaient de se démarquer des bénévoles associatifs dont l'action relève d'un univers aux logiques différentes (don de soi, commune humanité)⁴¹⁹. Elles sont conscientes de devoir mettre en place des limites avec les personnes. De la même manière qu'elles s'interdisent, du moins sur le principe, d'être trop permissives avec les malades, elles savent qu'il convient de ne pas prendre pour soi leurs énervements. Une des infirmières de Saint-Louis signale : « Après, il y a ceux qui sont un peu agressifs, en effet, il y en a, mais c'est très rare. Mais ça peut arriver. Et il faut savoir que derrière il y a toujours... c'est une demande, ils sont un peu désespérés. Ils sont au bout de quelque chose, c'est pas gratuit. Il faut pas le prendre contre soi, mais c'est vrai que quelques fois, on peut mal le prendre aussi. »⁴²⁰ Cette professionnelle pointe indirectement un autre élément : la nécessité d'être dans de bonnes dispositions pour écouter le patient. D'après elle, « quand on va soi-même pas bien, quand on peut avoir des problèmes familiaux et tout ça, on se rend compte que c'est difficile d'être à l'écoute d'autres. Et, en effet, il faut être solide et en capacité d'écoute. »⁴²¹ La cadre paramédicale de Lariboisière pense qu'il faut que l'attention soit portée non seulement aux patients, mais également aux professionnels au sein de l'équipe. Son discours rejoint les constats déjà anciens faits par le Groupe de travail « Ville, Santé Mentale, Précarité et Exclusion sociale » de 1985. Leur rapport indiquait qu' « il y a, sur le terrain, c'est-à-dire dans les permanences d'accueil des allocations du RMI, dans tous les lieux où se pratique la politique de la Ville, les politiques d'insertion, un besoin d'écoute et de soutien par des personnes qualifiées et spécifiques pour les usagers et un besoin d'appui et d'échange pour les professionnels de l'accueil de première ligne. »⁴²² En reprenant la terminologie de Pierre Bourdieu dans *La misère du monde* (1993)⁴²³, on pourrait dire que les agents de première ligne, ceux qui font face à la « misère de condition », souffrent eux aussi d'une misère, celle « de position » (on peut ici renvoyer aux développements sur la dévalorisation du travail de l'écoute en dehors des PASS à l'hôpital).

En parlant de la situation compliquée causée par un patient, la cadre paramédicale de la PASS de Lariboisière signale l'intérêt de s'écouter aussi entre soignants.

⁴¹⁸ *Ibid.*

⁴¹⁹ Isabelle PARIZOT, « La prise en charge des malades démunis: entre univers médical et univers humaniste », *op. cit.*

⁴²⁰ Entretien n°17, infirmière à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

⁴²¹ *Ibid.*

⁴²² Antoine LAZARUS et Hélène STROHL, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* [Rapport], 1985, p. 55.

⁴²³ Pierre BOURDIEU, *La misère du monde*, Paris, Éditions du Seuil, 1993.

« On lui a dit que c'est comme ça, etc. Et maintenant, ça fait quelques années, il a compris. Des fois, il s'énerve un peu et là, il vient me voir et fait : "j'arrête", voilà. Et pour ça, il faut qu'il y ait une écoute des soignants parce que c'est compliqué d'expliquer que des fois, ils ont pas une conduite dans la norme, mais ils ont besoin de soins. Et ils ont une prise en charge complexe. Et ça, c'est le staff médico-infirmier, ça donne du sens. Mais il faut écouter les soignants aussi parce que si à un moment donné – il y a eu un patient, on l'a eu pendant deux-trois ans, on n'en pouvait plus – il faut passer le relais. Et on l'a adressé à un autre service – on a fait des choses bien – qui l'a pas gardé trois mois. »⁴²⁴

Quelques sites, comme nous l'avons indiqué, ont attribué ce type d'accueil, ou de pré-consultations, aux infirmières ou aides-soignants. Si cette pratique s'est institutionnalisée dans des hôpitaux différents, au goût de certains professionnels, il faudrait davantage la prendre en compte. Cela puisque le travail effectué ne débouche pas sur des fiches de suivi ou des documents permettant une traçabilité des patients vus par les paramédicaux. En ce sens, l'extrait d'entretien suivant avance l'idée d'une codification de ce travail qui permettrait sa reconnaissance de la part de l'institution vis-à-vis de ces agents de première ligne que constituent les infirmières et aides-soignants dans les permanences. On voit ainsi comment ce travail d'écoute et du relationnel dévolu aux paramédicaux, ainsi que résultant de la rencontre de leur groupe professionnel avec des patients en situation de grande précarité, se trouve enclenché dans un processus d'institutionnalisation pour le moment n'ayant pas abouti à une place reconnue au sein des PASS⁴²⁵. Plus largement, on pourrait dire que le groupe professionnel des infirmières des permanences n'a pas produit une « segmentation » reconnue comme telle au sein du monde médical.

« Donc tout ce temps-là qu'on a passé avec elle, il est pas compté en consultation aujourd'hui. Mais bon, je vais marquer quand même qu'elle est passée et que j'ai passé du temps avec elle, mais c'est pas codifié quoi, c'est pas codifié. [...] [Je] pense que ce serait un plus déjà pour le médecin de mettre par écrit aussi notre recueil. Et puis c'est une reconnaissance aussi pour nous. Il y a bien un recueil assistante sociale, il y a le médecin, et nous on n'a pas de bonne traçabilité dans tout ça quoi. C'est que des paroles, c'est ce que dit le patient puisqu'on n'a pas cette possibilité d'écrire ce recueil d'informations. Vous voyez ce que je veux dire ? »⁴²⁶

⁴²⁴ Entretien n°15, cadre paramédicale de la PASS de l'hôpital Lariboisière, le 19/02/2021.

⁴²⁵ Le processus n'a pas débouché sur de l'institué (une règle écrite ou une place d'infirmière d'accueil codifiée). Cf. Jacques LAGROYE et Michel OFFERLE (dir.), *Sociologie de l'institution*, op. cit.

⁴²⁶ Entretien n°14, infirmière à la PASS de Saint-Louis, le 17/02/2021.

2.1.2. Écouter pour affiner le raisonnement médical

Le titre de cette sous-sous-section fait référence aux travaux du sociologue Aaron V. Cicourel à propos de la manière dont les médecins forment leurs diagnostics au travers des interactions avec les patients⁴²⁷. Dans le cadre des PASS, les docteurs sont *a priori* plus attentifs à la parole des malades qu'ailleurs à l'hôpital. D'après une assistante sociale : « Des fois, les patients ils osent pas non plus dire aux médecins... décrire leur réalité non plus. Bon, à la PASS, c'est différent parce que les médecins qui choisissent de travailler à la PASS, ils savent qu'ils reçoivent des patients précaires. Donc... enfin on travaille très bien avec les médecins de la PASS, mais en hospitalier, c'est autre chose. »⁴²⁸ Un autre assistant social raconte une anecdote qui lui semble symptomatique du diagnostic médical en dehors de la permanence et qui lui paraît représentative de l'oubli des conditions sociales de vie des patients de la part des médecins. Par ce biais, ce professionnel du social différencie les docteurs de l'hôpital de ceux du dispositif. Son point de vue témoigne de cette attention marquée à la « question sociale » par les professionnels de santé qui interviennent dans le cadre de la PASS, comparativement à ceux d'autres services.

« [Là] aussi, tout ce qui est notion d'éducation thérapeutique, pour certains médecins, c'est compliqué. Ils prescrivent des choses, mais sans savoir que la réalité, elle est pas applicable. Du genre : " ah lui, il lui faut absolument son traitement ! – Ouais, mais tu sais que pour ça il faut un frigo, il faut... " (Rire.) C'est bien, mais si derrière ton patient, il peut pas suivre ton traitement, il faut que tu trouves autre chose. Les médecins de la PASS au moins s'intéressent plus à la vie quotidienne du patient. Donc ils font moins de bêtises. En hospi, c'est plus compliqué parce que les médecins ne voient que le côté médical sans compter... ils voient pas forcément la vie quotidienne du patient derrière. »⁴²⁹

Prêter attention aux conditions d'existence des patients implique de s'attarder sur leurs situations complexes et, par conséquent, de passer du temps sur chaque cas. Les divers interviews avec les médecins montrent que les durées peuvent dépasser largement le temps usuel des consultations médicales, cela d'autant plus que la tarification à l'activité et la logique de productivité⁴³⁰ dans d'autres services pousse à aller vite dans la prise en charge des patients. En entretien, le docteur de la PASS hospitalière de Ville-Evrard déclare : « Faire une consultation

⁴²⁷ Aaron V. CICOUREL, *Le raisonnement médical: une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, 2002.

⁴²⁸ Entretien n°16, assistante sociale à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

⁴²⁹ Entretien n°24, assistant social à la PASS de l'Hôtel-Dieu, le 30/04/2021.

⁴³⁰ Pierre-André JUVEN, Frédéric PIERRU et Fanny VINCENT, *La casse du siècle, op. cit.* Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression, op. cit.*

comme ça, c'est pas une consultation habituelle de cinq minutes ou dix minutes. Ça prend parfois une heure, deux heures. »⁴³¹ Ce médecin pose comme contre-exemple justement une vision « productiviste » de la consultation. Il dit préférer la « qualité » à la « quantité ». Il retire une satisfaction du fait de pouvoir arriver, via l'écoute des maux, à un diagnostic qui apaise ces patients atteints de souffrances tant psychiques que physiques ou sociales. En interview, il déclare par rapport à son activité : « Si j'arrive à faire résoudre le problème de cinq personnes par jour, pour moi, c'est un exploit. Faire satisfaire ces gens-là et résoudre, faire le diagnostic et donner le traitement et apaiser ces gens-là et les prendre en charge sur le plan somatique et sur le plan psychique et sur le plan social, pour moi, c'est un succès. Je suis satisfait. »⁴³²

Les temps de consultations sont donc variables mais surtout ceux-ci s'ajustent aux situations rencontrées par les médecins. Une professionnelle de la PASS hospitalière de Delafontaine nous raconte que, dans les cas des primo-arrivants, souvent en proie à diverses problématiques issues de leurs parcours migratoires (malnutrition, dégradation de leur santé, maladies non soignées, violences subies, viols, etc.)⁴³³, le temps passé auprès d'eux ne descend pas au-dessus de la barre de 45 minutes. Cette adaptation au cas par cas demande également de la flexibilité du côté des patients. Eux aussi ils doivent souvent patienter en salle d'attente leur tour⁴³⁴.

« Alors, il semblerait que le temps, pour moi, c'est quelque chose qui n'existe pas vraiment, qui peut se dilater. En fait, comme il y a l'interne et moi, on peut se permettre de prendre le temps qu'il faut. Parce qu'on est deux sur cette plage de consultation. [...] [I]l y a des consultations, quoi qu'on fasse, elles peuvent pas être bouclées au bout de 15 minutes, c'est impossible. Les primo-arrivants, ça c'est sûr que c'est au moins 45 minutes. Il y a l'écoute, l'espace un peu de créer ce lien, qu'ils comprennent le système, qu'on comprenne un peu aussi ce qu'ils veulent. Quand il y a des barrières de langue, ça aussi c'est des consultations qui vont prendre plus de temps. Parce que soit c'est par interprète par téléphone, soit il y a quelqu'un qui nous aide à traduire. Donc ça aussi c'est un biais qui va faire un tout petit peu prolonger. [...] [T]out dépend de la situation. Parfois c'est : " très bien, la situation est stable, je renouvelle votre traitement " et c'est fini en 15 – 20 minutes maximum, soit il faut expliquer le parcours ou compléter par des examens, là ça peut prendre un tout petit peu plus de temps. Mais, non c'est pas fixe, 15 minutes, on n'est pas strictes sur ni le temps ni les délais. En tout cas, c'est des consultations très

⁴³¹ Entretien n°34, médecin à la PASS de Ville-Evrard, le 09/06/2021.

⁴³² *Ibid.*

⁴³³ Ces éléments non décrits dans l'extrait suivant, nous ont été, de multiples fois, mentionnés par les soignants des PASS enquêtées.

⁴³⁴ Sur l'attente dans les guichets de l'État comme moyen de gouverner les populations, Javier AUYERO, *Patients of the state: the politics of waiting in Argentina*, Durham, Duke University Press, 2012.

hétérogènes, très différentes l'une de l'autre. Ce qui fait que les patients, par exemple, ils ont un rendez-vous à 9h50, mais c'est pas 9h50 pile. Ça veut dire qu'ils seront vus dans cette matinée-là, c'est une garantie que vous allez être vu dans cette matinée-là. Mais si celui d'avant vous il a besoin de 45 minutes, ou que si le patient arrive 15-20 minutes plus tard parce qu'il a pris du temps dans le service social ou même vous avez peut-être vu la queue maintenant qui existe à cause du coronavirus, pour le passage à la caisse, ils peuvent arriver en retard et c'est pas grave, on va les voir aussi. [...] Et vice versa, on leur demande aussi de la flexibilité de leur part. Parfois ils peuvent attendre une heure, une heure et quelques parce que le patient d'avant et celui d'avant ils ont eu du... il y a eu une prise de retard. »⁴³⁵

Les situations jugées « complexes » par les médecins les poussent à dédier du temps afin de cerner tous les enjeux médicaux qui les entourent. L'écoute permet d'alimenter d'arguments le jugement face à la prescription à faire ou à ne pas faire. Elle donne aussi la possibilité d'apprendre si le patient est déjà suivi par une autre structure. Dans ce cas-là, le médecin peut en connaissance de cause privilégier la récréation de lien avec cette institution au lieu de faire doublon, en lui demandant par exemple des examens qu'il aurait déjà effectués. L'extrait suivant montre comment une professionnelle associée à la PASS de Saint-Louis – dont l'activité principale est réalisée dans une Maison de Santé Pluri-professionnelle – traite le cas d'une patiente transgenre atteinte de troubles post-traumatiques. Selon la soignante, ce type de situation résulte complexe, non seulement en raison de la barrière de la langue, mais également par les conséquences psychologiques des violences sexuelles subies par cette personne durant son parcours migratoire.

« Parfois, même avec l'interprète au téléphone, même avec l'interprète, ça prend beaucoup plus de temps. Je pourrai pas expliquer... enfin pour... Alors il faudrait que je te donne un exemple hein [...]. Il y avait un patient qui était Irakien, je crois, enfin une patiente qui parlait pas bien français mais qui voulait parler français quand même. Enfin elle arrivait pas à dormir, elle avait envie de passer par la fenêtre. En même temps, elle avait des flashes. Elle revoyait des choses de son viol, enfin de quand elle s'est fait violer. C'est une personne qui est née dans un corps d'homme en Irak, donc du coup, qui décrit des persécutions, qui, après, était en Syrie, et après, qui est venue en France. Et là, qui vient parce qu'insomnie totale, vraiment depuis le confinement, n'arrivait absolument plus à dormir, fait des cauchemars et en plus, revoit certaines scènes, voilà, donc vraiment un syndrome... je sais pas, qu'on pourrait dire de stress post-traumatique. [...] Vu qu'en fait, il parle pas bien, je crois qu'il y avait été [dans un centre médico psychologique, CMP, spécialisé dans le transculturel] mais c'était fermé [en raison de la crise sanitaire] et qu'après... Enfin tout ce qui est communication par téléphone, c'est compliqué donc il arrivait plus à y aller. Puis, il se dispersait, enfin elle se dispersait un peu.

⁴³⁵ Entretien n°18, médecin, PASS de l'hôpital Delafontaine, le 05/03/2021.

Elle est dans plusieurs... Donc en fait, elle revenait. Puis je voyais qu'elle avait été voir déjà plein de choses donc il fallait vraiment que je me concentre pour pas refaire des choses [...] Et puis de se dire : " bon bah là, il y avait eu un suivi qui avait été débuté [dans ce CMP] ", d'essayer de refaire le lien. [...] Et donc du coup, ouais, c'était compliqué parce qu'il fallait que je sache : est-ce que je fais vraiment une IRM [Imagerie par résonance magnétique] ou pas parce qu'en même temps, elle avait pris des coups. »⁴³⁶

Tout comme les paramédicaux de l'accueil, les médecins apprennent « sur le tas » à écouter les patients. En ce sens, ils mobilisent parfois des dispositions acquises dans d'autres cadres, à l'image des associations caritatives ou de leurs familles. On voit comment des socialisations préalables peuvent être utiles à l'exercice professionnel, comme le montre Johanna Siméant par rapport aux médecins humanitaires réutilisant des compétences acquises lors de leurs jeunessees dans des groupes catholiques tels que les scouts⁴³⁷. La responsable médicale de la PASS de l'Hôtel-Dieu nous explique ainsi : « Ma vie d'avant fait que j'ai été formée à l'écoute du patient... enfin, ou de la personne, mais c'est pas dans mes études de médecine que j'ai été formée à l'écoute de la personne, c'est par d'autres expériences dans d'autres cadres. »⁴³⁸

Le raisonnement médical – et notamment le diagnostic tiré de la consultation – doit *in fine* être communiqué aux patients. Tout l'enjeu consiste pour les soignants à faire comprendre celui-ci. Ce temps d'explication, qu'il soit fait par le médecin, puis par les infirmières, se traduit par du temps. D'une part, il faut s'assurer que la personne ait bien compris ce qu'il a comme maladie et ce qu'il doit suivre comme traitement. D'autre part, l'objectif est que le diagnostic soit accepté par le patient. En effet, parfois certaines situations jugées non urgentes par les professionnels n'impliquent pas une orientation vers des spécialistes ou ne débouchent pas sur des prescriptions médicales. Étant dans des situations complexes et parfois en stress, les patients peuvent mal réagir aux conclusions médicales. Dans le cadre de notre interview, une docteure de la PASS hospitalière du CHIMM parle de ce moment de communication du diagnostic aux patients ainsi que de leurs réactions très variables. Si certains acceptent la parole du professionnel, d'autres la contestent en raison de l'image préconçue qu'ils se font de la prise en charge à la permanence.

« J'essaie d'expliquer tout ça au patient pendant la consultation, de lui expliquer un petit peu la démarche aussi et qu'on fait pas forcément tous les examens tout de suite

⁴³⁶ Entretien n°12, médecin praticien attachée à la PASS de Saint-Louis, le 12/02/2021.

⁴³⁷ Johanna SIMEANT-GERMANOS, « Socialisation catholique et biens de salut dans quatre ONG humanitaires françaises », *Le Mouvement Social*, 1 mai 2009, n° 227, n° 2, pp. 101-122.

⁴³⁸ Entretien n°19, responsable médicale de la PASS de l'Hôtel-Dieu, le 16/03/2021.

parce qu'on essaie de faire ce qui est nécessaire comme examens à la PASS, mais on ne fait pas non plus le... un grand bilan de santé juste de complaisance quoi. Le but, c'est de... ouais, de faire le soin nécessaire, de faire le diagnostic qui est important. Et ce qui peut être temporisé, ce qui peut être remis à plus tard, et bah on le remettra à plus tard, quand les droits seront ouverts. [Q : Et ça, les patients, ils le comprennent bien ? Comment ils reçoivent ça en fait ?] C'est très variable : certains patients comprennent tout à fait ; d'autres ne comprennent pas forcément parce qu'on n'a pas du tout la même notion d'urgence. Une douleur, c'est une urgence parce que la personne a mal, il faut la soulager. Mais même si la douleur est très forte, elle est pas forcément très grave. Et a des cultures aussi des cultures vraiment très différentes donc c'est vrai que parfois, les gens comprennent, ils sont très reconnaissants juste parce qu'on les a écoutés, parce qu'on a déjà prescrit des premiers médicaments contre la douleur. D'autres, parfois, sont demandeurs de plus : ils veulent un bilan complet, ils veulent faire les radios tout de suite, ils veulent voir le spécialiste tout de suite. Et il faut un peu recadrer parfois pour dire que : " non, du côté du médecin, l'évaluation montre que c'est pas nécessaire tout de suite ". Parfois, ils ont entendu des choses, on leur a dit qu'en France, les examens sont gratuits, en France, ça va beaucoup plus vite que dans leur pays donc ils arrivent et ils pensent que toutes les portes vont se débloquent tout de suite alors que c'est pas le rôle de la PASS non plus d'ouvrir toutes les portes à tout le monde quoi. »⁴³⁹

2.2. Accueillir et orienter au sein de l'institution médicale

Le croisement entre question sanitaire et question sociale – matérialisé par les services de la PASS – accorde également un rôle important à l'accompagnement social, entendu ici au sens large et non pas uniquement comme relevant du travail social, au sein de l'institution médicale, qu'il s'agisse de l'hôpital ou des institutions de soins primaires. Ainsi, on verra que les professionnels de santé et du social construisent par leurs interactions des ponts entre leurs connaissances en vue de prendre en charge leurs patients. Ils constituent de cette manière des moyens d'améliorer leur capacité à diriger ces personnes vers les bons services (2.2.1). De plus, les personnels accueillant les malades occupent un rôle très utile pour le fonctionnement des PASS : elles et ils reçoivent et orientent les patients au sein de l'hôpital ou vis-à-vis des autres acteurs prenant le relais dans leur traitement (2.2.2).

2.2.1. Un partage de connaissances santé-social

L'interaction constante entre des professionnels relevant de la question sociale et de la question sanitaire est un des effets du croisement de ces thématiques. L'institution médicale qu'elle s'agisse

⁴³⁹ Entretien n°33, médecin à la PASS du CHIMM, le 04/06/2021.

de l'hôpital, du centre municipal de santé ou du réseau de santé associatif, fait se côtoyer des acteurs appartenant aux secteurs de la santé (les médecins, les infirmières, aides-soignants) et du social (les assistantes sociales). Ce que nous disent les uns et les autres fait apparaître l'importance d'une sollicitation mutuelle. Celle-ci favorise l'émergence chez les soignants ou les aidants d'un point de vue informé sur la situation du patient, au-delà de sa dimension strictement sociale ou médicale. Une infirmière de la PASS hospitalière de Saint-Louis explique le recours à l'assistante sociale lorsque la situation traitée dépasse ses compétences ; de cette manière, elle intériorise ce que peut lui apporter comme information ou jugement sa collègue. Comme l'ont montré des recherches récentes, ces interactions sur le terrain, tout comme les connaissances qui se diffusent dans le milieu médico-social sur les « exclus », peuvent contribuer à des socialisations partagées entre des agents appartenant à différents groupes professionnels⁴⁴⁰.

« Et quelques fois, s'il a une situation... pas forcément médicale, mais plutôt sociale, donc on va auprès de nos collègues, on dit : " qu'est-ce t'en penses ? Est-ce que tu peux faire quelque chose ou pas ? " [Q : L'assistante sociale ?] Voilà. On travaille beaucoup et on se parle. Pour la prise en charge de ces patients, il y a plusieurs choses qui comptent. Et donc on compte les unes sur les autres dans les différentes compétences qu'on a. »⁴⁴¹

Les infirmières, tout comme les médecins, se réfèrent aux assistantes sociales pour démêler des situations qui échappent à leurs compétences. L'inverse est également vrai. Plus largement, les assistants de service social acquièrent des connaissances sur les diagnostics des patients, ainsi que sur les traitements. Leur compréhension des pathologies peut les servir, en effet, à bien orienter les patients dans leurs démarches. Par exemple, l'assistant social de la PASS hospitalière de l'Hôtel-Dieu nous raconte comment l'apprentissage des types de maladies et de leurs implications lui ont permis de mieux guider les personnes dans leurs parcours. Il expose notamment le cas de personnes voulant demander un titre de séjour pour soins. Sachant que certaines maladies sont jugées comme plus graves, il sait que les patients en question ont plus ou moins de chances d'avoir un refus ou une acceptation de leur demande.

« [J]e dirais presque qu'il est nécessaire de s'intéresser à ce que les choses... enfin le dire, histoire de comprendre. Parce que là aussi, c'est pour que... Je trouve trop drôle, comme je disais, c'était surtout de mettre de l'huile pour que tout roule, il faut

⁴⁴⁰ Vianney SCHLEGEL, « Partage juridictionnel et socialisation au travail pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes sans domicile », *Sociologie du travail*, 10 septembre 2021, vol. 63, n° 3, doi:10.4000/sdt.39733.

⁴⁴¹ Entretien n°17, infirmière à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

quand même comprendre ce que font les uns et les autres. Et avoir une idée que telle pathologie, ça peut impliquer certaines choses ; et donc toi, pouvoir réagir en fonction. J'avoue que quand je sais que le patient il est schizophrène, moi je sais qu'il est schizophrène. Si je sais que lui il a une pathologie à 100 % qui pourrait être, c'est une question que je me dis : " tiens, est-ce que vous avez fait un 100 % ? Est-ce que vous pourriez le prétendre ? " Ça, c'est des questions que je peux lui poser ou que moi je peux me poser. Ou la question même d'un titre de séjour, le classique qui est : " ah, je veux un titre de séjour pour soins, je suis gravement malade ". Je regarde : hépatite B dormante. " Non, parce que là, vous avez fait tous les tests, machin. Concrètement, vous allez revoir le médecin l'année prochaine pour vérifier que tout va bien ; et est-ce que vous pensez que voir un médecin une fois par an pour vérifier que tout va bien, est-ce que vous pensez que la préfecture va vous accepter, ou va vous donner un titre de séjour pour ça ? " Quand les gens ils réfléchissent, ils disent : " ah non ". »⁴⁴²

Ce qui apparaît c'est que, de manière directe ou indirecte, dans leur prise en charge des patients de la permanence, les professionnels du social deviennent des boussoles pour les soignants, et inversement. En outre, les observations effectuées à la PASS hospitalière de Saint-Louis ont permis de voir comment ce travail pluridisciplinaire se fait en actes. Cet extrait de carnet de terrain expose la manière dont l'équipe de la permanence essaye de démêler une situation d'une patiente venue pour une question sociale, à savoir la récupération d'un document pouvant l'aider dans sa demande d'asile. Pourtant, la question sanitaire traverse également son expérience de consultation auprès de la permanence. Santé et social sont ici imbriqués. Infirmières, médecin et assistante sociale se trouvent impliqués dans la résolution de la situation de cette femme.

« Les deux infirmières de l'accueil acceptent que je reste dans la salle à observer un peu l'activité. Je m'assois sur une chaise face à leur bureau. La salle doit faire 10-12 m². Il y a toutes les deux, mais de temps en temps l'interne ou l'assistante sociale viendront poser des questions ou discuter avec les infirmières. [...] Une femme arrive et reste sur le seuil de la porte du bureau. Elle parle avec les deux infirmières et l'assistante sociale. Elle essaye d'expliquer avec un français très approximatif sa situation : elle viendrait pour récupérer un dossier pour sa demande d'asile, mais ce n'est pas clair. Après discussions et vérification de son dossier sur l'ordinateur de l'assistante sociale, on lui demande de patienter. Je comprends qu'elle est allée voir l'assistante sociale et qu'on va lui demander de faire une lettre pour demander au cadre de service d'avoir son « dossier social ». On ne peut pas le lui donner comme ça. La femme est énervée car elle dit qu'elle a déjà tout expliqué sur son parcours et qu'elle a besoin de ce récit qui a fait l'objet d'une transcription. L'une des infirmières signale qu'elle va voir ce qu'elle peut faire, mais dans le cas où ça

⁴⁴² Entretien n°24, assistant social à la PASS de l'Hôtel-Dieu, le 30/04/2021.

ne marchera pas, elle devra accepter. La femme pleure un peu... Elle avait aussi haussé un peu le ton, un peu énervée, après avoir expliqué plusieurs fois son besoin de récupérer ce papier. [L'autre infirmière] imprime quand même le dossier médical⁴⁴³ (donc non pas le dossier social) où il y a des éléments sur le parcours: venue en France via mariage forcé, puis réseau de prostitution, duquel elle a réussi à sortir. Elle explique qu'elle a envie d'aller à la police pour détailler tout ça, mais qu'elle a besoin de preuves. L'objectif est de retourner dans son pays. La femme demande à l'infirmière d'appeler pour elle [la médecin avec qui elle a déjà consulté] et prendre rendez-vous avec elle. Le docteur est disponible début mars. L'infirmière dit qu'elle fait ça [passer un coup de fil et lui prendre RDV] pour elle mais pas plus. Le docteur travaille en MSP. J'apprends via les infirmières que cette femme a été suivie aussi par le passé par la psychiatre [intervenant au sein de la PASS]. Cette femme a une aide médicale d'État (AME). Finalement, on lui dit que la personne qui a son dossier social va bientôt l'appeler. Les choses s'arrangent pour elle, elle part en remerciant l'équipe qui l'a reçue. »⁴⁴⁴

2.2.2. Recevoir, traduire, accompagner

Le fait de devoir accueillir des patients, parfois primo-arrivants sur le territoire du département voire de la France, ne connaissant pas nécessairement le fonctionnement de l'hôpital et, plus largement, du système de santé français, accorde aux professionnels de première ligne un rôle important dans le fonctionnement de la permanence. Recevoir ces hommes et femmes ne parlant pas nécessairement le français conduit les accueillants à se débrouiller avec leurs compétences langagières (l'anglais ou une autre langue qui leur est familière), ainsi qu'avec les outils numériques disponibles sur leurs Smartphones⁴⁴⁵. Les personnels de l'accueil, qu'il s'agisse de soignants (infirmières ou aides-soignantes), d'agents et secrétaires du service, ou de jeunes en service civique, sont dans leur écrasante majorité des femmes. Ces professionnelles ou agentes en quelque sorte « au guichet »⁴⁴⁶ s'adonnent à ce premier accueil. Plusieurs témoignages rendent compte de ce travail d'accompagnement qu'elles effectuent auprès des patients. Elles les écoutent, en amont, pour identifier leur demande et cela avant que ces personnes puissent voir un médecin ou l'assistante sociale ; elles les aident, en aval, afin qu'ils puissent trouver la pharmacie ou le service auquel les soignants les ont dirigés. L'agente d'accueil de la PASS hospitalière de Pontoise (95) nous livre des informations par rapport à ce travail d'assistance – au sens large – qu'elle effectue

⁴⁴³ Les infirmières, tout comme les médecins et les assistantes sociales, ont accès au dossier médical des patients. Pourtant, le dossier social est uniquement consultable par les assistantes sociales.

⁴⁴⁴ Notes de terrain, PASS Saint-Louis, le 10/02/2021.

⁴⁴⁵ Sur ce point nous renvoyons à la section 3 de notre Chapitre 2.

⁴⁴⁶ Vincent DUBOIS, *La vie au guichet*, op. cit. Michael LIPSKY, *Street-level bureaucracy*, op. cit. Jean-Marc WELLER, *L'État au guichet*, op. cit.

auprès des premiers concernés. Dans son discours, on comprend que son travail d'accueil ne consiste pas uniquement à rester au guichet, mais les aider à prendre des rendez-vous et à les accompagner à ces derniers. L'apport de son activité réside dans la capacité à rendre progressivement ce parcours au sein du système de santé moins compliqué pour des patients ne disposant pas des compétences pour se guider tous seuls. Laissons que celle-ci nous décrive tout cela :

« Le but, quand je suis arrivée ici, un objectif des infirmières, enfin de la PASS, c'était de réinsérer dans le circuit normal les personnes qui... circuits de soins ordinaires on va dire toutes les personnes qui pouvaient l'être. Mais ça voulait dire par exemple faire une transition, commencer par prendre rendez-vous pour la personne, l'accompagner peut-être au premier contact avec le médecin, etc. Donc le médecin [de ville ou de l'hôpital] souvent c'est dix minutes qu'il a à vous accorder. Donc certains bah, certains ici, [le responsable médical] il appelle [inaudible] le téléphone parce qu'il appelle l'interprétariat, le service d'interprétariat. Le médecin [de ville ou de l'hôpital] il va pas le faire. Donc la personne s'exprime pas bien, met du temps et puis souvent le problème est plus large. Il y a le problème médical, mais souvent ça va au-delà parce qu'on va dire : " bah écoutez, oui, bah il faut équilibrer votre alimentation. Faites attention ". " J'ai des problèmes de sommeil ", ils veulent un truc. Bah oui, ils ont des problèmes de sommeil parce qu'ils dorment dehors, parce qu'ils ont des traumatismes machin parce que... voilà. Donc c'est souvent un ensemble. Et puis oui, il y a ceux qui sont pas encore aptes à aller dans le circuit ordinaire. [...] [S]ouvent les SDF, on les accompagnait même aux rendez-vous sur l'hôpital parce qu'ils y allaient pas, voilà. Les roms, c'est aussi parfois compliqué. Et puis les gens, bah ils savent pas toujours, ils comprennent pas. Ils vont dire " oui ", parce qu'ils veulent pas vous déranger, ils vont dire, " oui ", mais ils ont pas compris où c'est, dans quel service [...] ». Des fois je dis " mais non ". – " Mais si, regarde, tu m'as dit : il faut revenir ". Comme je suis à l'accueil, c'est toujours moi qui ai dit. Je dis : " mais non c'est pas là, c'est à l'hôpital ". Donc ils sont de bonne volonté, mais ils ont pas compris. Ils savent pas où c'est et c'est dans tel service et à tel endroit et voilà. »⁴⁴⁷

À la permanence hospitalière de Lariboisière, ce sont les deux services civiques qui effectuent ce travail d'accompagnement. Après avoir observé la consultation médicale, puis l'entretien social d'une patiente venue avec son mari à la PASS, nous avons suivi le couple dans l'hôpital. C'est l'une des services civiques, une jeune femme de 18 ans qui prend le relais en vue d'accompagner cette patiente et son mari pour la suite. Cette service civique est une bachelière n'ayant pas été acceptée à l'université cette année mais préparant son

⁴⁴⁷ Entretien n°40, agente d'accueil à la PASS de Pontoise, le 16/06/2021.

entrée en faculté de médecine pour la rentrée prochaine. La patiente accompagnée doit prendre rendez-vous pour des échographies, ainsi qu'aller chercher des médicaments à la pharmacie de l'hôpital. Le jeune service civique attend le couple à la sortie de la « caisse » de la polyclinique. Bien évidemment, ils ne vont pas payer leur consultation, mais il faut que la caisse enregistre ce passage au titre de la PASS et qu'elle leur valide la prescription afin qu'ils puissent aller chercher les médicaments à la pharmacie de l'hôpital. À leur sortie, la jeune femme les aborde :

« La jeune fille en service civique, qui a été prévenue par moi sur indication de l'assistante sociale, attend que le couple termine son passage à la caisse. Elle se propose de les accompagner dans l'hôpital : pour prendre RDV pour les échographies et pour chercher leurs médicaments à la pharmacie. Je les suis de même. On va donc avec [la jeune en service civique] d'abord prendre RDV en radio. Il faut sortir de la polyclinique, prendre l'entrée principale de l'hôpital puis son aile à gauche. Par la suite, on doit prendre un ascenseur et descendre à l'étage de la radio. Il n'est pas possible de prendre un RDV pour la journée même. La secrétaire de la radio leur indique qu'ils vont leur envoyer une convocation pour un RDV par courrier. On se dirige donc vers la pharmacie. On descend vers l'entrée de l'hôpital et on va dans l'aile opposée, du côté droit. La pharmacie se trouve au rez-de-chaussée. En arrivant, on doit sonner, puis on nous ouvre une porte blindée. Deux guichets reçoivent les patients. Rapidement, c'est le tour du couple, [la jeune en service civique] s'avance avec le papier. La pharmacienne demande au couple s'ils parlent anglais et leur explique : “ ça s'est pour la douleur, madame doit prendre ça matin, midi, soir, etc. Idem pour la crème. ” On sort de la pharmacie, [la jeune en service civique] leur explique en anglais encore une fois qu'ils vont recevoir un courrier avec une date de rendez-vous pour venir faire ses examens. Le couple est très reconnaissant. L'homme me sert la main. Le couple part. La réflexion que je me fais c'est que sans l'accompagnement de [la jeune en service civique], ils se seraient certainement perdus dans l'hôpital. »⁴⁴⁸

⁴⁴⁸ Notes de terrain, PASS hospitalière de Lariboisière, le 19/01/2021.

3. LES MISSIONS DES PASS MISES EN ŒUVRE

Interroger la mise en œuvre des missions de la PASS revient à explorer le paradoxe qui traverse l'action des *street-level bureaucrats*. Comme le dit Michael Lipsky : « D'un côté, leur travail est souvent très fortement règlementé pour atteindre les objectifs de l'action publique [...]. De l'autre côté, ce travail a besoin d'improvisation et de réactivité pour le cas individuel. »⁴⁴⁹ En effet, apporter une assistance d'État aux personnes sans ressources ni droits sociaux – ici une consultation médicale et un travail social visant l'ouverture de droits auprès de la sécurité sociale –, implique que des procédures plus ou moins règlementées soient appliquées par des professionnels en lien direct avec des patients. Or, déjà sur d'autres scènes sociales, les bénéficiaires de l'action publique mettent en place des « tactiques d'accommodement et micro-subversions »⁴⁵⁰ afin d'infléchir la prise de décision des agents de première ligne à leur égard. Ce type de situation émerge aussi dans le cadre des permanences. L'objectif consiste ici à exposer, tout d'abord, les façons par lesquelles se produit *a priori* l'admission des bénéficiaires dans le dispositif (3.1). On verra ainsi que celle-ci fait l'objet, la plupart du temps, d'une évaluation collégiale entre les membres de l'équipe composée de professionnels du social et de santé. Par la suite, il sera constaté que cette admission au sein du dispositif de la permanence pose un certain nombre de dilemmes moraux aux agents de première ligne (3.2). Si un traitement au cas par cas se dessine – les soignants et les aidants devant ajuster des règles ou des principes à des situations concrètes –, il apparaît aussi que deux visions s'opposent vis-à-vis de l'insertion du patient dans la PASS : une conception restrictive, d'une part ; une conception extensive, d'autre part.

3.1. Déterminer l'admission d'un patient dans la PASS

Un des enjeux principaux pour les équipes des permanences constitue celui de déterminer si le malade venu en consultation relève (ou pas) du dispositif. En entretien, plusieurs professionnels rappellent le caractère « inconditionnel » de l'accueil de la PASS. Toutefois, les modalités d'entrée de la patientèle dans le dispositif diffèrent. Dans certaines permanences, les patients sont, tout d'abord, vus par un médecin en consultation après avoir été accueillis par des paramédicaux ou des agents d'accueil. L'assistante sociale les reçoit, par la suite, en vue d'examiner l'état des droits

⁴⁴⁹ “On one hand, the work is often highly scripted to achieve policy objectives that have their origins in the political process. On the other hand the work requires improvisation and responsiveness to the individual case.” (Nous traduisons) Michael LIPSKY, *Street-level bureaucracy*, *op. cit.*, p. xii.

⁴⁵⁰ Vincent DUBOIS, *La vie au guichet*, *op. cit.*, p. 147.

sociaux de la personne. C'est le cas dans les PASS hospitalières Lariboisière (75), de Pontoise (95), de Delafontaine (93). Cela constitue aussi la manière de faire du Réseau 92 Nord : le patient voit d'abord en ville le médecin qui contacte après coup la coordinatrice sociale du réseau associatif afin que celui-ci puisse être inclus dans le circuit de la PASS. Dans d'autres sites, les patients voient d'abord les infirmières de l'accueil pour un premier filtre, les assistantes sociales ensuite et seulement après le médecin. Cela se produit dans les permanences hospitalières de Saint-Louis (75), du CHIMM (78), de l'Hôtel-Dieu (75), de Poissy (78). De même, dans les centres municipaux de santé (Montreuil (93), La Courneuve (93), Malakoff (92)), les patients voient d'abord les agents d'accueil, les médiatrices ou/et les assistantes sociales avant la consultation médicale. Dans tous les cas, ce sont tant les évaluations médicales que sociales qui permettent aux professionnels de déterminer de l'admission d'un patient dans le dispositif.

L'assistante sociale de la permanence hospitalière de Delafontaine parle de la procédure d'admission dans le cadre de la PASS :

« [L]’accueil sur une PASS, elle est quand même de façon inconditionnelle. On reçoit les gens parce que... La porte d’entrée, c’est le soin. La personne vient parce qu’elle a besoin de soins. Donc il faudrait que déjà, dans un premier temps, il y ait pas de blocage pour dire : “ ah non, tu... ” Voilà, il faut qu’elle voie le médecin. Et aussi avec l’évaluation, savoir si oui ou non, relève ou pas d’une PASS. »⁴⁵¹

L'admission des patients se fait dans la concertation entre les évaluations sociales et médicales. Dans la plupart des cas, les professionnels indiquent que les situations sont tellement évidentes qu'il n'y a pas de discussion entre eux. Au CHIMM, le staff de l'équipe de la PASS, ayant lieu tous les lundi matin, permet à l'équipe de débriefer au sujet des patients vus et acter de leur admission dans la permanence. Dans beaucoup de cas, les décisions sont prises rapidement ; pour certains cas, il y a néanmoins débat tant la situation médicale ou sociale des patients peut interroger. La secrétaire du dispositif explique qu'en prévision du staff du lundi matin, elle remplit une feuille avec les informations recueillies auprès des malades venus ou ayant appelé la permanence. « Ouais, une feuille de premier accueil, oui. Donc on se base là-dessus, on remplit. Après, on... avec cette feuille, on la passe en staff. Et là, on décide s'il entre dans le dispositif ou non. »⁴⁵² L'une des infirmières de la PASS nous explique comment leur premier accueil infirmier conduit ou pas à une prise de rendez-vous auprès du médecin de la permanence ou s'il donne lieu à une présentation du cas en staff.

⁴⁵¹ Entretien n°13, assistante sociale au service social et référente de la PASS de Delafontaine, le 15/02/2021.

⁴⁵² Entretien n°31, secrétaire de la PASS du CHIMM, le 04/06/2021.

Elle parle d'une situation récente d'un monsieur ayant des problèmes de sommeil et de mycoses. N'étant pas jugé « urgent » ce cas a été présenté en staff. *A contrario*, la situation d'une personne souffrant d'hypertension a donné lieu à une prise de rendez-vous médicale avant même son passage par la discussion collective de l'équipe. Ce « tri » de l'accueil infirmier permet en quelque sorte de différencier prudemment ce que les soignants considèrent comme des urgences de ce qui peut attendre. Cela ne veut pas dire que les « non-urgences » ne rentreront pas dans le circuit du dispositif mais qu'ils feront néanmoins l'objet d'une discussion en staff. En l'occurrence, le monsieur présentant des problèmes de mycoses et de sommeil a été pris en charge. La prise en charge PASS a par ailleurs permis de faire des bilans sanguins et s'assurer que ce dernier n'avait pas d'autres complications médicales non apparentes. Citons longuement l'infirmière pour comprendre comment les professionnels de soins procèdent à l'admission d'un patient dans le circuit de la PASS.

[Q : Est-ce que vous pouvez me donner un exemple qui vous vient à l'esprit comme ça de cas où on se pose la question de : “est-ce qu'on donne rendez-vous ou pas ?” ?] Alors, normalement les pathologies qu'on reçoit à la PASS, c'est normalement une pathologie on va dire chronique qui a besoin d'être prise en charge pour un suivi médical et ce sont des gens qui ont des traitements qui peuvent pas être interrompus, etc. Après, on peut avoir des gens qui se présentent et qui viennent se plaindre. J'ai l'exemple d'un monsieur par exemple qui est venu... qui a sollicité notre aide. En fait, il avait rien d'étiqueté, vraiment. Enfin il me montre ses orteils, il avait des mycoses des orteils, enfin des ongles et des orteils. Il disait que de temps en temps, il avait du mal à dormir. Après, il disait de temps en temps qu'il avait le nez qui coulait. Enfin voilà, rien de très probant. Donc bah cette personne, moi je vois pas de quel droit je lui dirais : “ non, on va pas vous prendre en charge ”. Déjà, j'ai pas cette responsabilité-là, c'est... je suis pas là pour ça. Et donc, j'en parle en staff pour voir qu'est-ce qu'on va faire avec ce monsieur, est-ce qu'on prend en charge ou pas, et c'est discuté en équipe, voilà. Et quelqu'un à qui je donnerai d'emblée un rendez-vous, c'est quelqu'un, oui, effectivement qui se présente, bah qui a par exemple de l'hypertension et qui me dit : “ bah dans mon pays, j'avais déjà de l'hypertension et j'ai plus de médicaments ” ou quelqu'un qui me dit : “ j'ai très mal à la tête ”, je lui prends la tension, je trouve beaucoup de tension. Donc ces personnes-là d'emblée, je vais les mettre... je vais leur donner d'emblée un rendez-vous. [Q : Et pour revenir un peu à l'exemple que vous donnez, en l'occurrence avec ce monsieur, qu'est-ce qui a été décidé ?] On l'a pris en charge. [Q : Vous l'avez pris en charge.] C'est très rare qu'on ne prenne pas les gens en charge. C'est très rare, vraiment. [Q : Et donc, il est passé en consultation avec le médecin ici ?] Oui. [Q : Et qu'est-ce qui s'est passé après ?] Alors, bah il y a effectivement... alors, il avait loupé un premier rendez-vous, ouais. Parce que finalement après le staff, une fois que j'ai présenté sa situation, on a dit : “si si, on va le prendre en charge, il faut l'appeler pour lui donner un rendez-vous ”, je l'ai appelé et je lui ai donné un

rendez-vous, et il n'est pas venu. Donc on en a reparlé au staff en disant : " bah on va quand même le rappeler une deuxième fois " parce que quelques fois, c'est quand même des gens qui ont des vies compliquées donc il peut y avoir eu un empêchement, il peut avoir oublié parce que finalement, sa priorité ce jour-là c'était pas de venir nous voir, enfin bref. On lui donne une... une deuxième chance j'allais dire, c'est même pas comme ça, enfin bref. On le rappelle, on lui impose un deuxième rendez-vous et effectivement le deuxième rendez-vous, il est venu. Donc bah il a raconté son histoire de vie et puis bah il est quand même... effectivement, le médecin lui a fait une ordonnance parce que finalement, il se plaignait quand même de douleurs à l'estomac le jour où le médecin l'a reçu et puis il a remontré ses orteils (Rire.) Et du coup, le médecin lui a prescrit un traitement et du coup, on l'a dirigé sur la pharmacie de l'hôpital pour avoir ses traitements. Donc souvent, quand on prend les gens en charge, on en profite aussi pour leur faire un bilan sanguin. Et donc ce monsieur-là, bah il se trouvait qu'effectivement, son bilan sanguin était satisfaisant donc il y a pas eu de souci particulier. Donc c'est même pas sûr qu'on va le revoir en fait. Par contre, parallèlement probablement – enfin ça a été discuté en équipe – l'assistante sociale doit le voir en entretien pour l'aider à traiter son dossier d'ouverture de droit »⁴⁵³

Dans le cas des PASS hospitalières dédiées qui reçoivent de patients à la suite à d'une hospitalisation, la transition constitue un enjeu. Alors que ces personnes ont déjà fait l'objet d'une évaluation sociale par l'assistante sociale du service hospitalier en question, la professionnelle du social de la permanence doit prendre le relais. Dans une PASS d'un hôpital parisien, la responsable médicale voudrait que l'assistante refasse une évaluation sociale du patient afin de rendre possible son inclusion dans le dispositif. Pourtant, d'après cette dernière, qui se situe pourrait-on dire dans une logique de non dé-légitimation de son groupe professionnel, elle exclue l'idée de repasser après sa collègue. Elle nous explique ainsi :

« [M]es collègues assistantes sociales, dans les services d'hospitalisation, peuvent pas mettre des patients en PASS. [...] Ils sont obligés d'être vus ici par... voilà. Donc quand un patient n'a pas de prise en charge et qu'il est hospitalisé aux étages, évidemment, il va falloir réfléchir à ce qu'il accède à ses médicaments. Dans les services, ils vont pas forcément leur donner des médicaments, sauf à titre très exceptionnel. Donc du coup, la collègue assistante sociale fait le lien avec moi pour me dire : " il y a ce patient qui sort ". Et puis, normalement, la règle avec soit de la responsable médicale de la PASS, avec le médecin d'hospitalisation, la contacte ou contacte les infirmières pour dire : " voilà, ce patient il sort, il a pas de prise en charge, donc il aurait besoin d'une ordonnance ". Donc il est vu par l'interne ou le médecin de la PASS, pour qu'il puisse bénéficier des médicaments de la pharmacie de l'hôpital. [...] [Q : Ouais. Et dans ce cas-là, quand le patient vient, il passe te

⁴⁵³ Entretien n°32, infirmière à la PASS du CHIMM, le 04/06/2021.

voir ? Comment ça... ou il y a plus de consultation finalement médicale, sociale ?] Alors si, parce que du coup ma collègue assistante sociale qui a fait l'évaluation... après, il y a aussi un logiciel donc on voit, mais elle... voilà. [...] Donc elle a fait ses transmissions orales, elle m'appelle ou elle me dit : " voilà le patient... j'ai fait telle demande de prise en charge, j'ai fait telle démarche pour ce patient. Parce qu'il y a un dossier, mettons, d'ACT d'appartement thérapeutique, coordination thérapeutique... J'ai fait un dossier SIAO, j'ai fait un dossier Sécurité sociale, pour lui, d'aide médicale... " Donc du coup, je donne les informations, mais je vais pas refaire une évaluation. Ce qui m'avait été demandé par la responsable médicale de la PASS, il est hors de question que je refasse une évaluation alors que mes collègues l'ont fait. »⁴⁵⁴

3.2. Traitement au cas par cas et dilemmes moraux

Un des principes fondamentaux des PASS est que ce dispositif s'adresse à des personnes sans ressources ni droits sociaux. En ce sens, les patients obtenant ou disposant de leurs droits ouverts devraient être sortis du circuit de la permanence pensé comme une « passerelle ». Or, comme nous l'avons déjà explicité, pour différentes raisons (désertification médicale, stigmatisation des patients précaires, barrières de la langue) les malades venus consulter dans le dispositif y restent parfois sur des périodes prolongées. Une des assistantes sociales de la PASS de Saint-Louis nous dit : « normalement la règle c'est : une fois le patient a sa prise en charge, on peut les orienter vers les centres de santé. [...] Mais c'est vrai que tu verras avec les collègues infirmières, il y a des patients, ou même avec des médecins, on les garde parce que ce serait trop compliqué pour eux. »⁴⁵⁵ De cette manière, il y a une sorte d'écart à la norme, des exceptions qui se font en fonction du cas par cas, traités par ces *street-level bureaucrats*⁴⁵⁶.

Toutefois, un autre enjeu apparu à plusieurs moments et sur différents sites lors de cette enquête, est celui de la prise de décision concernant des cas de personnes étrangères venues en consultation afin de pouvoir demander, par la suite, des titres de séjour pour maladie voire pour compléter un dossier administratif avec l'aide de l'assistante sociale, ou encore des malades venant avec des visas touristiques. Ce type de situation pose question aux professionnelles des PASS. Des « dilemmes moraux »⁴⁵⁷ ou « contraintes morales »⁴⁵⁸ émergent : faut-il accepter de les inclure dans

⁴⁵⁴ Entretien n°16, assistante sociale à la PASS de Saint-Louis, le 19/02/2021.

⁴⁵⁵ *Ibid.*

⁴⁵⁶ Michael LIPSKY, *Street-level bureaucracy, op. cit.*

⁴⁵⁷ À l'image des enjeux posés aux maraudeurs par des situations complexes des personnes à la rue, telle cette personne qu'on ne peut pas amener de force en hébergement mais qui risque certainement sa vie en restant dehors pendant l'hiver Daniel CEFAÏ et Edouard GARDELLA, *L'urgence sociale en action, op. cit.*

⁴⁵⁸ Jean-Marc WELLER, *L'État au guichet, op. cit.*, p. 86.

le dispositif alors qu'*a priori* ils ne sont pas malades dans le cas des personnes venues pour des questions administratives ? Doive-t-on accueillir des personnes ayant un visa touristique, alors que ce document implique normalement la détention d'une couverture (assurance) par le voyageur ? Les points de vue diffèrent chez les divers responsables médicaux et sociaux que nous avons fréquentés lors de cette enquête. Certains resteront davantage fidèles aux règles telles qu'elles existent et ne feront qu'exceptionnellement des « pas de côté » (ou des « passe-droits »⁴⁵⁹). D'autres, considèrent que leur rôle ne consiste pas à scruter dans le détail la bonne foi des patients. S'ils recourent à la PASS, c'est parce qu'ils ne peuvent pas aller ailleurs. Ces deux points de vue coexistent dans le monde de l'accès aux soins.

Sans donner des informations permettant de les reconnaître, voici deux extraits d'entretiens permettant de voir ces deux visions de la permanence. Tout d'abord, citons un point de vue qui essaye de différencier le travail médical de la PASS d'un pur accompagnement social et plus largement d'une prise en charge du « tout venant ».

« Aux urgences, le problème, il y avait plus de tri puisque certains avaient défini : tout patient qui se présente aux urgences doit être vu par un médecin. Ce qui est une aberration. Ici, tout patient qui se présente à la PASS doit pas être vu par un médecin, mais c'est parce qu'on a un staff. [...] Parce qu'il y a des gens, ils viennent, je dis n'importe quoi, ils ont eu un accident il y a cinq ans, ils marchent normalement, on a pas besoin de les voir. Ils viennent parce que souvent c'est des trucs, pour moi, c'est pas de la PASS. Et quand je le dis brutalement, on est pas là pour faire les certificats. »

Face à cette vision plus restrictive de la PASS, d'autres responsables médicaux pensent leur travail comme une manière d'aider, par le biais de l'aide sanitaire, la personne sur le plan social. En ce sens, ceux-ci refusent de filtrer trop restrictivement les patients.

« [C]omment vous voulez qu'il retourne au droit commun, entre guillemets, si on lui donne pas les possibilités de retourner ? Et s'il pouvait le faire seul, je vais vous dire, il l'aurait déjà fait, il aurait pas besoin de vous. Donc s'il vient ici, c'est aussi pour qu'on l'aide dans... alors je dis pas qu'on réussit, mais c'est quand même notre travailler d'aider un sans-papier à avoir ses papiers. [Q : (...) c'est pas à vous de savoir si la personne est en visa touriste ou pas. C'est pas la question qui se pose ici quoi ?] Ah non. Ça, les contrôles papiers, il y a des gens qui savent le faire et ils le font très bien et même un peu trop (Rire.) C'est pas notre boulot de contrôler les papiers des gens, nous notre travail, c'est de les soigner. C'est pas de les surveiller,

⁴⁵⁹ Pierre BOURDIEU, « Droit et passe-droit. Le champ des pouvoirs territoriaux et la mise en oeuvre des règlements », *op. cit.*

de les fliquer ou de les contrôler. Donc je vous ai dit, sincèrement, moi je reste convaincu que la personne qui n'a pas besoin et qui peut s'en sortir ailleurs, il va venir deux fois dans la salle d'attente et puis il va changer, il va aller... [...]. Et c'est tout. Et moi, je pars du principe qu'il vaut mieux donner à quelqu'un qui n'en a pas besoin que de priver quelqu'un qui en aurait eu besoin. Parce que le danger, il est là. C'est-à-dire qu'on va peut-être priver des gens qui en aurait réellement eu besoin. Pourquoi ? Parce qu'ils ont un tampon sur la mauvaise PASS, sur le mauvais passeport. Ça va au-delà de notre travail, je trouve, de nos responsabilités. On en a déjà suffisamment comme ça, c'est pas la peine qu'on contrôle les papiers des gens.

»

CONCLUSION DU CHAPITRE 5

Les agents de première ligne ou *street-level bureaucrats* fabriquent de manière concrète l'action publique « par le bas »⁴⁶⁰. Dans le cadre des PASS, l'analyse des parcours des divers groupes professionnels impliqués dans la mise en œuvre de « l'accès aux soins » nous montre des logiques différentes d'entrée et de maintien dans le dispositif. Ces trajectoires nous montrent l'importance des engagements humanitaires des médecins impliqués dans les permanences, tout comme les chemins marqués des retournements du stigmaté des paramédicaux qui y sont investis ou encore les passages plus ponctuels des assistants sociaux par ces services. L'analyse a permis aussi de montrer ce que travailler dans ces PASS fait aux professionnels. En raison du croisement entre question sanitaire et question sociale, non seulement une socialisation partagée se produit entre agents provenant de formations différentes, mais aussi une certaine évolution de l'activité des soignants. La part de l'écoute se développe fortement dans le travail des médecins et des paramédicaux. Enfin, l'intérêt porté à la mise en œuvre de l'accès aux soins nous a conduit à montrer l'enjeu que constitue pour les professionnels d'admettre un patient dans le cadre du dispositif, ainsi que les dilemmes moraux que ceux-ci essayent de résoudre face aux situations complexes qu'ils retrouvent sur le terrain. Est-ce qu'un malade doit être pris en charge alors qu'il détient un visa touristique et que cela implique la possession d'une assurance voyage ? Peut-on autoriser des anciens patients qui ne le sont plus à voir l'assistante sociale, alors que d'autres personnes sont actuellement suivies par les médecins de la permanence ? Ce type d'interrogations traverse les équipes des PASS. Finalement, ces questions ne sont résolues que par des traitements au cas par cas ou par des modalités différentes selon les sites. En quelque sorte, et de manière un peu

⁴⁶⁰ Expression utilisée souvent par les politistes, cf. Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALES, *Sociologie de l'action publique*, op. cit.

schématique, on pourrait dire qu'une vision plus restrictive s'oppose à une vision plus ouverte à ce sujet.

CONCLUSION

Traiter « par le haut » et « par le bas »⁴⁶¹ l'accès aux soins, sous le prisme du PRAPS en Île-de-France, aide à soulever des questionnements utiles à une compréhension « multi-niveaux » de cette action publique. À notre sens, elle peut offrir des éléments de réflexion intéressants aussi bien aux commanditaires et agents impliqués dans la mise en place du programme et des PASS qu'aux chercheurs travaillant sur cette thématique. L'entrée « par le haut », appuyée sur des entretiens avec des responsables de l'ARS IDF, ainsi que d'autres institutions publiques ou associations caritatives, a permis de montrer l'enjeu que constitue le ciblage spécifique du PRAPS en région francilienne. Ce *ciblage implicite* sur les « grands exclus », alors que le programme s'adresse officiellement et de manière large aux populations précaires, semble être une conséquence de la concentration de hauts taux de pauvreté dans certains départements, voire villes ou quartiers, d'Île-de-France. En ciblant les plus pauvres parmi les pauvres, en gros les personnes sans ressources, sans droits ouverts – et dans les faits souvent sans papiers et sans domicile fixe –, cette agence déconcentrée d'État inscrit son action dans le mouvement plus général d'étatisation de la « santé de base » voire de développement de l'assistance au sein du système de santé. L'interrogation qui peut être faite suite à ces constats concerne les enjeux du degré d'explicitation de cette mission. Est-ce qu'il convient de laisser le flou ou plutôt d'assumer le rôle effectivement joué de dernier filet d'aide pour des personnes « désaffiliées »⁴⁶² – en raison des crises économiques et/ou par le durcissement des politiques migratoires ? Autrement-dit, est-ce que l'image d'Abram de Swaan de la mise « sous l'aile protectrice de l'État »⁴⁶³, conséquence du développement des chaînes d'interdépendance entre individus, peut être ici revendiquée par l'ARS IDF ? À notre sens, le contexte politique (et plus précisément les potentielles polémiques pouvant naître) ne doit pas empêcher l'agence de se questionner sur ces enjeux.

L'entrée « par le bas » a ouvert d'autres questionnements portant sur les modes d'organisation et les enjeux professionnels produits par la mise en œuvre de l'accès aux soins via les PASS, tant hospitalières qu'ambulatoires. Si les dispositifs étudiés relèvent de fonctionnements et de morphologies différentes, nous avons constitué une typologie avec quatre idéaltypes. Ceux-ci apportent des repères pour comprendre la manière dont les équipes de soignants et des aidants

⁴⁶¹ *Ibid.*

⁴⁶² Robert CASTEL, *Les métamorphoses de la question sociale, op. cit.*

⁴⁶³ Abram de SWAAN, *Sous l'aile protectrice de l'État*, Paris, Presses universitaires de France, 1995.

des permanences peuvent mener à bien leurs actions. L'action « dédiée » semble être un élément constitutif des PASS, présent de manière très formelle à l'hôpital (avec une équipe PASS dédiée à proprement parler : médecin, infirmières, assistante sociale) mais aussi en ambulatoire en s'insérant dans des institutions différentes et se traduisant souvent par quelques postes dédiés (coordinatrice, médiatrice, par exemple). Puis, même lorsque les permanences hospitalières sont « transversales », elles ne le sont pas de manière exclusive puisqu'elles cherchent à conserver également une dimension « dédiée ». Cela témoigne de l'intérêt « de proximité » à l'égard des patients tout comme de l'intérêt de garder un certain esprit d'équipe, un « village gaulois » au sein de l'institution de rattachement, pour reprendre l'expression d'une soignante.

Puisque ces PASS font l'objet souvent d'un certain désintérêt, notamment au sein de l'hôpital, les professionnels semblent inverser les valeurs qui règnent en dehors des frontières de leurs locaux. Elles ne privilégient pas les gestes techniques ou la productivité, mais l'écoute et la qualité de la relation avec les patients. Elles vont ainsi à l'encontre d'une rationalisation managériale de l'institution hospitalière en marche depuis plusieurs décennies⁴⁶⁴. On constate ainsi que le travail des soignants change par le contact avec les patients « exclus », tout comme par l'interdisciplinarité de ces équipes liant les professionnels du social à ceux de la santé. L'intérêt de l'espace dédié ne doit pas néanmoins produire un oubli vis-à-vis des liens avec la ville (cabinets médicaux, associations, CPAM, centres de radiologie, etc.). Or, ces liens semblent davantage noués par de PASS ambulatoires des réseaux de santé associatifs, ancrés depuis plusieurs décennies sur des territoires et détenant des liens de confiance importants avec des acteurs impliqués dans la vie de la cité. Ces acteurs se disent néanmoins sous dotés et l'enquête montre qu'ils ne peuvent pas s'appuyer des structures plus larges comme peuvent le faire les PASS hospitalières ou les PASS ambulatoires insérées dans des centres municipaux de santé. Pour le dire d'une autre manière, en reprenant l'une des notions développées dans ce rapport : les permanences ne bénéficient pas toutes de la même « subsidiarité institutionnelle ».

Tous ces éléments d'analyse doivent faire l'objet de réflexion pour l'ARS : Comment valoriser davantage le travail des équipes au sein des institutions de santé et notamment des professionnels – on devrait dire professionnelles car elles sont souvent des personnels féminins – d'accueil ? Peut-on tenir ensemble le besoin d'une équipe dédiée et l'intérêt de nouer des liens sur le territoire à l'image des réseaux de santé associatifs ? Doive-t-elle développer à ce sujet un rôle consacré

⁴⁶⁴ Pierre-André JUVEN, Frédéric PIERRU et Fanny VINCENT, *La casse du siècle, op. cit.* Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression, op. cit.*

spécifiquement à la coordination des « partenaires » de ville et cela non seulement dans les PASS ambulatoires ? Est-ce que l'agence doit soutenir – et si oui, comment – la « subsidiarité institutionnelle » et compenser avec davantage des ressources les PASS qui ne comptent pas avec une institution d'accueil suffisamment forte pour les faire tenir malgré tout ?

Toutes ces interrogations pourront servir à la réflexion en interne, au sein du siège de l'ARS IDF, et entre les équipes des PASS à l'hôpital et en ambulatoire. Terminons ce rapport en apportant un élément de terrain qui nous semble pertinent à mentionner. À plusieurs reprises, des professionnels des sites visités ont exprimé de la gratitude en raison de l'intérêt que leur portait, non seulement un chercheur postdoctoral de Sciences Po, mais aussi l'ARS IDF elle-même. Si l'agence a habitué les équipes aux rapports d'activité et aux réunions au rythme d'une fois ou deux par an (surtout avec les responsables), elle pourrait aussi développer davantage l'écoute des besoins des soignants et aidants des permanences. Comme nous l'ont indiqué divers enquêtés, parfois avec un peu d'amertume, les rapports d'activité recueillent essentiellement des données chiffrées. Ces chiffres certainement utiles pour le travail de l'agence et pour la clarté des dépenses publiques, font malheureusement fi du travail concret effectué par les un-e-s et les autres auprès des patients. Un travail qui passe notamment par l'écoute, parfois longue et surtout attentive, de ceux qui ne se retrouvent pas là par choix. Concluons ce travail en espérant avoir restitué avec justesse l'action tant des décideurs de l'agence que des agents de première ligne, sans avoir sacrifié l'analyse des ambivalences et enjeux qui traversent leurs actions.

BIBLIOGRAPHIE

- AHNICH Myriam, ARANDA Mauricio et FROGER-LEFEBVRE Juliette, « Faire exister une démarche participative en santé publique. Enquête sur les coordinatrices Atelier Santé Ville en Île-de-France », in Sophie DIVAY, Thomas DENISE, Marie DOS SANTOS, Cécile FOURNIER, Lucile GIRARD et Aymeric LUNEAU (dir.), *Sociologie des pratiques coopératives et participatives en santé*, Paris, Éditions de l'IRDES, à paraître.
- ARANDA Mauricio, *Une assistance à deux vitesses. Socio-histoire de l'hébergement social des sans-abri depuis les années 1950*, Paris 10, 2019, consulté le 5 novembre 2021, URL : <http://www.theses.fr/2019PA100119>.
- ARANDA Mauricio et FROGER-LEFEBVRE Juliette, « Bricoler avec les cartes de la santé. Injonctions contradictoires et ajustements chez les coordinatrices Atelier Santé Ville en Île-de-France », in Thomas AGUILERA, Francesca ARTIOLI, Lorenzo BARRAULT-STELLA, Emmanuelle HELLIER et Romain PASQUIER (dir.), *Les cartes de l'action publique. Réformes, légitimations, conflits*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2021.
- AUYERO Javier, *Patients of the state: the politics of waiting in Argentina*, Durham, Duke University Press, 2012, xii+196 p.
- BAILLERGEAU Évelyne et GRYPONPREZ Hans, « « Aller-vers » les situations de grande marginalité sociale, les effets sociaux d'un champ de pratiques sociales », *Revue française des affaires sociales*, 10 août 2020, n° 2, pp. 117-136.
- BARBIER Jean-Claude, ZEMMOUR Michaël et THERET Bruno, *Le système français de protection sociale*, Paris, La Découverte, 2021, 126 p.
- BARRAULT-STELLA Lorenzo et WEILL Pierre-Edouard (dir.), *Creating target publics for welfare policies: a comparative and multi-level approach*, Berlin/New York, Springer International Publishing, 2018, ix+208 p.
- BARRAULT-STELLA Lorenzo et WEILL Pierre-Édouard, « The Making of Target Publics for Welfare Policies. From Targeting Practices to Resistances of Governed People », in Lorenzo BARRAULT-STELLA et Pierre-Édouard WEILL (dir.), *Creating Target Publics for Welfare Policies. A Comparative and Multi-level Approach*, Berlin/New York, Springer International Publishing, 2018, pp. 1-24.
- BAYARDIN Vinciane, HERVIANT Julie, JABOT Danielle, MARTINEZ Corinne, CHEMINEAU Danie, GLACHANT Emmanuel et GUERIN Delphine, « En Île-de-France, la pauvreté s'est intensifiée dans les territoires déjà les plus exposés », *Insee Analyses Ile-de-France*, 21 décembre 2017, n° 76.
- BEAUD Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 1996, vol. 9, n° 35, pp. 226-257.
- BEAUD Stéphane et WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, France, La Découverte, 2010, 334 p.
- BECKER Howard S., *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985, 247 p.
- BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression: enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010, 329 p.
- BENAMOUGZIG Daniel, « Du grand soir au clair-obscur. Expertise économique et privatisation bureaucratique de l'assurance maladie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 9 juillet 2012, n° 193, n° 3, pp. 56-73.
- BERCOT Régine et CONINCK Frédéric de, *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris, L'Harmattan, 2006, 148 p.
- BERTINI Barbara, « Les PASS (janvier 2019) ».
- BERTINI Barbara, LAPORTE Rémi, PIEGAY Elisabeth et SCHWARTZ Muriel, « Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les soins aux populations migrantes », *Adsp*, 2020, n° 111, pp. 35-36.
- BESOZZI Thibaut, « La structuration sociale du monde des sans-abri », *Sociologie*, 17 août 2021, Vol. 12, n° 3, pp. 247-266.

BEZES Philippe, *Réinventer l'État: les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, xiv+519 p.

BEZES Philippe et LE LIDEC Patrick, « Ordre institutionnel et genèse des réformes », in Jacques LAGROYE et Michel OFFERLE (dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2011.

BEZES Philippe et LE LIDEC Patrick, « Ce que les réformes font aux institutions », in Jacques LAGROYE et Michel OFFERLE (dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2011.

BLASCO Julien et PICARD Sébastien, « Environ 2 millions de personnes en situation de grande pauvreté en France en 2018 », *Revenus et patrimoine des ménages*, 2021, consulté le 4 novembre 2021, URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5371273?sommaire=5371304>.

BOUILLON Florence, DEBOULET Agnès, DIETRICH-RAGON Pascale, FIJALKOW Yankel et ROUDIL Nadine, « Les vulnérabilités résidentielles en questions », *Métropolitiques*, 17 juin 2015, URL : <https://metropolitiques.eu/Les-vulnerabilites-residentielles.html>.

BOURDIEU Pierre, *La misère du monde*, Paris, Éditions du Seuil, 1993, 947 p.

BOURDIEU Pierre, « Droit et passe-droit. Le champ des pouvoirs territoriaux et la mise en oeuvre des règlements », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1990, vol. 81, n° 1, pp. 86-96.

BRESSON Maryse, *Sociologie de la précarité*, Paris, Armand Colin, 2015, 126 p.

BRODIEZ Axelle, « Gérer sa croissance : le cas des associations de solidarité et humanitaires depuis les années 1940 », *Entreprises et histoire*, 2009, n° 56, n° 3, pp. 73-84.

BRODIEZ-DOLINO Axelle, « Pauvretés durables, pauvretés nouvelles: les conséquences sociales de la crise », in Nicolas DUVOUX et Michèle LELIEVRE (dir.), *La pauvreté démultipliée. Dimensions, processus et réponses [Rapport]*, CNLE., 2021.

BRODIEZ-DOLINO Axelle, *Des sans-logis aux sans-domicile. Le foyer Notre-Dame des sans-abri à Lyon depuis 1950*, Saint-Étienne, Presses universitaires de Saint-Étienne, 2020, 267; 16 p.

BRODIEZ-DOLINO Axelle, *Combattre la pauvreté: vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*, Paris, CNRS éditions, 2013, 328 p.

BRODIEZ-DOLINO Axelle, « Entre social et sanitaire. Les politiques de lutte contre la pauvreté-précarité en France au XXe siècle », *Le Mouvement Social*, 2013, n° 242, n° 1, pp. 9-29.

BROUSSE Cécile, FIRDION Jean-Marie et MARPSAT Maryse, *Les sans-domicile*, Paris, La Découverte, 2008, 118 p.

BRUNETEAUX Patrick, « L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance », *Sociétés Contemporaines*, 2006, no 63, n° 3, pp. 105-125.

BUTON François, « Comment les mouvements sociaux s'imposent face aux experts. Fluidité des positions et mobilisation des émotions dans la lutte contre le sida en France », *Politique et Sociétés*, 2009, vol. 28, n° 1, pp. 63-89.

CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995, 490 p.

CEFAÏ Daniel et GARDELLA Edouard, *L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samu social de Paris*, Paris, La Découverte, 2011, 575 p.

CHAUVIÈRE Michel, « Associations et pouvoirs publics: entre autonomie et instrumentation », in *Actions associatives, solidarités et territoires*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2001.

CHOPPIN Katia et GARDELLA Edouard (dir.), *Les sciences sociales et le sans-abrisme: recension bibliographique de langue française, 1987-2012*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2013, 348 p.

CICOUREL Aaron V., *Le raisonnement médical: une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, 2002, 234 p.

COLIN Marie-Pierre et ACKER Dominique, « Les centres de santé : une histoire, un avenir », *Santé Publique*, 2009, Vol. 21, n° hs1, pp. 57-65.

COLLIOT-THELENE Catherine, *La sociologie de Max Weber*, Paris, La Découverte, 2014.

DAMON Julien, *L'exclusion*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008, 126 p.

DARMON Muriel, *La socialisation*, Paris, Armand Colin, 2010, 127 p.

DECLERCK Patrick, *Les naufragés: avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, 2001, 457; 8 p.

DEMAZIERE Didier et GADEA Charles (dir.), *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009, 463 p.

DESMOND Matthew, *Avis d'expulsion: enquête sur l'exploitation de la pauvreté urbaine*, Montréal, Lux, 2019, 534 p.

DION-LOYE Sophie, « La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 », *Le Genre humain*, 2002, vol. 38-39, n° 2-3.

DUBOIS Vincent, *Contrôler les assistés. Genèses et usages d'un mot d'ordre*, Paris, Raisons d'agir, 2021, 447 p.

DUBOIS Vincent, « Ethnographier l'action publique. Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain », *Gouvernement et action publique*, 3 avril 2012, vol. 1, n° 1, pp. 83-101.

DUBOIS Vincent, « Politiques au guichet, politique du guichet », in Olivier BORRAZ et Virginie GUIRAUDON (dir.), *Politiques publiques. 2, Changer la société*, Paris, Presses de Sciences Po, 2010, pp. 265-286.

DUBOIS Vincent, *La vie au guichet: relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, 1999, 208 p.

DUVOUX Nicolas, « Trente ans de RMI », *La Vie des idées*, 27 novembre 2018, consulté le 13 septembre 2021, URL : <https://laviedesidees.fr/Trente-ans-de-RMI.html>.

DUVOUX Nicolas, *Les inégalités sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2017, 125 p.

DUVOUX Nicolas, *Le nouvel âge de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques*, Paris, Seuil/La République des idées, 2012, 104 p.

DUVOUX Nicolas, *L'autonomie des assistés: sociologie des politiques d'insertion*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, 269 p.

DUVOUX Nicolas et LELIEVRE Michelle (dir.), *La pauvreté démultipliée. Dimensions, processus et réponses [Rapport]*, CNLE, 2021.

DUVOUX Nicolas et VEZINAT Nadège (dir.), *La santé sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2022.

ELIAS Norbert, *Qu'est-ce que la sociologie ?*, La Tour-d'Aigue, Éditions de l'Aube/Pocket, 1991, 222 p.

ELOY Pierre, *Héberger les vulnérables, éloigner les indésirables : trajectoires de prise en charge des familles immigrées sans abri à Paris*, Paris 1, 2019, consulté le 27 août 2021, URL : <http://www.theses.fr/2019PA01H052>.

FASSIN Didier, *La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard : Seuil, 2010, 358 p.

FASSIN Didier, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute », *Politix*, 2006, n° 73, n° 1, pp. 137-157.

FONDATION ABBE PIERRE, *L'état du mal-logement en France 2021 [Rapport]*, 2020, 352 p.

FOURASTIE Jean, *Les Trente glorieuses ou la Révolution invisible de 1946 à 1975*, Paris, Fayard, 1979, 299 p.

GABARRO Céline, « Quand les conditions de travail influencent l'accès aux droits sociaux. L'exemple de l'aide médicale d'État et de la couverture maladie universelle complémentaire », in Olivier GIRAUD et Nadège VEZINAT (dir.), *Les droits sociaux au travail. Montée de l'emploi incertain et recomposition des catégories de la protection sociale*, Toulouse, Octarès Editions, 2020.

GARDELLA Édouard, « Secourir les sans-abri en détresse. La norme d'inconditionnalité dans l'urgence sociale », in Axelle BRODIEZ-DOLINO, Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, Benoît EYRAUD, Christian LAVAL et Bertrand RAVON (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 233-257.

GEERAERT Jérémy, « 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*, 2020, Vol. 70, n° 5, pp. 639-656.

GEERAERT Jérémy, *La question sociale en santé: L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en*

marge du système de santé en France à l'aube du XXe siècle, France, Université Sorbonne Paris Cité, 2017, consulté le 14 octobre 2021, URL : <http://www.theses.fr/2017USPCD080/document>.

GOFFMAN Erving, « On Fieldwork », *Journal of Contemporary Ethnography*, 1 juillet 1989, vol. 18, n° 2, pp. 123-132, doi:10.1177/089124189018002001.

GOFFMAN Erving, *Stigmaté: les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975, 175 p.

GRANOVETTER Mark S., « The Strength of Weak Ties », *American Journal of Sociology*, 1973, vol. 78, n° 6, pp. 1360-1380.

HASSENTEUFEL Patrick, *Sociologie politique: l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2011, 318 p.

HASSENTEUFEL Patrick, SCHWEYER François-Xavier, GERLINGER Thomas et REITER Renate, « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, 24 juin 2020, n° 1, pp. 33-56.

HUGREE Cédric, LEHNER Paul et PARANTHOËN Jean-Baptiste, « Mobilités professionnelles : contextualisations et incidences », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, 6 avril 2021, n° 122, n° 1, pp. 3-8.

IZAMBERT Caroline, « Une crise sanitaire du Sud dans un pays du Nord ? », *Mouvements*, 7 juin 2019, n° 98, n° 2, pp. 95-105.

IZAMBERT Caroline, *Soigner les étrangers ? L'État et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours*, Paris Sciences et Lettres (ComUE), 2018, consulté le 21 août 2021, URL : <http://theses.fr/2018PSLEH127>.

JUVEN Pierre-André, PIERRU Frédéric et VINCENT Fanny, *La casse du siècle: à propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir, 2019, 185 p.

LABORIER Pascale et GAXIE Daniel, « Les obstacles à l'évaluation des actions publiques et quelques pistes pour tenter de les surmonter », in Pierre FAVRE, Jack HAYWARD et Yves SCHEMEIL (dir.), *Être gouverné. Études en l'honneur de Jean Leca*, Paris, Presses de Sciences Po, 2003, pp. 201-224.

LABRADOR Jessica, « Regards sur la pauvreté en Ile-de-France », *INSEE*, 2013, consulté le 4 août 2021, URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291871>.

LAFARGE Géraud, « « L'exclusion »: fortune politique et sociologique d'un mode de désignation de la question sociale (années 1970-1990) », in Jean-Claude BARBIER et Marielle POUSSOU PLESSE (dir.), *Protection sociale: le savant et la politique*, Paris, La Découverte, 2017, pp. 120-137.

LAGROYE Jacques et OFFERLE Michel (dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2011, 399 p.

LAMBERT Anne et CAYOUEITE-REMBLIERE Joanie, *L'explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire*, La Tour-d'Aigue, Éditions de l'Aube, 2021, 445 p.

LASCOUMES Pierre et LE GALES Patrick, *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2012, 126 p.

LAZARUS Antoine et STROHL Hélène, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher [Rapport]*, 1985, 65 p.

LE MENER Erwan, « Quel toit pour les familles à la rue ? », *Métropolitiques*, 12 juin 2013, consulté le 29 septembre 2021, URL : <https://metropolitiques.eu/Quel-toit-pour-les-familles-a-la.html>.

LE MENER Erwan, « Evaluer des demandes, ou la justesse comme travail invisible. Le cas du 115 de Paris », *ethnographiques.org*, 2011, n° 23, consulté le 28 septembre 2021, URL : <https://www.ethnographiques.org/2011/LeMener>.

LENOIR René, *Les exclus: un Français sur dix*, Paris, Éditions du Seuil, 1974, 146 p.

LEVY Julien, *Les « grands exclus » : une catégorie d'exceptions : évolutions du traitement politique des sans-abri chroniques en France depuis les années 1980*, Université Grenoble Alpes, 2021, consulté le 2 septembre 2021, URL : <http://www.theses.fr/2021GRALH003>.

LEVY Julien et WARIN Philippe, « Ressortissants », in Laurie BOUSSAGUET, Sophie JACQUOT et Pauline RAVINET (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2019, vol.5e éd., pp. 555-561.

LION Gaspard, *Incertaines demeures: enquête sur l'habitat précaire*, Montrouge, Bayard, 2015, 229 p.

LIPSKY Michael, *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of The Individual in Public Services*, New-York, Russell Sage Foundation, 1980.

LIPSKY Michael et SMITH Steven Rathgeb, « When Social Problems Are Treated as Emergencies », *Social Service Review*, 1989, vol. 63, n° 1, pp. 5-25.

MARTIN Pascal, « De l'État social à l'État humanitaire », *Savoir/Agir*, 23 avril 2018, N° 43, n° 1, pp. 89-96.

MARTIN Pascal, *Les métamorphoses de l'assurance maladie: conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres*, Rennes, PUR, 2016, 243 p.

MOREAU Pablo, « Utopia 56, genèse, positionnement et dynamiques d'engagement d'un acteur associatif », *PSSP Working Paper*, 2021, n° 3.

OBSERVATOIRE DU SAMUSOCIAL DE PARIS, *ENFAMS: Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France* [Rapport], 2013, 359 p.

PALIER Bruno, *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Presses universitaires de France, 2017, 127 p.

PALIER Bruno, *Gouverner la sécurité sociale: les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses universitaires de France, 2005, xix+502 p.

PARIZOT Isabelle, « La prise en charge des malades démunis: entre univers médical et univers humaniste », in Serge PAUGAM (dir.), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, pp. 747-763.

PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003, 308 p.

PARIZOT Isabelle, *Soigner les pauvres : rapports sociaux et identités dans les associations humanitaires et le secteur hospitalier*, Paris, Institut d'études politiques, 2000, consulté le 23 août 2021, URL : <http://theses.fr/2000IEPP0017>.

PAUGAM Serge, *La disqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*, 8e éd., Paris, Presses universitaires de France, 2009.

PAUGAM Serge, *L'exclusion: l'état des savoirs*, Paris, Éditions la Découverte, 1996, 582 p.

PAUGAM Serge et DUVOUX Nicolas, *La régulation des pauvres*, Paris, Presses universitaires de France, 2008, 113 p.

PICHON Pascale, « Accès aux soins des personnes sans-abri: des inégalités aux discriminations? », *Médecine*, septembre 2020, vol. 16, n° 7, pp. 313-316.

PICHON Pascale, « Survivre la nuit et le jour. La préservation de soi face au circuit d'assistance », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 1996, vol. 9, n° 34, pp. 164-179.

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

RETIERE Jean-Noël, « Vivre sa foi, nourrir les pauvres. Sociohistoire de l'aide alimentaire confessionnelle à Nantes des années trente à nos jours », *Genèses*, 2002, no 48, n° 3, pp. 4-29.

RETIERE Jean-Noël et LE CROM Jean-Pierre, *Une solidarité en miettes: socio-histoire de l'aide alimentaire des années 1930 à nos jours*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2018, 313 p.

REUIL Héléna et WARIN Philippe, « Non-recours », in *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, Références, 2019, vol. 5e éd., pp. 398-404, URL : <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-politiques-publiques--9782724625110-p-398.htm>.

SCHLEGEL Vianney, « Partage juridictionnel et socialisation au travail pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes sans domicile », *Sociologie du travail*, 10 septembre 2021, vol. 63, n° 3, doi:10.4000/sdt.39733.

SCHLEGEL Vianney, « Pauvres, déviants, malades. Travail d'inférence et catégorisations professionnelles dans la régulation de l'accès à l'hébergement des personnes sans-domicile », *Terrains travaux*, 18 juillet 2017, N° 30, n° 1, pp. 185-207.

SCHWEYER François-Xavier, « Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences », in Serge PAUGAM (dir.), *Repenser la solidarité*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, pp. 723-745, URL : <https://www.cairn.info/repenser-la-solidarite--9782130544272-p-723.htm>.

SCHWEYER François-Xavier et VEZINAT Nadège, « Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles :

une gouvernance multi-niveaux », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2019, vol. 1, n° 1, pp. 3-10, doi:10.3917/jges.191.0003.

SERODES Fabrice, *Aurore: une page d'histoire sociale en France (1871-2011)*, Paris, Aurore, 2011.

SIMEANT-GERMANOS Johanna, « Socialisation catholique et biens de salut dans quatre ONG humanitaires françaises », *Le Mouvement Social*, 1 mai 2009, n° 227, n° 2, pp. 101-122.

SIMMEL Georg, *Les pauvres*, Paris, Presses universitaires de France, 1998, 102 p.

SMITH Steven Rathgeb et LIPSKY Michael, *Nonprofits for hire: the Welfare State in the age of contracting*, Cambridge, Harvard University Press, 1993, xii+292 p.

SPIRE Alexis, *Accueillir ou reconduire: enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, France, Raisons d'agir, 2008, 124 p.

SWAAN Abram de, *Sous l'aile protectrice de l'État*, Paris, Presses universitaires de France, 1995, 377 p.

TILLY Charles, « Les origines du répertoire d'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 1984, vol. 4, n° 1, pp. 89-108.

URIBELARREA Gabriel, « Pallier les discriminations sans les nommer ? Le cas de l'accès aux soins hospitaliers des sans-abri », *Médecine*, 2021, vol. 17, n° 3, pp. 122-125.

URIBELARREA Gabriel, *Le souci des patients sans abri : Enquêter sur la relation de soins entre le monde médical et le monde de l'assistance*, Université de Lyon, 2020.

VEZINAT Nadège, *Vers une médecine collaborative: politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, Paris, PUF, 2019.

VEZINAT Nadège, « Dispensaires 2.0 », *La Vie des idées*, 21 juin 2017, consulté le 6 septembre 2021, URL : <https://laviedesidees.fr/Dispensaires-2-0.html>.

VEZINAT Nadège, *Sociologie des groupes professionnels*, Malakoff, Armand Colin, 2016, 125 p.

VEZINAT Nadège, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009) », *Sociologie*, 22 octobre 2010, Vol. 1, n° 3, pp. 413-420.

VIGUIER Frédéric, *La cause des pauvres en France*, Paris, Presses de Sciences Po, 2020, 362 p.

WARIN Philippe, *Le non-recours aux politiques sociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2016, 242 p.

WELLER Jean-Marc, *Fabriquer des actes d'État: une ethnographie du travail bureaucratique*, Paris, Economica, 2018, 313 p.

WELLER Jean-Marc, *L'État au guichet: sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999, 255 p.

WOLFF Valérie, *La précarité en urgence: mobilisation des hospitaliers autour des sans-abri*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2018, 317 p.

YAOUANCQ Françoise, LEBRERE Alexandre, MARPSAT Maryse, REGNIER Virginie, LEGLEYE Stéphane et QUAGLIA Martine, « L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales », *INSEE Première*, juillet 2013, n° 1455.

Les dispositifs d'hébergement et de logement adapté dans la Métropole du Grand Paris [Rapport], APUR, 2018.

Bilan. Projet régional de santé Île-de-France 2013-2017. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins [Rapport], 2018.

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins, 2013-2017 [Rapport], ARS IDF, 2013, URL : <http://www.sante-iledefrance.fr/PRS/2013-2017/ars-idf-prs-programme-praps.pdf>.

« Les PASS ambulatoires (ou PASS de proximité). Programme expérimental co-animé avec le pôle Ambulatoire de la DOS, et mené en lien avec les référents ambulatoire ou PPS des Dd ».

ANNEXES

1. Liste d'entretiens

1.1. Entretiens exploratoires

Numéro	Identité	Institution	Date	Durée
0	Isabelle Chabin-Gibert, Axelle Menu, Maryse Vallery, Chahrazed Bendiaf	ARS IDF	23/07/2020	1h
1	Isabelle Chabin-Gibert	Responsable PRAPS (ARS IDF)	30/09/2020	30 min
2	Luc Ginot	Directeur de la santé publique (ARS IDF)	10/11/2020	1h
3	Barbara Bertini	Coordinatrice PASS (ARS IDF)	23/12/2020	
4	Barbara Bertini	Coordinatrice PASS (ARS IDF)	07/01/2020	
5	Fatima Akkouche et Christèle Berthon	Responsable PRAPS Val-de-Marne et responsable prévention et promotion de la santé	16/12/2020	1h30
6	Florian Guyot	Directeur Aurore	14/12/2020	58 min
7	Magali Charbonneau	Cheffe de cabinet du Préfet IDF	06/01/2021	1h 11

1.2. Entretiens équipes PASS

Numéro	Identité	Fonction	Institution	Date	Durée
8	F	Directrice	Réseau 92 Nord (PASS ambulatoire)	27/01/2021	1h 24
9	F	Responsable médical	PASS hôpital Lariboisière (75)	02/01/2021	1h 34
10	F	Responsable service social	PASS hôpital Delafontaine (93)	08/02/2021	1h 52

11	F	Agente d'accueil	PASS hôpital Delafontaine (93)	08/02/2021	1h
12	F	Médecin	PASS hôpital Saint-Louis (75)	12/02/2021	1h 20
13	F	Assistante sociale	PASS hôpital Delafontaine (93)	15/02/2021	1h 11
14	F	Infirmière	PASS hôpital Saint-Louis (75)	17/02/2021	1h 31
15	F	Cadre paramédical	PASS hôpital Lariboisière (75)	19/02/2021	1h 20
16	F	Assistante sociale	PASS hôpital Saint-Louis (75)	19/02/2021	1h 12
17	F	Infirmière	PASS hôpital Saint-Louis (75)	19/02/2021	1h 10
18	F	Médecin	PASS hôpital Delafontaine (93)	05/03/2021	1h 13
19	F	Responsable médical	PASS hôpital Hôtel-Dieu (75)	16/03/2021	1h 03
20	F	Assistante sociale	PASS hôpital Lariboisière (75)	18/03/2021	1h 10
21	H	Aide-soignant	PASS hôpital Lariboisière (75)	18/03/2021	41 min
22	F	Service civique	PASS hôpital Lariboisière (75)	18/03/2021	1h 05
23	F	Coordinatrice sociale	Réseau 92 Nord (PASS ambulatoire)	20/04/2021	2h 11
24	H	Assistant social	PASS hôpital Hôtel-Dieu (75)	30/04/2021	3h 10
25	H	Responsable médical	PASS hôpital CHIMM (78)	27/05/2021	27 min
26	F	Secrétaire	PASS hôpital Pontoise (95)	02/06/2021	58 min

27	H	Responsable médical	PASS hôpital Pontoise (95)	02/06/2021	1h 22
28	H	Directeur	Réseau Ville Hôpital 77 Sud (PASS ambulatoire)	03/06/2021	1h 25
29	F	Cadre socio-éducative	PASS hôpital CHIMM (78)	04/06/2021	57 min
30	F	Cadre santé	PASS hôpital CHIMM (78)	04/06/2021	1h 09
31	F	Secrétaire	PASS hôpital CHIMM (78)	04/06/2021	40 min
32	F	Infirmière	PASS hôpital CHIMM (78)	04/06/2021	1h 02
33	F	Médecin	PASS hôpital CHIMM (78)	04/06/2021	1h 15
34	H	Médecin	PASS hôpital Ville-Evrard (93)	09/06/2021	1h 05
35	H	Dentiste	PASS hôpital Ville-Evrard (93)	09/06/2021	1h 02
36	F	Directrice GH	PASS hospitalières du 78 (Poissy, Mantes et CHIMM)	11/06/2021	46 min
37	F	Assistante sociale	PASS hôpital CHIMM (78)	14/06/2021	58 min
38	F	Infirmière	PASS hôpital CHIMM (78) et PASS mobile	14/06/2021	1h 14
39	F	Infirmière	PASS hôpital CHIMM (78)	14/06/2022	47 min
40	F	Agente d'accueil	PASS hôpital Pontoise (95)	16/06/2021	1h 36
41	F	Infirmière	PASS hôpital Pontoise (95)	16/06/2021	1h 18
42	H	Assistant social	PASS hôpital Ville-Evrard (93)	17/06/2021	1h 31
43	F	Assistante sociale	PASS hôpital Ville-Evrard (93)	17/06/2021	1h 08

44	F	Infirmière	PASS hôpital Ville-Evrard (93)	18/06/2021	1h 05
45	F	Ancienne coordinatrice PASS	PASS hôpital Ville-Evrard (93)	18/06/2021	1h 35
46	H	Médecin	PASS hospitalières du 78 (Poissy, Mantes et CHIMM)	21/06/2021	1h 18
47	H	Responsable médical	PASS hôpital CHIMM (78)	21/06/2021	1H 38
48	H	Assistant social	Réseau Ville Hôpital 77 Sud (PASS ambulatoire)	24/06/2021	1h 19
49	F	Infirmière	Réseau Ville Hôpital 77 Sud (PASS ambulatoire)	24/06/2021	59 min
50	F	Assistante sociale	PASS hôpital Pontoise (95)	25/06/2021	1h 09
51	F	Coordinatrice sociale	CMS Montreuil – 93 (PASS ambulatoire)	28/06/2021	59 min
52	F	Infirmière	PASS hôpital Poissy (78)	29/06/2021	1h 28

2. Liste d'observations

Date	Lieu	Action observée
01/02/2021	PASS hôpital Lariboisière (75)	Organisation des locaux, discussions informelles avec professionnels à la suite d'un entretien
08/02/2021	PASS hôpital Delafontaine (93)	Accueil, interactions entre patients et agentes d'accueil
09/02/2021	PASS hôpital Hôtel-Dieu (75)	Accueil, interactions entre patients et aide-soignante à l'accueil

10/02/2021	PASS hôpital Saint-Louis (75)	Accueil des infirmières et interactions avec les patients
12/02/2021	PASS hôpital Saint-Louis (75)	Accueil des infirmières et interactions avec les patients
15/02/2021	PASS hôpital Delafontaine (93)	Locaux
17/02/2021	PASS hôpital Saint-Louis (75)	Discussions informelles après l'entretien
19/02/2021	PASS hôpital Lariboisière (75)	Suivi de patients en consultation, en entretien social et dans l'hôpital
16/03/2021	PASS hôpital Hôtel-Dieu (75)	Locaux
18/03/2021	PASS hôpital Lariboisière (75)	Suivi de patients en consultation, en entretien social et dans l'hôpital
20/04/2021	Réseau 92 Nord (PASS ambulatoire)	Locaux et discussions informelles après entretien
14/06/2021	PASS hôpital CHIMM (78)	Staff et discussions informelles
29/07/2021	Réseau Ville Hôpital 77 Sud (PASS ambulatoire)	Interactions à l'accueil des patients et discussions informelles

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
RÉSUMÉ	5
REMERCIEMENTS	7
INTRODUCTION	9
1. L'accès aux soins comme enjeu d'action publique	9
2. Explorer les PASS : cumul des connaissances, questionnements et enquête.....	11
2.1. Quels publics cibles du PRAPS et des PASS ?.....	13
2.2. Quels enjeux institutionnels et professionnels des PASS ?.....	15
2.3. Méthodologie de l'enquête de terrain.....	16
3. L'architecture du rapport.....	18
CHAPITRE 1. Comprendre le PRAPS en Île-de-France : contexte, genèse et gestion institutionnelle d'un ciblage implicite sur la « grande pauvreté »	21
Introduction du Chapitre 1	21
1. Le PRAPS dans les évolutions de la protection sociale	22
1.1. L'étatisation de la protection maladie de base.....	22
1.2. L'émergence de la lutte contre l'exclusion	23
2. Genèse et particularités du PRAPS en Île-de-France.....	25
2.1. De fortes concentrations de pauvreté en territoire francilien	25
2.2. Un ciblage implicite sur la « grande pauvreté ».....	28
2.3. La construction <i>bottom-up</i> du PRAPS en Île-de-France	33
3. L'enjeu pour l'ARS IDF de la gouvernance du PRAPS	36
3.1. Du PRS n°1 au n°2 : clarifier les objectifs.....	37
3.2. Du soutien au pilotage en temps de crises	39
3.3. Le pilotage de l'hébergement en centres COVID-19.....	41
Conclusion du Chapitre 1	45
CHAPITRE 2. Un dispositif entre sanitaire et social. À propos de l'émergence et des transformations des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)	47
Introduction du Chapitre 2.....	47
1. Saisir l'émergence et la particularité des PASS.....	48
1.1. Des logiques humanitaires dans le système de santé français	48
1.2. « L'univers symbolique médical » face à « l'exclusion ».....	52
2. Développement des PASS et encadrement par l'ARS	56
2.1. La multiplication et l'organisation des PASS hospitalières	57
2.2. L'expérimentation et la modélisation des PASS ambulatoires	63
3. La question migratoire comme enjeu pour les PASS.....	68
3.1. Un enjeu qui traverse l'ensemble des dispositifs d'action sanitaire et sociale.....	68
3.2. S'adapter aux patients non-francophones.....	74
3.2.1. Interprétariat institutionnel.....	76
3.2.2. Poste dédié de médiation/interprétariat	79
3.2.3. Des traductions informelles	80
Conclusion du Chapitre 2.....	83
CHAPITRE 3. Les PASS d'Île-de-France enquêtées. Une présentation idéal-typique	87
Introduction du Chapitre 3.....	87
1. Les PASS hospitalières dédiées	90

1.1.	La PASS de l'Hôpital Saint-Louis (75).....	91
1.2.	La PASS de l'Hôpital de Pontoise (95).....	94
1.3.	La PASS du CHIMM (78).....	96
1.4.	La PASS « psy » de Ville-Evrard (93).....	100
2.	Les PASS hospitalières tant dédiées que transversales.....	102
2.1.	La PASS de Lariboisière (75).....	103
2.2.	La PASS de Delafontaine (93).....	105
2.3.	La PASS de l'Hôtel-Dieu (75).....	107
3.	Les PASS ambulatoires insérées.....	109
3.1.	La PASS du Réseau de santé Ville Hôpital – Sud (77).....	109
3.2.	Les PASS des CMS de La Courneuve (93), de Montreuil (93) et de Malakoff (92).....	112
4.	Des PASS hospitalières et ambulatoires hors les murs.....	113
4.1.	Une PASS ambulatoire uniquement coordinatrice : réseau 92 Nord (92).....	114
4.2.	Une PASS mobile : le projet de l'équipe mobile du GHT Yvelines Nord.....	116
	Conclusion du Chapitre 3.....	119

CHAPITRE 4. Les organisations des PASS. Rapport aux institutions de rattachement et aux acteurs des territoires.....121

	Introduction du Chapitre 4.....	121
1.	L'environnement organisationnel (1).....	122
	D'une zone à part à l'hôpital au retournement du stigmate.....	122
1.1.	Une zone « à part ».....	122
1.2.	Une connaissance variable du dispositif à l'hôpital.....	126
1.3.	Stigmatisation et retournement du stigmate.....	128
1.4.	Donner un sens au lieu « à part ».....	130
2.	L'environnement organisationnel (2).....	132
	Bénéficiaire d'une intégration à des institutions plus larges.....	132
2.1.	Une intégration harmonieuse.....	133
2.2.	Des tensions dans l'intégration.....	137
2.3.	Des moyens insuffisants.....	140
2.4.	L'ARS, une ressource ou un frein ?.....	142
3.	L'environnement territorial et partenarial.....	148
3.1.	Quelle continuité avec la médecine de ville ?.....	148
3.2.	L'assurance maladie (CPAM) : comment ouvrir les droits sociaux ?.....	153
3.3.	Quels liens avec les associations ?.....	160
	Conclusion du Chapitre 4.....	166

CHAPITRE 5. En première ligne face à l'exclusion. Saisir les enjeux des groupes professionnels des PASS.....169

	Introduction du Chapitre 5.....	169
1.	Ce qui mène au travail dans une PASS.....	170
1.1.	Des trajectoires médicales.....	171
1.1.1.	Prolongement d'un engagement.....	171
1.1.2.	Une porte d'entrée à l'hôpital.....	173
1.2.	Des trajectoires paramédicales.....	174
1.2.1.	Parcours descendants.....	174
1.2.2.	...mais donnant de nouvelles compétences.....	177
1.3.	Des trajectoires dans le travail social.....	178
1.3.1.	Expériences médicales préalables.....	178
1.3.2.	Entrer, rester un temps, partir.....	180
1.4.	Des trajectoires dans l'accueil.....	181
1.4.1.	Reclassements au sein de l'institution.....	181

1.4.2.	S'approcher d'un métier souhaité.....	182
2.	Effets du croisement entre sanitaire et social.....	184
2.1.	Le développement de l'écoute des soignants.....	185
2.1.1.	Perte de la technique, gain du relationnel.....	186
2.1.2.	Écouter pour affiner le raisonnement médical.....	192
2.2.	Accueillir et orienter au sein de l'institution médicale.....	196
2.2.1.	Un partage de connaissances santé-social.....	196
2.2.2.	Recevoir, traduire, accompagner.....	199
3.	Les missions des PASS mises en œuvre.....	202
3.1.	Déterminer l'admission d'un patient dans la PASS.....	202
3.2.	Traitement au cas par cas et dilemmes moraux.....	206
	Conclusion du Chapitre 5.....	208
	CONCLUSION.....	211
	BIBLIOGRAPHIE.....	215
	ANNEXES.....	223
1.	Liste d'entretiens.....	223
1.1.	Entretiens exploratoires.....	223
1.2.	Entretiens équipes PASS.....	223
2.	Liste d'observations.....	226
	TABLE DES MATIÈRES.....	229

SciencesPo

CHAIRE SANTÉ

28, rue des Saints-Pères
75007 Paris