Université Paris 13 Nord
École des Hautes Études en Sciences Sociales

MASTER 2 SPPS
Santé, Populations et Politiques Sociales

LE SOCIAL À L'HOPITAL

L'ACCÈS AUX SOINS DES POPULATIONS EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIALE

Mémoire présenté par : Jérémy Geeraert
Réalisé sous la direction de : Marie Jaisson
Rapporteur : Carine Vassy

Année universitaire 2010 – 2011

Table des matières

INTRODUCTION p. 4

Les permanences d'accès aux soins p. 5

Le social à l'hôpital p. 6

CHAPITRE I – PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ENQUÊTE p. 8

A) La construction d'un objet d'étude p. 8

1) La fonction sociale de l'hôpital, une histoire longue p. 8

2) Éléments théoriques et construction du problème p. 12

B) Présentation de l'enquête p. 14

1) Le lieu de l'enquête p. 14

2) Les rapports avec les enquêtés p. 16

3) Méthode p. 18

C) L'histoire de la PASS-Villermé p. 23

1) Les débuts du centre Villermé (1996 – 1999) p. 24

2) 1999 – 2007 : le délitement de la structure p. 28

3) Depuis 2007 : la reprise des activités p. 29

CHAPITRE II – LA PASS DANS SON TERRITOIRE p. 30

A) Morphologie sociale de la Seine-Saint-Denis p. 31

1) Un département pauvre p. 31

2) Prévalence des couvertures sociales assistancielles en Seine-Saint-Denis p. 33

3) Morphologie de l'offre de santé p. 34

B) La construction d'un monde social de la médecine de la précarité p. 38

1) Les inégalités sociales de santé p. 38

2) Le monde social p. 39

3) Les débuts du monde social de la précarité p. 43

C) Les PASS de Seine-Saint-Denis p. 47
1) Les différents fonctionnements p. 47
2) Les différences structurelles entre les PASS p. 51

D) La PASS dans son territoire p. 57
1) La division du travail p. 57
2) Le fonctionnement en réseau p. 59
Conclusion p. 63

CHAPITRE III - LA PASS DANS L'HÔPITAL p. 64

A) L'influence du rôle des acteurs sur les fonctions d'une institution p. 65
1) La duplicité du rôle p. 66
2) Les différentes formes de personnalisation p. 71
3) Le poids de l'individualité p. 73
4) L'assignation d'identités p. 76

B) La négociation de l'ordre interne p. 81
1) Les conflits avec la direction p. 83
2) Les conflits entre la PASS et les autres services de l'hôpital p. 87
3) Les conflits internes p. 88
4) Les conflits avec les patients p. 92
Conclusion p. 95

CONCLUSION GÉNÉRALE p. 96

BIBLIOGRAPHIE p. 99

ANNEXES p. 104

Introduction

Qu'il s'agisse de l'école (Thin, 2005), des caisses d'allocation familiale (Siblot, 2006) ou de l'hôpital (Peneff, 2000), les services publics sont aujourd'hui encore plus particulièrement confrontés à la question sociale. Depuis quelques années, les établissements publics de santé en France doivent faire face à l'augmentation de la pauvreté et aux difficultés croissantes d'accès aux soins de certaines catégories de la population dans un contexte socio-économique d'austérité et de désengagement de l'État.

Malgré un système de soins qui tend à protéger tous les individus sans distinction, les inégalités de santé en France sont un fait social que l'on ne peut éluder lorsque l'on s'intéresse à la question de l'accès aux soins des classes populaires. Plus on se tourne vers les franges de la société les moins favorisées et plus les inégalités deviennent visibles. Cette réalité est dénoncée depuis une vingtaine d'années par les acteurs socio-médicaux en contact avec ces patients « mal soignés ».

C'est tout d'abord l'accès aux soins et aux médicaments qui pose problème chez ceux qui n'ont pas d'assurance maladie ou qui connaissent des refus de soins ou des délais administratifs. Les dispositifs où l'on peut se procurer des médicaments se limitent aux hôpitaux qui, grâce aux financements des soins dits « urgents et vitaux », peuvent fournir des traitements, même onéreux, gratuitement. Mais encore faut-il être orienté vers le bon hôpital qui ne compliquera pas l'accès aux soins parce que le patient n'est pas couvert socialement. L'accès aux médicaments sera presque toujours possible mais pour y arriver il faudra trouver les bonnes informations, se confronter à des administrations hospitalières souvent méfiantes et procédurières, surmonter la défiance des personnels, etc.

Se voir dispenser d'autres soins, qui ne sont pas considérés comme « urgents et/ou vitaux » est encore plus complexe. Il faut alors recourir aux centres de soins gratuits du type de ceux de Médecins du Monde ou dispensaires, ou encore se rendre dans les hôpitaux qui ont une permanence d'accès aux soins.

Les difficultés d'accès aux soins ne concernent pas seulement les individus sans couverture sociale. Les assurés sociaux détenteurs d'une CMU (Couverture maladie universelle) ou d'une AME (Aide médicale d'État), parce qu'ils ne payent pas de tiers-payant et parce que l'offre de médecins de secteur 1

se raréfie, sont également confrontés à des refus de soins[1] et doivent multiplier les tentatives pour trouver un médecin traitant.

Toutes ces démarches compliquent l'accès aux soins d'individus qui sont déjà vulnérables à la complexité, de par la distance qui sépare leurs habitus social et culturel de ceux des institutions médico-sociales. On pense notamment aux patients qui ne parlent pas le français et/ou qui n'ont pas les mêmes références culturelles pour parler du corps, de la maladie ou de la souffrance[2].

Le droit à la protection de la santé[3] a néanmoins conduit à la proposition de réponses institutionnelles, sociales et médicales à ces problèmes. Les pouvoirs publics ont notamment tenté de pallier en partie le problème en 1998 lorsqu'ils ont voté la loi relative à la lutte contre les exclusions et créé les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les établissements de santé (publics et privés).

Les permanences d'accès aux soins

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont issues de la loi de 1998. Il est mentionné à l'article 71 que « les établissements publics de santé [...] mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter l'accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. »
La circulaire du 17 décembre 1998 précise « qu'il s'agit de permanences hospitalières médico- sociales dont l'objectif est le repérage, la prise en charge médicale et sociale, la facilitation de l'accès effectif aux soins, et à l'intégration dans un réseau sanitaire et social d'amont et d'aval des personnes en difficulté ».
« L'importance de la population démunie détermine la taille des PASS qui comprennent soit des travailleurs sociaux qui leur sont affectés, soit des professionnels du service social de l'hôpital qui assurent à tour de rôle une permanence ».

On peut d'ores et déjà dégager cinq objectifs reliés à la mise en place de ces permanences :

1. Repérer et identifier les personnes en situation de précarité.
2. Recouvrer un accès aux droits sociaux en matière de soins de santé.
3. Offrir soins et médicaments aux personnes sans couverture sociale.

---

[1] À ce propos voir le rapport de l'observatoire de l'accès aux soins de Médecin du Monde de 2009 qui montre que 25 % des médecins et dentistes de Paris refusent de recevoir les bénéficiaires de la CMU et qu'un testing réalisé en 2006 auprès de 725 médecins généralistes révélait 40 % de refus de soins pour les détenteurs de l'AME et 10 % pour les détenteurs de l'AME.
[2] À propos des différences culturelles de la perception du corps et de la maladie cf. David Le Breton (2005).
[3] Le préambule de la Constitution de 1946, repris dans le préambule de la Constitution de 1958 assure « à tous, notamment à l'enfant, à la mère, au vieux travailleur la protection de la santé », ce droit est également assuré dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme : « Toute personne a droit au niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille » (article 25).

4. Développer un réseau médico-social avec les acteurs de terrain sur le territoire dont dépend l'hôpital.
5. Former et informer les personnels hospitaliers aux problèmes de la précarité.

Cependant, cette définition officielle des missions de la PASS laisse une liberté d'interprétation assez large. L'organisation de la PASS prend différentes formes d'un hôpital à l'autre et les missions qui lui sont confiées s'en trouvent également modifiées. Les cinq objectifs présentés ici, qui émanent des textes officiels[4], constituent une base qui définit les fonctions des PASS. Chacune d'entre elle fait sa propre lecture, adopte certains points, en écarte d'autres ou se fixe d'autres objectifs.

Le social à l'hôpital

La (ré)ouverture de l'hôpital, depuis deux décennies, à la gestion médico-sociale des publics en situation de grande précarité sociale et économique a entraîné des changements des missions et du rôle social de l'hôpital. Cette institution publique, qui a pendant longtemps eu pour rôle d'accueillir les déshérités, s'en est lentement écartée depuis la seconde moitié du XXe siècle. L'orientation de plus en plus technique et spécialisée a eu pour effet de réduire la fonction de lieu d'accueil et de prise en charge des plus démunis.

L'objectif de ce mémoire sera de comprendre comment l'hôpital public traite la question sociale à travers le dispositif de la PASS. Il s'agira de déterminer comment les fonctions du dispositif se construisent à la fois dans et par l'hôpital.

L'hypothèse principale est que la prise en charge par l'hôpital des patients en situation de grande précarité sociale et économique demande une démarche de soin globale qui prenne en compte les déterminants sociaux, psychologiques et médicaux qui agissent sur la santé, et cela en amont et aval. Cette démarche de soin s'oppose cependant à celle qui a été développée par l'hôpital ces soixante dernières années. C'est le principal problème auquel la PASS va se retrouver confrontée, elle va donc chercher des solutions pour le résoudre en imposant sa conception du soin et en décloisonnant le soin hospitalier dans une logique de travail en réseau avec les acteurs de terrain de la ville.

Pour vérifier cette hypothèse, le mémoire s'articulera autour de deux grands axes. Le premier axe s'intéressera à la dimension territoriale et temporelle de la PASS, en prenant comme base le département. Il s'agira de montrer comment la PASS s'intègre dans son territoire. C'est tout d'abord la morphologie sociale de son territoire qui est structurante dans la définition des missions et des fonctions

[4] Voir les indications officielles en annexe.

de l'institution. On verra ensuite que la PASS s'intègre dans un monde social de la médecine de la précarité. L'analyse de ce monde social permettra de montrer que la PASS tire aussi sa conception du soin, ses fonctions et ses modes de fonctionnement d'une histoire collective qui s'inscrit dans le temps. À travers l'analyse des autres PASS des hôpitaux de la Seine-Saint-Denis, il sera souligné que les différences structurelles de fonctionnement entre les dispositifs du département sont le résultat de choix initiaux faits par les directeurs d'hôpital qui ne sont pas sans implications dans la conception du soin. Enfin, l'inscription des différentes structures PASS dans un territoire est également structurante dans leur fonctionnement, la division du travail et le fonctionnement en réseau agissent sur le degré de fonctionnalité des structures.

Le deuxième axe abordera le fonctionnement d'une PASS en particulier dans son hôpital. En partant du postulat que pour comprendre les fonctions et l'activité d'une institution, il faut comprendre les rôles des acteurs qui la font vivre, l'analyse se concentrera sur les acteurs et leur rôle. L'étude de la duplicité du rôle et des différentes formes de personnalisation dans les situations d'interaction avec les patients, amènera à considérer le poids de l'individualité dans la définition des fonctions de l'institution. D'autre part, nous verrons comment la construction de la conception du soin s'élabore aussi dans les situations de conflits, les conflits entre la direction et les acteurs de la PASS, mais aussi ceux entre la PASS et les autres services de l'hôpital et les conflits à l'intérieur de la PASS, entre les différents acteurs et entre les acteurs et les patients.

Chapitre I

Présentation générale de l'enquête

A) La construction d'un objet d'étude

1) La fonction sociale de l'hôpital, une histoire longue

La prise en charge socio-médicale des franges les plus pauvres de la population par l'hôpital public est à la fois un fait ancien et un problème nouveau[5]. Elle remonte à la création des hôpitaux en France ; ces structures avaient pour vocation de recueillir et secourir les « indigents »[6] qui ne trouvaient pas les moyens de subsistance dans leur communauté. Cette « traduction institutionnelle du principe de charité » (Imbault-Huart, 1998, p.76) inscrit l'hôpital au centre des principes régissant l'assistance dans la société médiévale. Jusqu'au XIXe siècle l'hôpital ne s'adressera qu'aux pauvres, invalides et malades accueillis davantage en raison de leur faiblesse sociale que de leurs pathologies, même si pauvreté et maladie sont étroitement liées (Saunier, 1993). L'hôpital n'acquiert une fonction médicale qu'au début du XIXe siècle avec la naissance de l'anatomo-clinique, il devient un endroit fréquenté par les médecins qui y exercent beaucoup d'autopsie, sans vraiment d'égard pour les malades (Foucault, 1963).

À partir de la deuxième moitié du XIXe siècle l'hôpital s'ouvre à une clientèle qui n'est plus composée seulement d'indigents, les militaires notamment vont s'y faire soigner, puis les accidentés du travail (loi de 1898).

Parallèlement, l'hôpital continue d'avoir sa fonction de prise en charge des pauvres ; en 1849 est créée l' « Assistance publique à Paris » qui remplace les « Hospices civils ». En 1856 apparaissent les premières consultations hospitalières gratuites pour les nécessiteux de Paris (Parizot, 2003). C'est à ce moment qu'on voit se profiler le dilemme qui ne quittera plus l'hôpital public : « sous couvert de vertueux principes administratifs, économiques ou moraux, gouvernement et société se refusèrent à ce choix, acceptant ainsi tacitement la création d'un bicéphalisme ingérable, avec, d'un côté, un hôpital

[5] L'hôpital a fait l'objet de très nombreux travaux d'historiens. Aussi, dans cette partie, il ne s'agit de fournir que quelques éléments structurants pour notre objet.
[6] Terme usuel jusqu'à la fin du XIXe siècle pour qualifier les « pauvres ».

voué à la médecine et à ses progrès et, de l'autre, un hôpital voué à accueillir toutes les misères et toutes les déchéances. Entre médecins et administrateurs se creuse un fossé infranchissable, fait d'incompréhension et d'indifférence mutuelles, deux mondes clos qui s'ignorent ou s'opposent, au nom de leur autonomie réciproque et de leurs intérêts opposés » (Imbault-Huart, 1998, p. 63).

Le XIXe siècle et le début du XXe siècle vont, peu à peu, connaître une spécialisation médicale qui relègue les malades pauvres et les maladies stigmatisées dans des établissements spécifiques : hôpital des vénériens, hôpital des galeux, hôpital des femmes en couche, etc. Mais l'hôpital continue de soigner les pauvres. Avec le courant hygiéniste, les représentations de la maladie changent, il faut d'une part soigner les pauvres dont la mauvaise santé est une menace pour les riches, mais, d'autre part, « en prenant son sens par rapport au travail, la maladie est devenue l'incapacité au travail et la santé une condition de la production. Dans un tel contexte, il importait donc de trouver les moyens de conserver et de restaurer la santé quand elle était menacée. C'est l'enjeu que constitue, à partir de la IIIe République, le développement des lois sociales » (Herzlich et Pierret, 1991, p. 79).

La loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics ouvre l'accès à l'hôpital aux malades payants. Cette loi est complétée par le décret d'application du 17 avril 1943. Cette évolution est la conséquence de la montée en puissance d'une pratique médicale de plus en plus spécialisée et qui s'est substituée à une médecine clinicienne généraliste et omnisciente, elle modifie profondément la conception du soin à l'hôpital.

De plus, depuis la Première Guerre mondiale, il y a une amélioration considérable du matériel et des techniques médicales qui s'accompagne bien souvent d'importants coûts. Il en va ainsi du développement de la radiologie ou de la radiothérapie, pour ne donner que quelques exemples. À partir des années 1920, on observe une situation paradoxale. Les malades payants n'ont pas accès aux dernières innovations médicales, les médecins de ville et les cliniques privées ne disposant pas des moyens financiers suffisants pour se les procurer. Alors que dans le même temps, les établissements publics, réservés aux pauvres et soutenus par l'État pour la lutte contre le cancer, la tuberculose ou la syphilis par exemple, s'équipaient avec les dernières machines, instruments et produits[7]. Cette ouverture de l'hôpital public à toutes les classes de la société civile s'accompagne d'une transformation des recettes. Celles-ci en effet changent de nature en devenant de plus en plus liées à son activité de soins grâce à la généralisation et à l'extension du prix de journée, qui vont progressivement prendre le pas sur les autres recettes (legs, dons, subventions publiques, gestion du patrimoine). Au cours des années 1950 et 1960, les salles communes vont disparaître au profit de chambres au nombre de lits

[7] Sur le cas de la lutte contre le cancer, voir Patrice Pinell (1992)

réduit (pouvant ne comporter qu'un lit, mais le plus souvent de deux à quatre). La mission de l'hôpital passe ainsi d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance aux malades[8].

Isabelle Parizot souligne qu'au sortir de la Seconde Guerre mondiale, « les modalités de la prise en charge hospitalière sont transformées en profondeur sous l'effet conjugué d'une mutation de la société française, d'un élargissement des systèmes de protection sociale et d'une évolution sans précédent des techniques médicales » (Parizot, 2003, p. 46). La création de la sécurité sociale garantit un « droit à la maladie » et un « droit au soin » qui s'installent progressivement, puisqu'en 1980 on compte 99,6 % de la population française affiliée à la Sécurité sociale. L'hôpital devient alors l'ultime référence en matière de santé, toutes les catégories de la population s'y retrouvent pour se faire soigner, c'est en effet le seul lieu qui dispose des technologies modernes.

La réforme de 1958 de Robert Debré affirmera ce nouveau visage de l'hôpital en créant le temps plein hospitalier et le CHU (Centre hospitalo-universitaire) (Haroun, 1969). L'hôpital universitaire attire les plus grands médecins et concentre les moyens techniques, il assure une triple fonction : le soin, l'enseignement et la recherche. Cela renforce le fait que « la mission d'assistance sociale s'en trouve parallèlement écartée » (Parizot, 2003, p. 47).

La loi hospitalière de 1970 qui établit l'hôpital en « établissement public de santé », même si elle affirme à tous un accès égal aux soins, limite la mission au domaine médical ; le social doit être pris en charge ailleurs afin que l'hôpital puisse se consacrer à la pathologie médicale. Mais cela ne fait qu'institutionnaliser une tendance qui dure depuis plus d'un siècle[9].

L'hôpital se concentre alors sur les pathologies aillant un intérêt scientifique, les maladies ordinaires sont reléguées à la médecine de ville. Cela pose un problème pour les plus démunis pour qui l'hôpital reste le seul accès aux soins. Du reste, « avec toutes les ambivalences de l'idéologie d'assistance, le médecin généraliste assume à l'hôpital la mission traditionnelle de service de l'institution. Mais cette reprise en compte des objectifs hospitaliers les plus anciens, parce qu'elle paraît s'opérer au détriment d'une vocation plus moderne, autre que celle de l'asile, en vient à être dévalorisée par l'hôpital lui-même comme par le corps médical » (Herzlich, 1973, p. 46).

C. Vassy et F. Renard (1992) ont analysé comment, aussi bien dans un CHU que dans un Centre Hospitalier Général, la volonté de développer l'activité s'est traduite par une spécialisation accrue des services. Que cette spécialisation réponde au souci d'un chef de service d'accroître sa renommée ou à la volonté d'un service d'augmenter sa clientèle en recrutant des malades parmi le public des cliniques

[8] Éric Molinié (2005).
[9] Jacques Hassin (1996) écrit que les débuts de la séparation de la mission sociale d'accueil des plus pauvres et l'objectif sanitaire remontent à 1851 dans une loi relative à l'organisation des secours hospitaliers qui distingue les hôpitaux et les hospices comme deux types d'établissement différents.

privées, elle se traduit par des réticences à accepter les patients admis aux urgences, et à la mise à l'écart des personnes relevant de la gériatrie.

Les années 1980 connaissant un retour de la pauvreté, les problèmes d'accès aux soins parmi les populations les plus pauvres sont de plus en plus importants et visibles. L'hôpital est critiqué parce qu'il refuse des patients pauvres, son organisation n'est pas adaptée à les recevoir. L'augmentation du recours aux urgences des patients sans sécurité sociale souligne les problèmes rencontrés par l'hôpital dans leur prise en charge. Ce service n'a pas vocation à garder les malades, mais il doit faire face à d'importantes difficultés pour faire admettre en hospitalisation les malades marginaux sans sécurité sociale et qui ne présentent pas de pathologies graves. Cette situation fait émerger des tensions entre la compétence pour traiter les urgences vitales médicales et la fonction d'accueil du « tout-venant » (Bessin, 1995 et Dodier et Camus, 1997).

La circulaire de 1993 et la loi d'orientation de 1998 relative à la lutte contre les discriminations (re)définissent l'hôpital comme l'un des acteurs principaux pour l'accès et l'exercice du droit aux soins des malades démunis. Cela se fait en parallèle d'une généralisation du droit à une couverture maladie avec la CMU (Couverture Maladie Universelle instaurée en 2000) et l'AME (Aide Médicale d'État, instaurée en 1999)[10].

La multiplication des textes de loi et réglementaires montre cependant les difficultés que rencontre l'hôpital pour accomplir cette mission qui est mise à mal, à la fois par un contexte de réduction des budgets, et par une tendance à la spécialisation des soins qui n'est pas compatible avec l'action de soin envers ces publics démunis.

Ce bref rappel historique qui ne peut être que partiel, montre toutefois que la question de la prise en charge des populations les plus pauvres a, depuis le début, fait partie de l'histoire de l'hôpital public en France. Elle prend aujourd'hui d'autres formes et répond à d'autres problématiques : loin des préoccupations hygiénistes du XIXe et du début du XXe siècle, la prise en charge médico-sociale des patients les plus démunis s'appuie en ce début de XXIe siècle sur des logiques de justice sociale et de garanties d'un droit à la santé pour tous. Ces dernières se confrontent aux évolutions récentes du système de santé français qui tend à promouvoir des logiques inverses et incompatibles à cette prise en charge.

[10] L'AME est une couverture maladie gratuite ouverte aux étrangers en situation irrégulière. Son fonctionnement est expliqué dans le chapitre II, A) - 2).

2) Éléments théoriques et construction du problème

L'enquête présentée ici s'attachera à analyser le fonctionnement de l'institution des PASS et les enjeux qu'elle comporte pour l'hôpital public. Pour cela, des outils d'analyse théorique sociologique seront mobilisés. Il est capital de rendre cet aspect aussi transparent que possible dans la mesure où la sociologie, comme les autres sciences sociales, ne permet pas d'établir des vérités universelles mais, bien au contraire, propose des interprétations d'une réalité complexe qui sont marquées par des courants théoriques. La sociologie des connaissances a permis de souligner la relativité de la production des sciences sociales en cela qu'elle se fait dans un contexte scientifique qui n'est pas neutre (Berger et Luckmann, 1966).

Cette enquête propose une analyse d'une institution qui ne s'inscrit pas vraiment dans le courant de la sociologie des organisations classique. Elle s'inspire grandement de la tradition sociologique holiste française de E. Durkheim, P. Bourdieu et M. Halbwachs dans le sens où la construction du monde social de la médecine de la précarité est comprise comme le fruit d'une histoire collective et sociétale. Ce monde social ne peut se réduire aux individus qui le constitue, bien au contraire, il les dépasse et s'incarne théoriquement en une entité (monde social) qui s'autonomise par rapport aux individus. Cette étude s'est également inspirée des théories américaines interactionnistes de l'école de Chicago.

En effet, la notion de monde social, empruntée à A. Strauss et à l'école de Chicago, permet de faire un lien entre une analyse macrosociologique et une analyse microsociologique (Strauss, 1978). Elle se place justement entre les deux à un niveau « meso », elle étudie les interactions entre les individus en y intégrant un contexte structurel à l'intérieur duquel ils agissent. Ainsi, à travers l'analyse des interactions et des situations de négociation entre les individus, on peut mettre en valeur les processus et les mécanismes du fonctionnement du monde social.

Le concept de morphologie sociale de M. Halbwachs apporte à ces outils d'analyse une dimension à la fois temporelle et spatiale essentielle pour analyser ce type de structure. La mémoire collective de ce monde social, véhiculée par les individus qui la composent, est tout à fait structurante dans les formes qu'il va adopter et dans les idées qui y sont défendues (Halbwachs, 1925 et 1950).

Le recours concept de champ social de P. Bourdieu est un outil très utile dans l'analyse des conflits et de la stratification sociale. Ce concept est relativement proche de celui de monde social, dans le sens où il désigne la même entité immatérielle sociale (ici celle de la médecine de la précarité), mais il offre un outil très efficace pour étudier les conflits et les luttes internes de pouvoir qui sont précieux pour la compréhension de l'ordre interne et de la structure que nous étudions (Bourdieu, 1979).

Enfin, les notions de rôle social et d'identité seront abordées grâce aux analyses d'E. Goffman et T. Parsons. Elles permettront de se pencher sur la construction des règles dans l'institution par les acteurs en fonction des rôles sociaux qu'ils adoptent et de leurs différentes identités (Goffman, 1963 et 1988 ; Parsons, 1951).

`

B) Présentation de l'enquête

1) Le lieu d'enquête

L'enquête de terrain s'est déroulée au sein du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Avicenne à Bobigny (Seine-Saint-Denis). Plus précisément, la plupart des observations ont eu lieu au sein de la policlinique dans le centre Villermé.

Le CHU d'Avicenne est en train d'opérer un regroupement avec deux autres CHU du département pour former le groupe « Hôpitaux Universitaires Paris-Seine-Saint-Denis » (HUPSSD). À lui seul, cet hôpital possède 517 lits, 67 places en hôpital de jour et un budget annuel de 176 millions d'euros. Il fait travailler quelque 450 médecins et internes et 1649 personnels (dont 473 infirmiers). En 2010, les urgences ont eu 36 309 passages, l'hôpital a accueilli 22 743 personnes pour des séjours en hôpital de jour, 16 355 en séjours d'hospitalisation et 154 340 pour des consultations. Les patients viennent, pour 95 % d'entre eux, de la région parisienne.

La policlinique occupe une petite partie de l'aile est du bâtiment principal. Elle est constituée d'une vaste salle tout en longueur où se succèdent des portes le long des quatre murs. Au centre, collé au mur du fond, un grand guichet sépare la salle en deux espaces, c'est à cet endroit que les patients sont accueillis. Sur la gauche et sur la droite, il y a une salle d'attente comportant des fauteuils disposés en cercle et des petites tables basses au centre. Sur la gauche, on trouve le centre de prise de sang et, sur la droite, des cabinets et bureaux où les travailleurs sociaux et le personnel soignant accueillent les patients. C'est dans cet espace que se trouve la PASS-Villermé (anciennement le centre Villermé), qui n'existe en fait pas physiquement, si ce n'est par le bureau d'une assistante sociale qui est dédiée à la PASS.

Le centre Villermé a été créé en 1996 avec l'idée de renouer les liens entre l'hôpital public et les malades les plus pauvres. Les activités du centre sont parallèles à celles de la policlinique, elles consistent en des consultations de médecine générale et du travail social. La particularité de ce centre est de proposer des consultations de médecine générale et psychiatrique sans rendez-vous définies comme des consultations de précarité. Trois fois par semaine (le lundi après-midi, le mardi matin et le vendredi après-midi) deux médecins généralistes se relayent, et une demi-journée par semaine une psychiatre à la retraite tient une permanence. Il y a également trois autres consultations sur rendez-vous tenues par deux autres médecins (mais qui sont, dans les faits, moins centrées sur la précarité). Ces consultations « précarité » sont destinées, en théorie, aux patients sans couverture sociale et qui ne peuvent se permettre de payer le prix d'une consultation dans le système de droit commun. Elles s'accompagnent d'une prise

en charge par des travailleurs sociaux. Cela permet notamment aux patients sans couverture sociale d'entamer des procédures administratives afin de recouvrer leurs droits en matière de santé.

Photo de la salle d'attente de la policlinique de l'hôpital Avicenne – 15.06.2011

Ce terrain est donc essentiellement constitué du bureau de l'assistante sociale de la PASS, de la salle d'attente et des cabinets médicaux des médecins de la PASS. Il faut noter que le bureau de l'assistante sociale est le seul lieu physique qui soit exclusivement réservé à la PASS. Les cabinets médicaux et la salle d'attente sont partagés avec la policlinique. Un même cabinet peut être utilisé par un médecin de la PASS ou par un médecin de la policlinique selon le moment de la semaine, chaque médecin fait une ou plusieurs vacations d'une demi-journée, des petits panneaux interchangeables accrochés aux portes indiquent le nom du médecin au moment où il consulte. La salle d'attente rassemble les patients des deux

structures et les agents d'accueil prennent les rendez-vous pour tous indifféremment, même si officiellement ils sont affectés à la policlinique. Il y a dans la policlinique huit cabinets médicaux, le bureau de l'assistante sociale de la PASS, le bureau d'un infirmier, le bureau de l'assistante sociale des urgences, la salle de prise de sang et la salle de repos des infirmiers et agents d'accueil.

L'espace de la PASS-Villermé, même s'il est complètement intégré à celui de la policlinique, se distingue malgré tout physiquement dans la policlinique. En effet, les deux cabinets où se passent les consultations sans rendez-vous, les deux bureaux des assistantes sociales et le bureau de l'infirmier communiquent tous entre eux. Il y a une sorte de sous-ensemble à l'intérieur de la policlinique qui est matérialisé par ces cinq salles qui sont reliées entre elles comme un circuit (le premier cabinet donne sur le bureau de l'assistante sociale de la PASS d'un côté et celui de l'infirmier de l'autre, celui de l'assistante sociale de la PASS est connecté avec celui de l'assistante sociale des urgences, qui communique avec le second cabinet et avec le bureau de l'infirmier) ; le tout forme une espèce de boucle. Cet endroit représente dans l'esprit des acteurs de la policlinique et de la PASS, l'espace de la PASS-Villermé, même si les cabinets sont aussi utilisés par d'autres médecins et que l'infirmier assiste tous les médecins (de la PASS et de la policlinique).

Cette représentation de l'espace s'explique par le fait qu'à sa création le centre Villermé avait été conçu pour que les patients précaires suivent tous le même parcours. Ils devaient suivre un circuit et passaient automatiquement dans toutes les salles. Ils étaient d'abord accueillis par un agent administratif qui réglait les problèmes de paiement et régularisait les situations au sein de l'hôpital[11]. Ensuite, ils passaient dans une deuxième salle où ils avaient une première entrevue avec une infirmière, elle les préparait pour la consultation avec le médecin généraliste qui se déroulait dans une troisième salle. La visite se terminait par un entretien avec l'assistante sociale. Ce circuit a doucement périclité, mais l'espace qu'il occupait est cependant plus ou moins resté dans les représentations de l'équipe médico-sociale.

2)Les rapports avec les enquêtés

J'ai été introduit dans la structure de la PASS de l'hôpital Avicenne par l'intermédiaire de mon père qui en est le médecin coordinateur. Il y est apprécié et entretient des relations cordiales, voire amicales, avec presque tous ses collaborateurs. Ainsi, lorsque je suis venu pour la première fois, de nombreux collaborateurs semblaient contents de me rencontrer. Mon père leur a expliqué brièvement ce que je faisais ici. Les premières rencontres se sont faites avec les assistantes sociales, les collaboratrices les plus directes du médecin généraliste et avec l'aide-soignant qui assiste le médecin lors de ses consultations.

[11] Voir plus bas l'historique de la PASS-Villermé

Les premiers temps d'observation se sont passés dans le cabinet où travaille mon père. J'ai assisté aux consultations. Le médecin m'a introduit auprès des patients comme un « étudiant » ou un « stagiaire », ces derniers n'ont en général pas posé plus de questions. La plupart du temps, le médecin ne m'a pas introduit du tout, et ma présence n'était pas justifiée, mais n'a jamais été contestée. J'ai eu l'occasion de discuter de manière informelle avec certains patients lorsque le médecin était occupé. Les relations ont été, en général, assez détendues. Les patients qui viennent à ces consultations sont, le plus souvent, des étrangers en situation irrégulière nouvellement arrivés en France. Ils ne connaissent souvent pas, et ne les ont pas encore intégrées, les normes et règles informelles de la relation soignant-soigné dans la société française. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre des patients tutoyer le médecin (surtout quand ceux-ci viennent d'Afrique noire).

J'ai également eu l'occasion de m'entretenir à plusieurs reprises avec le deuxième médecin qui consulte sans rendez-vous et d'assister à une de ses consultations. C'est un ami de longue date du premier médecin. Je le connaissais donc un peu avant de commencer l'enquête. Il s'est montré très intéressé par mon travail et m'a souvent demandé comment mon enquête avançait. Il est sensibilisé aux questions de l'accès aux soins des personnes démunies et nous avons eu l'occasion d'échanger plusieurs fois sur ce sujet. Il s'est montré très coopératif tout le long de l'enquête et m'a donné de nombreux contacts qui m'ont été précieux. Un entretien et des observations de consultations ont aussi été réalisés avec un médecin généraliste qui travaille au sein de la policlinique.

Les deux assistantes sociales sont les collaboratrices avec qui j'ai eu le plus l'occasion d'échanger. Les rapports ont été d'emblée très cordiaux, nous sommes, d'ailleurs, passés au tutoiement dès les premiers échanges. Elles ne se sont pas intéressées dans les détails au sujet de mon enquête mais ont un *a priori* positif sur la sociologie. Elles m'ont volontiers parlé de leur travail, des difficultés qu'elles rencontrent, etc. Les conversations se sont en général faites à plusieurs et se sont souvent déroulées sur un ton détendu. Les deux se sont prêtées au jeu de l'enquête et ont accepté que j'observe leur travail et que l'on réalise des entretiens enregistrés.

La relation avec l'aide-soignant a été différente, davantage distante, tout en restant cordiale. Il est moins intégré à l'équipe et parle peu avec les collègues de la PASS (que ce soit avec les assistantes sociales ou les médecins). Il reste dans son bureau et n'a été visible, pour moi, qu'en de rares occasions lorsque le médecin lui demandait quelque chose.

Les dames de l'accueil entretiennent également de bonnes relations avec le médecin et j'ai eu l'occasion de participer à des conversations informelles avec elles. Cependant, les échanges sont restés de l'ordre du bavardage[12].

[12] Faute de temps, aucun entretien n'a été réalisé avec les agents d'accueil. J'espère pouvoir y remédier lors de la thèse.

J'ai eu l'occasion, lors des réunions à l'hôpital sur la PASS, de rencontrer d'autres acteurs impliqués, notamment un médecin urgentiste, des personnes de l'administration, la directrice de l'hôpital et des pharmaciens hospitaliers qui ont tous des liens plus ou moins directs avec la PASS.
Ces réunions ont été l'occasion de présenter mon travail. Celui-ci n'a jamais été officiellement autorisé par la direction, mais cela n'a pas posé de problème.

Enfin, la participation à des réunions sur le thème de l'accès aux soins organisés par différents acteurs, et notamment la réunion des PASS de Seine-Saint-Denis (qui a eu lieu pour la première fois en janvier 2011), m'a permis de rencontrer d'autres acteurs du monde de la médecine de la précarité. J'ai ainsi réalisé des entretiens avec des assistantes sociales, un médecin référent, une responsable du service social qui travaillent dans des PASS d'autres hôpitaux du département.

J'ai également noué des contacts avec d'autres acteurs de ce monde social, notamment avec la responsable de la Mission banlieue de médecin du monde, avec le juriste de l'Espace Santé-Droit du Comede[13] (Comité médical pour les exilés) et avec deux responsables des Ateliers Santé-Ville (Aulnay-sous-bois et Saint-Denis). Ma présence auprès de tous les différents acteurs à presque toujours été très bien accueillie, ils ont montré un intérêt certain à ce que la sociologie pouvait apporter à la lutte pour l'accès aux soins des populations vulnérables.

3) Méthode

L'enquête de terrain s'est déroulée sur neuf mois environ, entre juillet 2010 et mars 2011. J'ai choisi de la réaliser en me basant sur des observations et sur des entretiens.

La méthode a été empruntée à l'école de Chicago (Becker, 2003). Voulant observer les interactions, il était logique que je procède à des observations. La partie principale du travail de terrain a constitué en une monographie d'une PASS. J'ai effectué des observations pendant les consultations sans rendez-vous des médecins généralistes et pendant les heures de travail de l'assistante sociale des urgences et l'assistante sociale de la PASS. Deux fois par semaine, entre septembre et janvier, je me suis donc rendu à la PASS-Villermé. En parallèle des observations, j'ai effectué des entretiens, formels et informels, enregistrés ou non, avec les acteurs de la PASS et avec leurs collaborateurs. Ainsi, des entretiens informels ont été menés avec deux autres assistantes sociales, avec des médecins de l'hôpital, avec une infirmière de la policlinique et avec quelques agents d'accueil. J'ai également assisté à de nombreuses réunions à l'hôpital qui avaient un lien plus ou moins direct avec la PASS : les réunions

[13] Cette association située à Aubervilliers (93), créée par la Cimade, organise une veille juridique sur les droits concernant la santé des étrangers et promeut la santé de ces derniers.

trimestrielles sur la PASS avec la direction, les réunions à propos du remaniement du service social et une réunion avec des représentants de Médecins du Monde pour évaluer l'activité de la PASS-Villermé.

Voulant reconstruire l'histoire du dispositif à travers la mémoire collective de la PASS, j'ai contacté d'anciens acteurs pour faire des entretiens. Cela n'a pas aussi bien réussi que je l'avais espéré car certains d'entre eux n'ont pas souhaité se plier au jeu de l'entretien. Trois entretiens ont cependant pu être réalisés avec des acteurs qui ont participé aux débuts du centre Villermé[14].

Enfin, à côté de ce travail monographique, des entretiens ont été effectués avec d'autres acteurs de l'accès aux soins du département. Un médecin référent de la PASS de Delafontaine à Saint-Denis et la responsable de cette PASS, directrice du service social, ont été interrogés, ainsi que deux assistantes sociales de la PASS de Jean Verdier à Bondy.

Ainsi, les matériaux utilisés pour cette enquête sont constitués à la fois d'observations et d'entretiens. De nombreux ouvrages et articles ont également servi à construire l'analyse, des ouvrages de sociologie générale qui ont permis d'avoir des bases théoriques et des ouvrages plus spécialisés sur le sujet pour construire des outils d'analyse adaptés au sujet d'étude.

Le terrain portait donc à la fois sur un dispositif dans un hôpital et sur des structures similaires dans le département. Travailler sur deux échelles spatiales différentes (celle d'un hôpital et celle d'un département) a paru judicieux car la compréhension de l'objet nécessite un va-et-viens entre les deux. Le choix théorique d'étudier cette structure dans sa dimension spatiale et temporelle a nécessité ces deux niveaux d'analyse.

Le choix de ce département en particulier a été fait tout d'abord pour des raisons pratiques. La possibilité qui m'a été donnée d'observer au sein d'une structure de ce département a en grande partie déterminé le choix de l'endroit étudié. Mais, au-delà de ce choix pratique, la Seine-Saint-Denis est un département tout à fait adapté à l'étude de ce sujet car il concentre une grande pauvreté et de nombreux migrants sans-papiers[15]. La ville de Paris aurait pu également être un bon terrain étant donné la richesse et le nombre important de dispositifs qu'elle possède. Mais cet argument est justement celui qui m'a convaincu de l'exclure de mon terrain ; le monde de la médecine de la précarité est beaucoup plus développé à Paris que n'importe où ailleurs en France, les moyens qui y sont consacrés sont infiniment supérieurs à ceux que le département de la Seine-Saint-Denis pourrait avoir. Paris est un miroir déformé de l'image qu'on aimerait donner de la France, et ici en l'occurrence, une image d'un accès aux soins de qualité et de PASS très développées et fonctionnelles. Cette image correspond à une partie de la réalité certes, mais n'est pas représentative de ce qui peut se passer dans le reste de la France. La Seine-Saint-Denis n'est certainement pas non plus représentative dans le sens où les acteurs du monde social de la

[14] Voir partie suivante.
[15] Voir chapitre II - A).

médecine de la précarité existent depuis longtemps et son plus nombreux qu'ailleurs, mais les moyens dont ils disposent sont à l'image de ceux du reste de la France, peu nombreux et ont une tendance à la baisse.

Les raisons personnelles qui m'ont poussé à choisir ce thème de recherche sont aussi importantes à expliquer dans un souci d'une objectivité la plus grande possible. Le milieu de l'accès aux soins ne m'a jamais été vraiment étranger. Mes deux parents sont médecins et tous les deux militent pendant leur temps libre. Ils sont très investis dans la défense des droits des sans-papiers, ils ont d'ailleurs ouvert ensemble l'antenne de Seine-Saint-Denis de la Cimade. L'accès aux soins était un thème qui a souvent été abordé pendant les dîners de familles, et les diverses réunions de « Généralistes et toxicomanes », de « La main tendue », du « Comegas[16] », etc., les ont souvent abrégés.

Le choix de ce sujet, au-delà du côté pratique qu'il comportait en accès au terrain, m'a semblé relativement naturel en ce qu'il m'était familier. Il comporte aussi une dimension citoyenne qui me tient à cœur et cela ne doit pas être minimisé. Il a parfois été difficile dans ce travail de garder une certaine objectivité en parlant d'activités, de processus, de faits sociaux qui possèdent une forte dimension polémique et qui font inconsciemment appels à des jugements de valeurs ou idéologiques.

[16] Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins.

Tableau récapitulatif des entretiens :

Enquêté	Sexe	Fonction	Lieu de l'entretien	Date	Durée
N° 1	F	AS de la PASS	Bureau de l'AS de la PASS-Villermé, hôpital Avicenne	Déc. 2010	52 minutes
N° 2	F	AS des urgences	Bureau de l'AS des urgences, hôpital Avicenne	Déc. 2010	1heure 28 minutes
N° 3	F	AS/ancienne AS du centre Villermé	Bureau de l'AS, dans les locaux de l'association 'First', Aulnay-sous-bois	Mars 2011	1 heure 27 minutes
N° 4	F	AS des urgences et AS de la maternité	Bureau de l'AS des urgences, hôpital Jean Verdier	Février 2011	1 heure 37 minutes
N° 5	F	Responsable du service social	Bureau de la responsable du service social, hôpital Delafontaine	Janvier 2011	1 heure 18 minutes
N° 6	M	PH – infectiologue, médecin référent de la PASS	Hôpital Delafontaine	Mars 2011	1 heure 2 minutes
N° 7	F	Infirmière à la policlinique	Salle de repos, policlinique de l'hôpital Avicenne	Mars 2011	Environ 45 minutes
N° 8	F	Médecin généraliste rattachée à l'hôpital d'Avicenne, policlinique	Salle de consultation, policlinique de l'hôpital Avicenne	Février 2011	Environ 35 minutes

Légende : AS : Assistante sociale ; PH : praticien hospitalier

Tableau récapitulatif des observations :

Enquêté	Sexe	Fonction	Lieu de l'observation	Durée de l'observation
N° 1	M	Médecin généraliste rattaché à l'hôpital Avicenne, responsable de la PASS	Salle de consultation, policlinique de l'hôpital Avicenne	2 demi-journées par semaine entre fin septembre 2010 et janvier 2011
N° 2	F	AS de la PASS	Bureau de l'AS de la PASS-Villermé, hôpital Avicenne	Environ une huitaine de demi-journées entre septembre 2010 et janvier 2011
N° 3	F	AS des urgences	Bureau de l'AS des urgences et aux urgences de l'hôpital Avicenne	Environ cinq demi-journées entre septembre 2010 et janvier 2011
N° 4	M	PH anesthésiste, consultation de médecine générale sans rendez-vous à la PASS Villermé	Salle de consultation, policlinique de l'hôpital Avicenne	Une demi-journée en novembre 2010
N° 5	F	Médecin généraliste rattachée à l'hôpital d'Avicenne, policlinique	Salle de consultation, policlinique de l'hôpital Avicenne	Une demi-journée en janvier 2011

Légende : AS : assistante sociale ; PH : praticien hospitalier

C) L'histoire de la PASS-Villermé

L'histoire de la structure étudiée apporte des éléments importants pour tenter de reconstruire le développement de la PASS-Villermé et comprendre dans quelle mesure la manière de concevoir le soin au sein de la PASS est spécifique aux évolutions récentes du monde social[17] de la médecine de la précarité. Plus précisément, le détour historique permet d'entrevoir les conditions nécessaires à la naissance d'un tel dispositif à l'hôpital. Il est, en effet, légitime de se demander quelles sont les raisons qui font que cet hôpital, plutôt qu'un autre, s'est doté d'une PASS horizontale. La structure de la PASS telle qu'elle se présente aujourd'hui à l'hôpital d'Avicenne ne peut se comprendre sans considérer les spécificités de cet hôpital[18].

Il a été inauguré le 22 mars 1935, il s'appelle alors « hôpital franco-musulman » et est réservé à une population de confession musulmane originaire d'Afrique du Nord. Il s'inscrit dans le cadre de la politique coloniale menée à l'époque par la France envers le Maghreb. Son fonctionnement témoigne de la spécificité de ses patients puisque jusqu'en 1962 les pratiques alimentaires et religieuses musulmanes y sont respectées et la plupart des médecins qui y travaillent ont des liens avec l'Afrique du Nord. L'hôpital n'est alors composé que d'un seul bâtiment, le bâtiment Larrey. En 1937 est créé un cimetière musulman qui jouxte l'hôpital.

L'hôpital est rattaché à l'AP-HP (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris) en 1962, ce rattachement lui fait perdre sa spécificité d'établissement à destination d'une clientèle musulmane et s'ouvre à tous les patients des communes environnantes. En 1968, il devient un centre hospitalier universitaire (CHU) en convention avec l'université de médecine de Bobigny et rejoint le groupement hospitalier universitaire Nord. En 1969, on inaugure le pavillon Charcot et en 1980 le pavillon Lavoisier. Durant cette période, l'hôpital se dote d'un service d'accueil des urgences médicales et chirurgicales, d'une policlinique assurant des consultations de diverses spécialités (à l'intérieur de laquelle se construira le centre Villermé), d'un laboratoire de microbiologie, d'une école de soins infirmiers, du SAMU et du SMUR du département de Seine-Saint-Denis et du centre départemental de transfusion sanguine. Il prend son nom actuel en 1978, Avicenne, grand savant et philosophe perse.

La population spécifique à laquelle se destinait l'hôpital, ainsi que le personnel qui y travaillait ont été importants dans l'histoire de l'hôpital et l'imprègnent encore aujourd'hui. Il n'est certes plus réservé aux patients de confession musulmane et originaires du Maghreb, mais son bassin de population

[17] Concept emprunté à A. Strauss, cf. Strauss (1978) ; cf. partie II - B).
[18] Les éléments concernant l'histoire générale de l'hôpital ont été rassemblés à partir de l'ouvrage de Katia Kukawka et Sophie Daynes (2005).

comprend une population importante qui appartient à ces catégories[19] ; ces spécifités culturelles et religieuses continuent donc d'être prises en compte. Pour ne citer qu'un exemple significatif, il est intéressant de noter que l'assistante sociale de la PASS et l'assistante sociale des urgences (qui ont été nos deux principales interlocutrices du service social) sont toutes les deux Françaises, nées en Algérie et ayant grandi en Algérie. Elles sont également toutes les deux de confessions musulmanes. Ces éléments vont jouer dans les relations qu'elles vont entretenir avec les patients (notamment ceux originaires du Maghreb et musulmans), nous reviendrons là-dessus plus tard.

1) Les débuts du centre Villermé (1996-1999)

Les trois éléments nécessaires à l'ouverture du centre Villermé

La reconstitution de la création du centre Villermé et de ses débuts est basée sur les entretiens de certains membres de l'équipe médico-sociale qui était présents à ce moment[20].

> « L'existence d'une PASS dans un établissement hospitalier dépend d'une (bonne) volonté locale tripartite associant une équipe médicale, un service social et le soutien d'une direction hospitalière. Le manque d'un seul élément de ce trépied met en danger le dispositif[21]. »

Les médecins

La création du centre Villermé remonte à 1996 à l'initiative de deux médecins dont l'un était responsable du service infectieux (Dr Gillon[22]) et l'autre praticien hospitalier, professeur des Universités en santé publique et en anthropologie (Dr Follereau). Ils ont négocié l'ouverture du centre avec la direction. Ils ont, entre autre, trouver un local où pourraient travailler l'assistante sociale et l'infirmier et un cabinet médical jouxtant ce local pour les consultations de médecine générale sans rendez-vous. Les deux acteurs clés (D. Follereau et L. Gillon) étaient des personnages importants à l'hôpital. On peut supposer que leur notoriété, leurs savoir-faire administratifs et universitaires en terme de rédaction de projet, leur place élevée dans la structure sociale de l'hôpital de manière plus générale,

[19] Cf. partie 2.
[20] Nous nous sommes basés sur les entretiens réalisés avec l'assistante sociale (Anne Jourdan) et un des médecins (Christian Degennes). Nous avons également pu avoir certains éléments lors des entretiens avec les autres membres de l'équipe à travers la mémoire collective (Halbwachs, 1994 et 1997) de la PASS-Villermé.
[21] Dr Claire George, présidente du Collectif PASS, allocation lors du Colloque national des PASS du vendredi 20 mai 2011.
[22] Tous les noms ont été changés pour garantir l'anonymat des personnes mentionnées.

ont largement contribué à la naissance de ce projet. Pour le dire autrement, la mise en place d'une telle structure a nécessité la mobilisation de deux acteurs dont le capital social, le capital universitaire et le capital culturel étaient suffisamment importants pour pouvoir obtenir l'assentiment de la direction de l'hôpital, ainsi que des moyens humains, financiers et en terme d'espace.

> - J.G. : « Et le rôle de Follereau ? »
> - A.J. : « Il a été moteur, enfin, s'il n'avait pas été là je ne pense pas que ce se serait fait, parce qu'il avait la confiance et des médecins et de l'administration, avec son statut de chercheur. Il avait cette double reconnaissance qui était essentielle. Et puis, c'est un mec de dossier, ce n'est pas seulement un médecin, c'est un mec qui sait monter des dossiers, il sait les défendre, on ne peut pas lui enlever ça. »
> Anne Jourdan, assistante sociale de la PASS entre 1996 et 1999[23]

Il faut, pour saisir cette spécificité, se pencher sur le contexte interne à l'hôpital, le « contexte immédiat de l'action »[24]. Ici interviennent ce qu'on peut comprendre comme des contingences ; cela a été très souvent mis en avant par les professionnels interrogés sur la situation des PASS dans lesquelles ils agissent : la dépendance de l'organisation aux personnes et au contexte. Si Avicenne a vu naître le centre Villermé c'est qu'étaient réunis, dans ce contexte général, des acteurs clés qui ont eu la volonté et les ressources nécessaires pour le mettre en place.

D'autres contingences, des éléments du contexte immédiat de l'action, ont été nécessaires à l'émergence de ce centre : une direction coopérative, sensible à cette problématique, et une équipe sociomédicale prête à mettre en place les aspects concrets du projets (en l'occurrence des médecins pour tenir les permanences de médecine générale sans rendez-vous, un infirmier, une assistante sociale et un agent administratif).

Les acteurs de terrains

Parallèlement aux négociations qui ont été faites avec la direction pour créer le centre Villermé, les deux médecins ont demandé à une assistante sociale et à un infirmier de mettre en place concrètement le dispositif. L'assistante sociale (A. Jourdan) travaillait alors dans le service des maladies infectieuses avec L. Gillon, elle était connue pour être engagée politiquement, et notamment dans l'accès aux soins et dans la défense des sans-papiers. L'infirmier (D. Brasseur) était également connu de ces deux médecins pour ses activités militantes et son engagement auprès des patients démunis.

D. Brasseur et A. Jourdan ont aussi été des acteurs clés dans la mise en place du centre Villermé. Ils ont rénové les locaux qu'on leur avait attribués et ont ouvert, après une semaine, le centre Villermé. Ils ont travaillé dès le début avec une équipe de médecins qui se relayaient tous les après-midi pour tenir

[23] Entretien réalisé dans les locaux de l'association « First », à Aulnay-sous-bois, en mars 2011.
[24] J. Corbin et A. Strauss, *Basic of Qualitative Research : Grounded Theory : Procedures and Techniques*, Newbury Park, CA, Sage, 1990.

une consultation de médecine générale sans rendez-vous. La raison pour laquelle ils ont joué un rôle déterminant dans la création de ce centre est qu'ils l'ont représenté et l'ont fait vivre à ses débuts. C'est par eux que passaient tous les patients qui étaient orientés vers ce dispositif. De plus, à l'époque, le succès du dispositif pouvait être expliqué en partie par les patients qu'A. Jourdan ramenait à travers ses réseaux militants, et notamment les sans-papiers des foyers du Bourget (93) où elle faisait de l'information sur l'accès aux soins avec un médecin de la DDASS.

L'action de ces deux individus dans le centre Villermé a ainsi été essentielle en raison de leur implication et de leur volonté de rendre le dispositif effectif et fonctionnel dans le travail d'accès aux soins et dans l'accompagnement des patients dans les démarches administratives de recouvrement d'une protection sociale ; la mobilisation de réseaux a permis, d'autre part, de donner une visibilité au centre Villermé et a donc aussi garanti un fonctionnement effectif en apportant à la structure les patients dont elle avait besoin.

L'équipe médicale a aussi eu un poids important dans le succès du centre Villermé. Ils ont également été recrutés par les deux médecins instigateurs du dispositif. Ils étaient une équipe de cinq médecins, dont David Follereau. Deux d'entre eux travaillaient à l'hôpital (D. Follereau et C. Degennes), les trois autres venaient de l'extérieur. Comme nous l'avons déjà évoqué dans la deuxième partie, les médecins ont tous été recrutés dans un réseau de médecine militante (Médecins sans frontière et Médecin du Monde).

Ainsi, l'équipe médico-sociale dans son ensemble était composée d'individus militant dans le domaine de l'accès aux soins. Il y avait donc une entente sur les objectifs généraux du dispositif qui s'orientait dans le champ de la médecine militante.

La direction

La troisième contingence qui a rendu la création de ce dispositif possible est le soutien de la direction. Il est vrai que les entretiens réalisés auprès des acteurs de la PASS qui étaient présents au moment de sa création sont mitigés à ce propos. La direction a cependant accepté ce projet et a accordé des moyens financiers, matériels et humains : des locaux ont été mis à leur disposition, une assistante sociale à plein temps, un infirmier à plein temps et cinq permanences d'une demi-journée de consultations de médecine générale sans rendez-vous ont été accordé, entre 1998 et 2006 ils ont même obtenu un agent des services externes à plein temps qui s'occupait des questions financières avec les patients (bloquer les factures essentiellement).

Entre 1997 et 1999, le centre Villermé a obtenu un budget annuel qui s'élevait à environ 500 000 francs. Il y avait à l'époque une direction financière qui était plutôt bienveillante à l'égard du centre.

> « À cette période-là, je ne sais plus très bien, mais il y avait un mec qui était ouvert. Donc vraiment, il y avait un blocage des factures, on avait obtenu, comment, un budget pour les aides financières, à l'époque ça devait être 500 000 francs, ce qui était assez énorme, pour acheter des timbres fiscaux, pour payer les titres de transport, pour que les gens reviennent à l'hôpital de jour etc. C'était intéressant, on avait quand même des outils pour travailler. »
> [...]
> « Oui. À l'époque il y avait un directeur d'hôpital et un directeur financier qui étaient assez ouverts, assez militants. Et puis, ça n'a pas perduré après. »
> Anne Jourdan, assistante sociale du centre Villermé de 1996 à 1999[25]

Néanmoins, la direction ne soutenait pas complètement l'initiative et à fait en sorte que le centre Villermé reste en marge de l'hôpital ; les locaux qui leur ont été attribués étaient plus ou moins cachés au fond d'un couloir de la policlinique. Il n'y avait pas de salle d'attente et les patients devaient attendre debout dans un couloir[26].

Tous ces éléments réunis ont permis la création, puis le succès des premières années du centre Villermé. Ils ont rendu possible la construction d'objectifs communs et d'une base de travail unanimement reconnue à l'intérieur de l'équipe médico-sociale du centre Villermé. On voit cependant que l'équilibre tripartite est fragilisé par la direction qui ne soutient pas complètement cette structure. L'équipe médico-sociale a réussi, sur la période 1996 – 1999, à voir un nombre très important de patients, l'assistante sociale a par exemple reçu 3500 patients sur cette période. De nombreuses initiatives ont été entreprises, comme nous l'avons dit, c'est à ce moment-là qu'ils ont réussi a obtenir un agent des services externes à temps plein qui avait son bureau à côté de celui de l'infirmier ; l'assistante sociale a aussi obtenu un bureau dans les locaux de la policlinique. C'est à ce moment que s'est établi le circuit pour les patients dans les locaux de la policlinique.

D'autre part, à cette époque l'AME n'existait pas sous sa forme actuelle, elle consistait en une aide départementale et en était encore à un stade expérimental. L'assistante sociale du centre a créé un partenariat avec le conseil général pour les demandes d'aide médicale, elle avait un interlocuteur direct avec qui elle traitait pour les dossiers des patients.

L'équipe a participé à un congrès européen sur l'accès aux soins des plus démunis en 1999 et a mis en place, au moment de la loi qui a instauré les PASS, avec les premières structures jumelles de Paris, une coordination des PASS qui se réunissait tous les deux mois. Le passage de la loi sur les PASS en 1998, n'a pas changé en profondeur le fonctionnement de la structure. Il a donné une légitimité légale au centre Villermé qui est devenu la PASS-Villermé.

---

[25] Entretien réalisé dans les locaux de l'association « First », à Aulnay-sous-bois, en mars 2011.
[26] Nous reviendrons sur ce point à la fin du chapitre, dans la partie 3 sur les conflits entre la PASS et la direction.

2) 1999 – 2007 : le délitement de la structure

> - A.J. « Après sur le terrain, il (D. Follereau) est pas toujours là quoi, il fait un beau jouet, mais après, il faut apprendre à s'en servir quoi ! Il est un peu carriériste, il est un peu abando..., enfin je sais pas comment dire, en tout cas il abandonne facilement ses équipes. »
> - J.G. : « En tout cas vous avez eu l'impression de vous être fait lâcher par Follereau ? »
> - A.J. : « Oui, dès le début. À partir du moment où il y a eu des médecins présents, la responsabilité médicale était remplie, donc on le voyait plus. »
> A. Jourdan, assistante sociale du centre Villermé entre 1996 et 1999[27]

Anne Jourdan quitte la PASS-Villermé en 1999, peu de temps après que son collègue infirmier Daniel Brasseur change de poste et que David Follereau se désengage de la structure. Elle s'est sentie un peu seule au départ de son collègue. Une infirmière l'avait remplacé mais ne supportait pas bien la structure et était très souvent en arrêt maladie. La direction avait changé peu de temps avant et le manque d'investissement du directeur de la PASS (D. Follereau) a enraciné les problèmes qui s'étaient formés. Certains médecins des permanences étaient partis, d'autres ont basculé vers une médecine générale plus traditionnelle avec une patientèle fixe et en ne fonctionnant que sur rendez-vous ; la PASS était beaucoup moins fréquentée que lors des premières années.

La PASS-Villermé a tout de même continué de fonctionner, mais à « bas régime ». Après le départ de A. Jourdan, il n'y a plus eu d'assistante sociale de la PASS jusqu'à l'arrivée de Dounia Amrouche au début de l'année 2001, cette dernière est toujours l'assistante sociale de la PASS. L'infirmière a quitté la PASS en 2000 et a été remplacée par Gisèle qui y a travaillé jusqu'en 2006, moment de la suppression du poste.

La PASS-Villermé s'est lentement repliée sur le service social et l'infirmière et a été désertée par les patients ; ils n'arrivaient plus que par l'intermédiaire des urgences qui les envoyaient vers l'assistante sociale de la PASS lorsqu'ils n'avaient pas de couverture sociale. L'infirmière et l'assistante sociale n'étaient pas des acteurs du monde social de la médecine de précarité et n'étaient intégrées dans aucun réseau qui aurait pu donner une visibilité et amener des patients à la PASS. Les consultations médicales se sont progressivement réduites à une seule demi-journée par semaine tenue par le Dr Degennes.

En 2005, C. Degennes a écrit une lettre au chef de médecine interne pour dénoncer D. Follereau qui était payé pour faire trois demi-journées de vacation qu'il ne faisait plus depuis longtemps. Cet événement a causé le départ de D. Follereau de la direction de la PASS et, de fait, de l'hôpital Avicenne. Avec le départ de D. Follereau, le centre Villermé perd le personnage emblématique créateur de la structure. La PASS perd une partie des acquis qu'elle avait obtenus durant les premières années. En 2006, la direction, en accord avec le L. Gillon, décide d'intégrer le centre Villermé à la policlinique

[27] Entretien réalisé dans les locaux de l'association « First », à Aulnay-sous-bois, en mars 2011.

argumentant qu'il était stigmatisant d'avoir un service réservé à la précarité (que les employés de l'hôpital avaient nommé « le service des étrangers »). Le résultat a été que les patients de la PASS-Villermé ont été reçus, à partir de ce moment-là, à l'accueil de la policlinique et pouvaient attendre dans la salle d'attente. De l'autre côté, la PASS-Villermé a perdu son infirmière et son agent administratif. Il ne restait donc à ce moment qu'une assistante sociale chargée de la PASS et une demi-journée de consultation de médecine générale sans rendez-vous. La direction de la PASS avait été confiée à un médecin, en même temps que la direction de la policlinique. Celle-ci n'est restée qu'un an à ce poste et ne s'est jamais vraiment investie dans la PASS-Villermé.

> « Voilà ! Oui, je sais que si je n'étais pas là je pense qu'il n'y aurait pas de pérennité du dispositif. Parce que les médecins vont..., il n'y a que Christian qui, et Nadir, qui sont restés, mais sinon avec le départ de monsieur Follereau, ça aurait pu partir euh... [...]. Et puis Marie-George (directrice de la PASS entre 2005 et 2006), elle a été nommée sans vraiment vouloir être à ce poste. Oui, parce qu'il fallait quand même un responsable pour l'unité, fallait, parce que quand il y a une difficulté quand même, il faut quand même un responsable. Et, en fin de compte, elle n'a pas pris le temps de, elle avait d'autres ambitions quoi. Elle a pas pris le temps de comprendre, de connaître le dispositif. Et donc même pas en une année elle était avec nous, et après elle est partie. »
> D. Amrouche, assistante sociale de la PASS depuis 2001[28]

C'est C. Degennes qui a ensuite assuré l'intérim du rôle de directeur de la PASS, jusqu'à ce qu'il convainque le Dr J-P. Geesink d'assumer ce rôle à la fin de l'année 2007.

3) Depuis 2007 : la reprise des activités

J-P. Geesink est un médecin généraliste qui travaille en libéral dans un cabinet au Blanc-Mesnil (93). Il milite depuis longtemps pour l'accès aux soins des populations démunies et notamment des sans-papiers (il a créé l'antenne de la Cimade en Seine-Saint-Denis). Il assure à l'hôpital deux vacations d'une demi-journée de consultations sans rendez-vous et la direction de la PASS-Villermé. L'activité a lentement repris depuis son arrivée. Il a donné une nouvelle visibilité à la PASS grâce à ses réseaux, notamment avec la Cimade et avec Médecin du Monde, ce qui a permis un nouvel afflux de patients.

C'est aussi grâce à la participation à la constitution d'un réseau des PASS du 93 que cette visibilité est revenue. Depuis le début de l'année 2011, les PASS du département se réunissent régulièrement en une sorte de comité de pilotage où peuvent participer les partenaires extérieurs. D'autre part, le nouveau directeur de la PASS a réussi à obtenir un budget pour la PASS, même s'il est réduit, alors que le dispositif fonctionnait sans budget depuis le début des années 2000. Enfin, il a obtenu une nouvelle demi-journée de vacation pour une psychiatre qui travaille à la PASS-Villermé depuis mars 2011.

[28] Entretien réalisé à la PASS-Villermé en décembre 2010.

Chapitre II

La PASS dans son territoire

La PASS est une structure qui s'insère dans un territoire. La dimension spatiale est essentielle pour comprendre les processus dans lesquels la structure s'insère. L'objectif ici est de montrer que la PASS n'est pas une entité indépendante et solitaire, elle s'intègre dans le département de la Seine-Saint-Denis. Son fonctionnement ne peut se comprendre s'il n'est pas relié à toutes les structures avec qui la PASS interagit. Il est en partie déterminé par les autres PASS des hôpitaux du département et par les autres acteurs de l'accès aux soins.

Pour saisir l'insertion de cette structure dans son territoire, il faudra tout d'abord se pencher sur des éléments généraux qui sont structurants pour le mode de fonctionnement de la PASS. La description de la morphologie sociale de la santé et de la pauvreté en Seine-Saint-Denis permettra de donner le cadre structurel. Il sera ensuite possible de s'intéresser à la construction du monde social que nous avons appelé « le monde de la médecine de la précarité ». Il s'agira justement de montrer que la PASS est une structure qui s'élabore en interaction avec d'autres acteurs sociaux dans une dynamique à la fois spatiale et temporelle.

La troisième partie de ce chapitre s'attachera à analyser les différentes formes que les PASS peuvent prendre dans les hôpitaux du département et tentera de déterminer les choix structurels qui sont à l'origine de ces différences. Enfin, à travers l'étude du travail en réseau et de la division du travail entre les PASS, les interdépendances entre la PASS et les autres acteurs du monde social de la médecine de la précarité seront examinées.

A) Morphologie sociale[29] de la Seine-Saint-Denis[30]

La Seine-Saint-Denis est un département limitrophe à celui de Paris qui comprend quarante communes dont huit touchent directement Paris. Le département compte 1 491 972 habitants, dont 28,8 % de moins de 20 ans et 4,9 % de plus de 75 ans (en 2006). Comparé au reste de la France, le département de la Seine-Saint-Denis se caractérise ainsi par une population tendanciellement plus jeune (la moyenne pour la France étant en 2006 de 24,9 %). En ce qui concerne les plus de 75 ans, on constate une proportion proche de la moyenne française (4,7 %). Il en résulte que la part des adultes en Seine-Saint-Denis est plus élevée que la moyenne nationale (avec un taux de chômage de trois points supérieurs à l'ensemble de la France, 11,1 % contre 8,4 % en 2006)[31]. La population totale correspond à un dixième de la région Île-de-France (11 598 844 en 2007). La densité de la population y est de 6 360,5 habitants par kilomètre carré.

La population augmente d'environ 1 % environ tous les ans, mais cette augmentation est principalement due au solde naturel (naissances) (+ 1,2 %), le solde dû aux entrées et aux sorties est quant à lui négatif (- 0,2 % en 2007), on voit par là le manque d'attractivité du département[32].

1) Un département pauvre

Un individu est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. La France mesure la pauvreté monétaire de manière relative (le seuil est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population). Cela correspond, en 2006, à un niveau de vie inférieur à 871 euros par mois pour une personne seule. Selon cette définition, 7,9 millions de personnes (13,2 % de la population) vivent en dessous du seuil de pauvreté en 2006 (la moitié d'entre elles a un niveau de vie inférieur à 720 euros par mois). À titre de comparaison, au 1er janvier 2007, le plafond du RMI (Revenu minimum d'insertion) était de 441 euros par mois pour une personne seule et de 661 euros par mois pour une personne seule avec un enfant ou un couple sans enfant.

Le nombre de bénéficiaires de minima sociaux apporte également une information sur la pauvreté, qui est alors mesurée par le recours à un dispositif d'assistance. En France, fin 2007, 3,5 millions de personnes étaient allocataires de l'un des neuf dispositifs nationaux. En incluant les ayants-droit (conjoint et enfants), ce sont plus de 6 millions de personnes qui bénéficient des minima sociaux. La

[29] Notion empruntée à E. Durkheim dont le développement élaboré par M. Halbwachs (1938) a permis de concevoir une « conception spatiale des objets sociologiques », pour plus de précisions sur cette approche voir les travaux de M. Jaisson (1999 et 2003).
[30] Pour un aperçu global de la région voir le graphique n° 9 et le n° 10 (en annexe) pour le département.
[31] Données de l'INSEE.
[32] Données recueillies auprès de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé (Drees).

pauvreté progresse notamment parmi les familles monoparentales et les personnes seules (où les femmes sont sur-représentées).

Au 31 décembre 2007, les prestations des Caisses d'allocations familiales (CAF) constituent l'essentiel des ressources d'un peu plus de 69 000 ménages de Seine-Saint-Denis, soit 13,2 % de l'ensemble des ménages du département. Cette proportion est largement supérieure aux moyennes observées dans les autres départements de proche couronne ainsi qu'en Ile-de-France (6,9 %) et en France (7,0 %). La Seine-Saint-Denis se place d'ailleurs au premier rang des départements métropolitains pour cet indicateur (voir graphique n° 1 et n° 2 en annexe).

Au 31 décembre 2007, le nombre d'allocataires du RMI est de 51 109 en Seine-Saint-Denis, (en légère baisse par rapport à 2006). A cette date, le nombre de bénéficiaires du dispositif (nombre d'allocataires augmenté des conjoints, enfants et autres personnes à charge pris en compte pour le calcul du RMI) est de 99 892 soit 6,7 % de la population de Seine-Saint-Denis. C'est le double des taux observés en France et en Ile-de-France (voir graphique n° 3 en annexe). La pauvreté se répartit différemment sur le territoire du département, elle se concentre surtout dans l'est (voir les cartes n° 1 et n° 2 en annexe)[33].

Chiffres clés de la pauvreté en Seine-Saint-Denis (comparés à la région) en 2008 :

	Seine-Saint-Denis	Ile-de-France
Proportion de logement HLM (Habitation à loyer modéré)	36,1 %	23 %
Proportion d'étrangers	21,2 %	12,4 %
Proportion de familles monoparentales	19,8 %	16,8 %*
Revenu net moyen déclaré par foyer fiscal	14 517 €	20 575 €
Proportion de foyers fiscaux imposables	50,7 %	63,5 %
Proportion d'enfants de moins de 20 ans vivant dans un ménage à bas revenus (inférieur à 903 € par unité de consommation)	33,4 %	21,6 %*
Taux de chômage	16,3 %	10,3 %
Proportion de la population vivant dans une ZUS (Zone urbaine sensible)	20,5 %	11 %

Sources : Observatoire régional de la santé.
* Chiffres de l'INSEE pour 2009

[33] Les données ont été recueillies dans le rapport de l'ORS (observatoire régional de la santé) sur la précarité en Seine-Saint-Denis.

2) Prévalence des couvertures sociales et d'assistance en Seine-Saint-Denis

Au 31 décembre 2007, en France métropolitaine, un peu plus de 1,4 millions de personnes (assurés et ayants-droit) étaient affiliées à la CMU de base (300 000 dans les Dom), et près de 4 millions (600 000 dans les Dom) étaient couvertes par la CMU complémentaire. Les bénéficiaires de l'AME (Aide médicale d'État) étaient environ 190 000 à la fin de l'année 2006. La région Île-de-France concentrait les trois quarts des bénéficiaires de métropole. En 2009, 10,9 % de la population de la Seine-Saint-Denis bénéficiait de la couverture maladie universelle (CMU et CMUC).

Seules les personnes séjournant régulièrement sur le territoire et non affiliées à la sécurité sociale sur critères socio-professionnels relèvent de la CMU. Avec 90 876 affiliations à l'assurance maladie sur critère de résidence au 31 décembre 2007, les Séquano-dionysiens étaient 6,1 % à bénéficier de la CMU de base (assurés et ayants-droit). Ce taux est nettement supérieur à celui des autres départements de proche couronne, ainsi qu'aux taux régional (3,5 %) et national (2,4 %).

De tous les départements de France métropolitaine, la Seine-Saint-Denis est celui qui présente le taux de bénéficiaires de la CMU de base le plus élevé. Depuis l'instauration de la couverture maladie universelle, en 2000, le nombre de bénéficiaires a doublé en Seine-Saint-Denis. On fait le même constat pour les bénéficiaires de la CMU-complémentaire (pour une vue d'ensemble voir les graphiques n° 4 et 5 en annexe).

L'Aide Médicale d'État s'adresse aux personnes étrangères en situation irrégulière en France, pouvant prouver leur présence depuis plus de trois mois sur le territoire mais qui ne peuvent pas remplir les conditions de stabilité et de régularité de résidence pour bénéficier de l'Assurance maladie (CMU, CMU-C). Elle est accordée sous condition de ressources (qui doivent être inférieures à 621 € par mois pour une personne seule). L'AME est accordée au demandeur et sa famille pour un an. Elle prend en charge les soins hospitaliers et les soins de ville. Au 31 décembre 2007, le nombre de bénéficiaires de l'AME (bénéficiaires et ayants-droit) était de 164 500 en France métropolitaine dont près de 127 000 en Ile-de-France et 28 486 en Seine-Saint-Denis. L'Île-de-France représentait ainsi les trois quarts et, le seul département de Seine-Saint-Denis, 17 % du total des bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat. Seule Paris dénombrait plus de bénéficiaires de cette aide (60 630). Différentes mesures restrictives ont été prises en 2003 (critère de trois mois de résidence notamment), qui se sont traduites par une baisse du nombre de bénéficiaires au cours de l'année 2004 (cf. graphique n° 6 en annexe)[34].

[34] Les données ont été recueillies dans le rapport de l'ORS (observatoire régional de la santé) sur la précarité en Seine-Saint-Denis.

3) Morphologie de l'offre de santé

Équipement hospitalier :

La Seine-Saint-Denis a un taux d'équipement hospitalier inférieur à la moyenne régionale en soins de courte durée (2,7 lits pour 1000 habitants contre 3,5 pour la région, largement tirée vers le haut par l'offre parisienne : 6,1 lits pour 1000 habitants). Concernant les soins de suite et de réadaptation, le département est le moins bien doté de la région avec un lit pour 1000 habitants (voir graphique n° 7 en annexe). Le département est sous-équipé en matériel médical lourd par rapport à la région, il n'y a qu'un seul scanner pour 67 500 habitants alors que la moyenne régionale est d'un scanner pour 59 849 habitants. Le nombre d'habitants par IRM (Image à Résonance Magnétique) est de 106 071 contre 89 773 en Île-de-France[35].

Le nombre de places en chirurgie ambulatoire a augmenté de près de 40 % entre 2001 et 2007, mais parallèlement, l'offre en terme de lits d'hospitalisation complète diminue sur la période considérée, elle passe de 5 077 en 2000 à 4 073 places en 2007. Le nombre de lits en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) est de 459, soit 0,34 pour 1000 habitants alors que la moyenne régionale est de 0,67.

Les flux de patients entre départements franciliens en 2007 pour les établissements MCO montrent une faible attractivité du département. Parmi cent personnes hospitalisées en Seine-Saint-Denis, 74,6 % habitent le département et 5,1 % résident à Paris ; alors que parmi cent personnes résidant en Seine-Saint-Denis et hospitalisées, 62,2 % ont été hospitalisées dans le département et 24,2 % à Paris.

Les médecins :

Au 1er janvier 2008, le nombre de médecins exerçant en France métropolitaine est estimé à 208 249 (DRESS), soit 340 médecins pour 100 000 habitants. Le nombre de médecins a plus que triplé depuis 1968. L'évolution des effectifs de médecins s'est accompagnée de modifications structurelles : accroissement de 22 % du nombre de spécialistes entre 1990 et 2000 et de 3 % du nombre de généralistes en France métropolitaine. Il en résulte que les spécialistes sont aujourd'hui plus nombreux (106 869 en 2008 pour les régions métropolitaines) que les généralistes (101 380). La profession s'est féminisée avec une proportion de femmes parmi les médecins passée de 14 % en 1970 à 38 % à la fin des années 2000[36].

Aujourd'hui, plus de la moitié des médecins exercent principalement en secteur libéral (exclusivement ou non) et plus de trois sur dix sont salariés dans un établissement hospitalier. La

[35] Les effectifs d'appareils correspondent aux effectifs du 31 mars 2008.
[36] Pour une analyse de la structure médicale en France selon le genre et la spécialité, nous renvoyons à l'article de M. Jaisson (2002).

répartition géographique est marquée par des contrastes forts entre les zones les plus fortement médicalisées (Paris et sud du pays) et les régions moins médicalisées (centre et nord du pays). Des études récentes[37] ont mis en évidence les difficultés particulières de desserte médicale de certaines zones (cantons ruraux mais aussi banlieues des villes les plus importantes), du fait notamment du vieillissement des praticiens qui ne trouvent pas de remplaçant.

En Seine-Saint-Denis, 4 051 médecins salariés et libéraux exercent au 1er janvier 2008, soit 273 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité est nettement inférieure à celle de la région (411 pour 1 000 habitants) et de la France (340). Parmi ces médecins, 2 233 (soit 55 %) sont omnipraticiens, c'est la proportion la plus élevée d'Ile-de-France, la moins élevée étant celle de Paris (36 %). Les densités en omnipraticiens (150 pour 100 000) et en spécialistes (123) sont inférieures aux moyennes régionales (tirées par les densités parisiennes) mais aussi aux valeurs nationales. Selon les travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)[38], la Seine-Saint-Denis serait même le département de France ayant la plus faible densité médicale en généralistes libéraux de premier recours (63,2 médecins pour 100 000 habitants) (voir graphique n° 8 en annexe).

L'Île-de-France se distingue par une forte proportion d'omnipraticiens libéraux en secteur 2 ou hors convention : 27,2 % contre 13,1 % en moyenne en France métropolitaine. La situation de la Seine-Saint-Denis est plus proche de celle de la France que de la région, avec 11,8 % de médecins en secteur 2 et donc près de 88 % des médecins exerçant en secteur 1).

Au total, pour l'ensemble des médecines de spécialité, la densité en Île-de-France est presque deux fois supérieure à celle observée en Seine-Saint-Denis (voir carte n° 3). Toutefois, il faut rappeler qu'il s'agit ici des médecins libéraux et que la Seine-Saint-Denis est particulièrement pourvue en centres de santé et en centres de protection maternelle et infantile (PMI) qui emploient un effectif important de médecins généralistes et spécialistes.

Les autres professionnels de santé :

En Seine-Saint-Denis, 7 643 infirmiers libéraux et salariés exercent au 1er janvier 2008, soit 515 infirmiers pour 100 000 habitants. Cette densité est inférieure aux moyennes régionale (693 pour 100 000 habitants) et nationale (780). Le secteur libéral est particulièrement peu développé en Île-de-France et notamment en Seine-Saint-Denis, où la densité (40 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants) est la plus basse de France métropolitaine.

Au 1er janvier 2008, la Seine-Saint-Denis compte 768 chirurgiens-dentistes, soit 52 pour 100 000 habitants. Parmi ceux-ci, 74 % exercent en libéral. La densité en chirurgiens-dentistes de la Seine-Saint-

[37] On peut notamment citer l'étude réalisée par l'ordre des médecins (Legmann et al., 2010).
[38] Cf. le Rapport annuel 2006-2007 de l'ONDPS, particulièrement la synthèse générale (site internet).

Denis est très inférieure à celle observée en Île-de-France (83 pour 100 000). La Seine-Saint-Denis fait partie des départements français ayant la plus faible densité en chirurgiens-dentistes libéraux.

Les structures de soins et de prévention non-hospitalières :

Avec 70 centres de santé, la Seine-Saint-Denis apparaît comme le département francilien le mieux pourvu de la région avec Paris (95 centres) (voir carte n° 4). Les centres de santé peuvent être spécialisés et offrir des soins médicaux et/ou infirmiers et/ou dentaires. En Seine-Saint-Denis, la majorité des centres sont polyvalents et onze sont spécialisés en soins dentaires. Parmi les 70 centres de santé du département, 57 sont issus du mouvement hygiéniste des années cinquante (Bourdelais, 2001) et sont des centres municipaux et douze sont issus des formes traditionnelles des anciens dispensaires nés du mouvement charitable, avec notamment les associations caritatives (Parizot, 2003). Dans les 50 centres plus d'un million de passages ont été enregistrés en 2008. Parmi ces passages, on compte 8,2 % de bénéficiaires de la CMU et 1,7 % bénéficiaires de l'AME[39].

Les centres de santé du département comptaient, en 2006, 1 899 personnes employées, ce qui représente 31 % de l'ensemble du personnel des centres de santé de la région Ile-de-France. Les centres de PMI et/ou de planification familiale recensés en 2008 en Seine-Saint-Denis (161 au total) sont particulièrement bien développés dans le département (voir carte n° 5 en annexe). Le nombre d'enfants de 0 à 6 ans vus chaque année dans les consultations de PMI augmente : il est passé de 82 605 en 2003 à 86 687 en 2007, ce qui représente, en 2007, 54 % des enfants de 0 à 6 ans du département de Seine-Saint-Denis.

Le département compte 119 centres de planification familiale, parmi lesquels 74 sont au sein d'une PMI et 45 hors PMI. La majorité des centres sont de gestion départementale (49 centres) ou municipale (58) et 7 sont gérés par des hôpitaux. Dans les centres de planification familiale le nombre de femmes venues en consultation a diminué, passant de 79 663 en 2003 à 72 791 en 2007, ce qui correspond respectivement à 21,5 % et 19,6 % des femmes du département. En revanche, le nombre d'examens a fortement augmenté (de 110 899 à 171 898 entre 2003 et 2007) ainsi que le nombre d'entretiens de planification (de 52 446 à 64 553 entre 2003 et 2007).

Un CIDAG (Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit) dédié à la prévention et au dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST ou MST) et du VIH et six CDDPS (Centres Départementaux de Dépistage et de Prévention Sanitaire), sont répartis sur le département suivant des secteurs déterminés (voir carte n° 6 en annexe). Les missions des centres s'articulent autour de la prévention, du dépistage, de la promotion de la santé et de l'accès aux droits. Sont organisées des

[39] Chiffres fournis par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass).

consultations de pneumologie, centrées sur le dépistage de la tuberculose, d'IST, notamment VIH et hépatite B et C, de victimologie, et des séances de vaccinations. En 2007, près de 8 800 personnes sont venues en consultation dans les CDDPS, dont près de 5 000 pour des consultations concernant la tuberculose et près de 2 800 pour des consultations IST. Ce sont au total près de 12 500 personnes qui ont été vues[40].

[40] Les données ont été recueillies dans le rapport de l'ORS (observatoire régional de la santé) sur l'offre et la consommation de soins en Seine-Saint-Denis.

B) La construction d'un monde social de la médecine de la précarité

La morphologie sociale de la Seine-Saint-Denis indique que ce département concentre de nombreux habitants pauvres et que l'offre de soins y est moins bonne que dans le reste de la France et que dans la région de l'Île-de-France. On peut néanmoins noter que le tissu des structures de soins collectives et publiques (type centre de santé) y est particulièrement développé, preuve d'une approche de la conception du soin centrée sur l'accessibilité à tous.

Cette volonté que tous ait un accès aux soin est à l'origine de la loi de 1998 qui introduit les PASS et réaffirme la mission de soin (aussi pour les patients sans sécurité sociale) de l'hôpital public. Les difficultés d'accès aux soins des populations les plus pauvres ont été dénoncées par de nombreux professionnels de santé et des associations bien avant le vote de la loi. Ces acteurs sociaux, s'ils ne se rassemblent pas en un groupe clairement défini, ne sont pas pour autant des électrons libres ; ils sont organisés dans ce qu'on peut appeler le « monde social » (Strauss, 1978) de la médecine de la précarité.

1) Les inégalités sociales de santé

Pour comprendre ce qu'est le monde social de la médecine de la précarité, on peut tout d'abord se pencher sur quelques constats établis par la sociologie des inégalités sociales de santé. Les inégalités sociales de santé sont le produit final et complexe des autres inégalités sociales, qu'elles soient de nature matérielle ou culturelle (Bartley, 2004). Leur existence et leur persistance posent la question de la « justice sociale ».

Les déterminants de ces inégalités de santé sont à identifier dans les rapports existant entre les inégalités sociales et l'état de santé à travers des désavantages liés directement à l'appartenance sociale mais aussi indirectement, dans la mesure où ils transitent par des médiations en rapport avec cette appartenance (Aïach et Fassin, 2004).

H. Graham (2004) distingue les déterminants sociaux de la santé des déterminants des inégalités sociales. Les mêmes déterminants sociaux peuvent à la fois produire une amélioration générale de la santé d'une population se traduisant par une baisse de la mortalité et en même temps accentuer les inégalités de mortalité due à une baisse différentielle dans les catégories sociales (Dahlgren et Whitehead, 1991). Cela peut s'expliquer parce que les déterminants sociaux à l'origine de l'amélioration n'ont pas été répartis de façon socialement égale et, en tout cas, parce que leurs effets ne se sont pas faits sentir équitablement.

Il faut donc rajouter aux déterminants sociaux à l'origine de la santé, la répartition sociale des effets produits par les politiques socioéconomiques et sanitaires mises en œuvre pour améliorer la santé et réduire les inégalités de santé. M. Baumann et P. Aïach (2009) recensent deux manières pour réduire les inégalités sociales de santé : les mesures de discriminations positives visant plus spécifiquement les catégories sociales qui souffrent de ces inégalités et/ou, à long terme, la réduction des inégalités socioéconomiques en matière de revenu, de logement, de travail, etc.

D'autre part, il existe deux conditions pour pouvoir parler d'inégalités sociales de santé. Il doit d'abord s'agir d'un objet socialement valorisé (la vie face à la mort, la santé et le sentiment de bien-être face à la maladie, le handicap, la souffrance psychique et physique, etc.) ; et cela doit ensuite concerner des groupes sociaux hiérarchisés dans une position dominant/dominé : les classes sociales et catégories socioprofessionnelles (CSP), des groupes différenciés en fonction du revenu, du patrimoine, du niveau d'instruction, mais aussi en fonction du sexe et de l'origine géographique.

Ainsi, les disparités de consommation médicale ne sont des inégalités que dans la mesure où elles ont des effets sur la santé des groupes se traduisant par une mortalité ou une morbidité différentielle ou encore une différence en termes de souffrance, de handicaps, ou même de charge financière. Les politiques nationales ou locales ne visent souvent que les inégalités de santé devant les soins et attribuent alors à la médecine un rôle déterminant dans la baisse de la mortalité. Il en résulte une croyance dans le fait que les inégalités de santé sont dues aux disparités de consommation médicale et à un manque de connaissance assez généralisé à propos des inégalités face à la mort avec un corollaire (Aïach 2009).

2) Le monde social

> « Dans les situations souvent complexes rencontrées dans ces structures, les intrications médico-psycho-sociales sont particulièrement marquées. L'abord strictement médical centré sur l'organe et la maladie trouve ici ses limites. »
>
> Dr. C. Georges, responsable de la consultation Paul Verlaine à l'hôpital Saint-Louis (Paris), lors du colloque national des PASS du 20 mai 2011

La construction du monde social de la médecine de la précarité, même si cela n'est pas explicitement affirmé, part des constats des inégalités sociales de santé pour construire une conception du soin qui tend à réduire ces inégalités. On peut d'ailleurs remarquer que P. Aïach, médecin et sociologue, figure de la recherche dans le domaine des inégalités sociales de santé, est proche de ce monde social. Lors de l'enquête de terrain, j'ai pu rencontrer un médecin généraliste qui fait des vacations à l'hôpital d'Avicenne dans le service d'addictologie et qui milite pour l'accès aux soins des

populations en situation de grande précarité. Il a travaillé pendant plusieurs années avec Pierre Aïach, au début des années 2000, au sein de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) sur les problématiques des inégalités sociales de santé.

Cette sous-discipline de la sociologie alimente la réflexion de ce monde social et en est une des composantes, comme le sont d'autres sous-disciplines de santé publique, d'économie de la santé ou d'histoire de la santé. Celles-ci procurent une légitimité intellectuelle plus grande à ce monde social qui tente d'assoir et de renforcer sa place dans le monde social plus large de la santé. L'analyse de la (ré)intégration de la question sociale dans les missions « d'intérêt général » de l'hôpital à travers la PASS qui induit, de fait, une conception du soin élargie (qui tient compte des déterminants sociaux de la santé), doit considérer le développement du monde social au sens de Strauss (1978) dans lequel cette institution évolue.

Le monde social est constitué d'un réseau d'acteurs coopérant dans l'accomplissement d'activités spécifiques. Les acteurs s'affrontent et s'accordent pour inventer des catégories et des classements et pour tracer des frontières. Ce concept a été élaboré pour étudier le changement au sein des professions comme étant le résultat d'une « vaste prolifération – illimitée et incessante – de groupes en activités, n'ayant nécessairement ni frontières claires ni organisation solide. [...] Tandis que certains croissent et s'étendent, d'autres se rétractent et meurent » (Strauss, 1992, p. 271). A. Strauss adopte ici une analyse en termes de processus qui ne se limite pas à la distinction entre le micro et le macro-social, mais qui se centre sur l'étude de ces mondes à une échelle qu'on pourrait appeler mezzo-sociale, dans le sens où elle dépasse cette dichotomie. Les mondes sociaux se rencontrent partout, ce sont les mondes de la musique, du jazz, de la médecine, etc. Dans chaque monde social il y a au moins une activité primaire, des technologies, c'est-à-dire des « manières héritées ou innovantes d'accomplir les activités du monde social », (Strauss, p. 273), et des organisations se développent dans ces mondes. Enfin, ces mondes sont toujours plus ou moins segmentés.

Le monde social de la médecine de la précarité se caractérise par une conception du soin particulière (l'activité primaire est ici celle de soigner). Cette conception se base sur le fait que la médecine est incapable de soigner seule des patients dont la situation sociale, environnementale ou psychologique a soit provoqué la pathologie, ou bien entrave le processus de guérison. Cette vision du soin se fait donc en collaboration avec des travailleurs sociaux et des psychologues. Elle s'appuie aussi fortement sur le travail en réseau avec des associations ou des individus qui agissent sur d'autres aspects de la vie sociale du patient selon les besoins (cela peut être compris comme ces « manières innovantes d'accomplir les activités »[41]). Il s'agit donc de travailler en amont et en aval, à la fois sur les pathologies et

[41] La segmentation du monde social sera étudiée plus tard dans le chapitre.

sur les déterminants sociaux de la santé, en faisant collaborer des acteurs aux spécialités différentes dans un fonctionnement en réseau.

Une seconde dimension de cette conception du soin est son approche du contact avec le patient. Se concentrant sur les patients en situation de précarité économique et sociale, l'offre de soin s'adapte à ceux-ci. La complexité du système de soin, que ce soit dans les démarches administratives ou dans les démarches pratiques pour trouver un médecin, est jugée décourageante pour ces patients. Le monde de la médecine de la précarité va donc s'atteler à rendre moins complexes ces éléments. Le système de consultation de médecine générale sans rendez-vous est né de cette idée.

> « C'est sûr que la meilleure manière de ne pas s'occuper de ses patients, c'est de ne pas se rendre disponible. Si tu leur dis 'il faut prendre un rendez-vous, dans deux semaines, venez à mon bureau', c'est sûr, tu vas les décourager. Donc l'idée c'est quand même de se dire que le patient précaire est vulnérable à la complexité et que c'est à nous de nous adapter à ses patients, et non pas au patient de s'adapter aux institutions. Donc moi ce que j'attends des assistantes sociales qui travaillent chez moi, c'est qu'elles s'adaptent au patient, et non pas que les patients s'adaptent à elles. »
> Carine Janvier, responsable du service social de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis[42]

Cette conception du soin s'oppose à celle de l'hôpital public moderne. Le développement de la médecine de pointe et le découpage des services des hôpitaux en spécialités ont banalisé une approche centrée sur des pathologies précises qui tend à oublier le patient derrière l'acte de soin. Ainsi, les médecins qui montrent une approche différente et qui considèrent le patient dans son environnement social sont peu nombreux. À ce sujet les propos suivants sont très éclairants :

> « Après s'il veut faire une prise en charge globale du patient, parce que éthiquement parlant il estime que son soin va au-delà... Mais hélas, en fait ça dépend de leur vision de la médecine. Mais on ne peut pas reposer, si tu veux, un circuit sur la vision de la médecine de chaque médecin. Parce que à ce moment-là, tu vois on ne s'en sort pas. Parce que là, c'est très personne dépendant. Tu en as qui sont des très très très holistiques de la médecine et qui vont tout voir, la famille, leur culture, machin, le truc. Et puis tu en as d'autres c'est vraiment vous avez mal au pied gauche, c'est le quatrième orteil à droite, il ne pourrait même pas te dire quelle tête a le patient. Ça si tu veux, ces deux types de médecins. »
> Carine Janvier, responsable du service social de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis[43]

> A.S. : « C'est un autre médecin qui lui aussi était sensible aux questions de précarité, voilà, je pense que c'est une question, enfin, les médecins qui sont référencés comme un médecin PASS, même s'ils ne sont pas officiellement sur le petit papier 'médecin référent', c'est parce que ce sont des médecins aussi qui ont une façon de travailler, une sensibilité autre que les autres praticiens. Je pense que c'est surtout ça. Et

[42] Entretien réalisé dans les locaux du service social de l'hôpital Delafontaine en janvier 2011.
[43] Entretien réalisé dans les locaux du service social de l'hôpital Delafontaine en janvier 2011.

qu'effectivement ces médecins-là au bout d'un moment tu les repères, et c'est pas simplement à la policlinique, parce que pour avoir travaillé en médecine, et ben on pourrait qualifier certains médecins, enfin certains praticiens en médecine de médecin PASS » !
J.G. : « Et du coup ça veut dire quoi médecin référent de la PASS ? »
A.S. : « Ça veut dire que quand il y a des réunions officielles c'est lui qui répond aux questions, qui vient, qui est plus au fait, comment dire, de tout ce qui est précarité. Je pense qu'il est quand même, il a une façon de travailler avec le patient, il ne va pas hésiter à appeler l'interprétariat, il va avoir une forme de suivi qu'on ne va pas forcément retrouver chez tous les médecins. Il est plus sensible en fait à la notion de précarité, je pense que c'est simplement ça. »
Assistante sociale des urgences de l'hôpital Jean Verdier à Bondy[44]

Ce monde social est une nébuleuse constituée de différents acteurs, organisations, institutions et associations qui travaillent en réseau pour prodiguer des soins aux malades en situation de grande précarité économique et/ou sociale ; ces soins sont médicaux et psychologiques et fonctionnent avec un accompagnement social et des actions pour agir sur les conditions de vie (qui, lorsqu'elles sont précaires, agissent négativement sur la santé et sur les processus de guérison). Les PASS ne sont qu'un aspect de cette nébuleuse, mais elles en sont un des éléments centraux.

Ces deux extraits illustrent parfaitement la conception du soin de ce monde social dans sa dimension multifactorielle et partenariale :

J.G. : « Et quand tu reprends la situation, en général tu t'occupes... du recouvrement des droits à la sécurité sociale ? Et en fait, ça t'arrive de faire d'autres choses ? »
A.S. : « À bah oui ! Comme par exemple, celle dont je t'ai parlé tout à l'heure, qui a été hospitalisée en rhumato pour une infiltration. Donc elle a été vu par Djazira (assistante sociale du service de rhumatologie) deux fois, bon, elle l'a pas pris... Bon, elle est revenue, elle avait vu Christian (Degennes), le jour même il a appelé le rhumato et, l'hospitalisation a été décidée le jour même pour, c'était un lundi pour un vendredi. Comme c'était une personne SDF, elle a pas de portable, rien du tout, donc il fallait lui trouver tout de suite, d'abord un rendez-vous pour l'hospitalisation d'ici, et puis convaincre les médecins de la garder jusqu'à ce que je trouve quelque chose. Et entre-temps j'ai fait une demande d'aide médicale, qui n'est toujours pas arrivée. Et je ne veux pas qu'elle retourne dehors parce que ça sert à rien de faire des infiltrations, et qu'elle va galérer dehors, si elle ne peut pas se soigner. Donc là je lui ai trouvée une maison de repos, je vais essayer de la maintenir le maximum, trois mois. Entre-temps je vais essayer de voir si on peut pas travailler sur un foyer ou une association. Et, en même temps, avec le consulat j'ai déjà faxé le document pour récupérer son passeport. »
D. Amrouche, assistante sociale de la PASS-Villermé depuis 2001[45]

[44] Entretien réalisé dans le bureau de l'assistante sociale des urgences à l'hôpital J. Verdier en février 2011.
[45] Entretien réalisé à la PASS-Villermé en décembre 2010.

« Il y a une adaptation du savoir-faire sur la prise en charge des populations précaires, c'est toujours un petit peu pareil, la même ritournelle, qui est d'avoir une équipe de professionnels qui soient des docteurs, des psychologues, des travailleurs sociaux. Chacun ayant un rôle extrêmement important pour des raisons diverses, et l'important et le plus difficile étant la coordination entre tous ces acteurs. Les docteurs c'est un peu évident dans un hôpital, enfin docteurs, infirmières, bon on voit bien un petit peu cet aspect médical, et qu'il faut prendre des médicaments, comment on les donne, comment on surveille. Donc il y a tout cet aspect des choses. L'aspect social, ça peut paraître un peu évident, on dit volontiers 'pas d'accès aux soins, sans logement, sans accès aux droits'. Donc on voit bien effectivement qu'il y a un certain nombre de choses qui peuvent être tout à fait bloquantes, si on ne se donne pas les moyens de les débloquer. Si des gens arrivent sans carte vitale, ou des choses comme ça. Le psychologique c'est aussi un de mes domaines qui est que, parce que ça rejoint complètement les choses et pourquoi finalement, si on veut faire un lien avec les gens, si on veut faire une alliance de prise en charge, il faut quand même être un petit peu attentif à un certain nombre de déterminants très importants. Pour les gens qui sont dans le SIDA, ce sont les représentations de la maladie, pour une femme dire 'je suis séropositive', c'est se faire rejeter par le mari ou la famille. On voit bien que même si le docteur est très gentil, que l'assistante sociale est très efficace, ça peut être mis en échec parce que, effectivement, tout compte. Vous êtes obligé un petit peu d'agir sur ces choses-là, et dans les liens avec le système de soins.
[...]
Notre axe qui est finalement une prise en charge de la population fragilisée, du coup effectivement, on donne un sens un petit peu large à la précarité, c'est vraiment différents déterminants de la précarité, toujours cette idée que la réponse ne peut pas du tout être une réponse médicale exclusive, que ça va foirer, qu'il va y avoir des ingrédients d'échec, de blocage et de mise en échec, s'il n'y a pas cette idée de cette réponse un petit peu diversifiée, et notamment médicale, psychologique et sociale, et ce travail, auquel on rajoute cette fois les associations. »
Dr. D. Mégnen, médecin, praticien hospitalier en infectiologie et référent de la PASS à l'hôpital Delafontaine, Saint-Denis[46]

3) Les débuts du monde social de la médecine de la précarité

Lorsqu'on considère le centre Villermé, son fonctionnement de concert et pluridisciplinaire entre des infirmiers, des travailleurs sociaux et des médecins, il est important de comprendre que ce n'est pas un fait spécifique et circonscrit à l'hôpital Avicenne. D'autres centres au fonctionnement similaire ont vu le jour à la même période, notamment la consultation Baudelaire en 1992 créée par le Dr Jacques Lebas qui est la première de ce type à l'hôpital Saint-Antoine à Paris, mais aussi la consultation Verlaine de l'hôpital Saint-Louis qui a ouvert quelques années après.

Il faut souligner que la création de ces centres à l'intérieur d'hôpitaux s'inscrit dans un développement dans le temps plus large que celui du centre lui-même et qu'elle n'est pas le fait

[46] Entretien réalisé à l'hôpital Delafontaine en février 2011.

d'individus isolés, mais plutôt le résultat d'un processus long et complexe et d'une histoire collective[47]. Il s'agit ici en effet du développement d'un monde social au sens de Strauss (1978).

Tous les médecins qui ont travaillé à l'ouverture du centre Villermé avaient été recrutés par le Dr. Follereau, cinq d'entre eux étaient bénévoles à Médecins sans Frontières et un à Médecins du Monde, ils étaient donc déjà intégrés dans des structures qui appartiennent au monde social de la médecine de la précarité.

On peut également mettre en parallèle la création, en 1986, de la « mission France » de Médecin du Monde qui, après avoir fait le constat que de nombreux individus pauvres en France n'avaient pas accès aux soins, ont décidé de créer des centres de soins gratuits.

Se développe donc en France, à la fin des années 1980 et au début des années 1990, une sensibilité dans les milieux médicaux, notamment hospitaliers, autour de la question de l'accès aux soins et de la vulnérabilité des patients précaires. On peut considérer que cet intérêt retrouvé à soigner les patients pauvres a réintroduit la question sociale à l'hôpital public ; non sans difficulté étant donné l'orientation hyper-spécialisée et de médecine de pointe qu'a prise cette institution depuis la seconde guerre mondiale.

Un parallèle avec la prise en charge des patients séropositifs en situation de précarité au début des années 1990

L'enquête menée auprès des acteurs de terrain a plusieurs fois fait entrevoir l'hypothèse que le développement du monde social de la médecine de la précarité, tout du moins dans le département de la Seine-Saint-Denis, se situe au moment où l'épidémie de SIDA s'accentue et cela surtout dans les milieux pauvres (parmi les populations de toxicomanes et les populations immigrées d'Afrique noire). De nombreux individus, qui évoluent aujourd'hui dans ce monde social étaient des acteurs engagés dans la lutte contre le SIDA et dans la prise en charge des patients séropositifs. On peut observer plusieurs points de comparaison entre les problèmes rencontrés à l'époque et la conception du soin adoptée par le monde social de la médecine de la précarité. Les patients séropositifs de la fin des années 1980 et du début des années 1990 se retrouvent, pour beaucoup d'entre eux, dans les milieux de toxicomanes qui amènent des problématiques de santé que l'hôpital, dans sa forme et son fonctionnement, ne pouvait que difficilement résoudre. Les patients concernés étaient dans une situation de précarité sociale et économique ; la spécificité de la maladie demandait, du fait de sa stigmatisation et du fléau social qu'elle représentait à l'époque, une prise en charge à la fois médicale et psychologique. Tous ces éléments ont nécessité une approche du soin qui était nouvelle dans les services infectieux[48], d'autant plus que ces

[47] On peut d'ailleurs souligner le rôle important que joue la mémoire collective (Halbwachs, 1950) dans la construction d'un monde social comme celui-là.
[48] L'imbrication du social et de la maladie était cependant déjà considérée dans d'autres services, notamment dans les soins palliatifs et en gériatrie.

services faisaient face à une grande pauvreté et à des individus qui souvent n'avaient pas les moyens matériels de suivre leur traitement dans de bonnes conditions (absence de domicile fixe, mauvaises conditions d'hygiène générale, etc.).

C'est à ce moment notamment que les assistantes sociales hospitalières ont élargi leurs fonctions (dans les services de maladies infectieuses) en collaboration avec les médecins[49] pour faire de la prise en charge sociale davantage globale et de l'accès aux soins. Il a également fallu entreprendre un travail de partenariat avec le tissu associatif qui s'occupaient de ces populations et avec les médecins généralistes afin d'établir une démarche de soins cohérente sur le long terme.

> D.M. : « Après, [quand j'ai travaillé dans le service] infectieux, à partir des années 90, ça a été beaucoup lié au sida. C'est-à-dire que ma carrière elle-même de l'infectieux, ça a été le service d'infectieux pour répondre à l'épidémie de SIDA. Et donc, les choses ont commencé à se mettre en place pour moi à partir de là. [...] Et donc, dans les années 90, le SIDA monte en charge dans l'hôpital, et c'est avant tout des usagers de drogue. Avec une précarité un peu particulière, à ce moment-là, qui est plutôt des problèmes avec la loi, des choses comme celles-là que, que peuvent avoir des jeunes toxicos, donc elles qui vont être un peu différentes des problèmes tels qu'ils vont se poser une dizaine d'années après. À ce moment-là, effectivement, déjà les réponses auxquelles je vais participer, les réponses de type, ce sont des réponses de type réseaux de soins. C'est-à-dire, l'idée que c'est impossible de répondre tout seul à des problématiques qui ne sont souvent pas des problématiques purement médicales, mais des problématiques médicales, psychologiques souvent, des problèmes d'accès aux soins, les éléments relationnels des personnes et social, même si c'est un social d'un type particulier. Mais enfin il y a souvent à ce moment-là des gens désinsérés, qui ont des problèmes de logement, des choses de cet ordre-là. Donc effectivement, j'ai adapté mon expertise de médecins hospitaliers, dit un peu spécialiste, de médecine interne et de maladies infectieuses, à cette modalité d'exercice, qui est une organisation en réseau, c'est-à-dire pluriprofessionnel et pluridisciplinaire, donc de croiser un petit peu ça. » .
>
> J.G. : « Mais donc en fait, depuis le début des années 90, vous disiez que dans les années 90 c'était plus des toxicos, c'était plutôt en général des gens d'origine française, mais déjà à cette époque-là, on faisait le lien entre le traitement médical du SIDA et le travail en collaboration avec des associations, le travail social, et le travail psychologique ? »
>
> D.M. : « Oui, c'est exactement ça ! C'est de dire que finalement la méthode, finalement était exactement la même. Même si ce n'était pas pour les mêmes raisons. »
> Dr. D. Mégnen, médecin, praticien hospitalier en infectiologie et référent de la PASS à l'hôpital Delafontaine, Saint-Denis[50]

[49] C'est le constat que j'ai pu faire à l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis et à l'hôpital Avicenne de Bobigny.
[50] Entretien réalisé à l'hôpital Delafontaine en février 2011.

D.A. : « C'était donc euh Follereau. C'était donc Follereau, qui était, euh, l'initiateur de cette PASS, bien avant la loi de 1998. Parce que même avant par rapport à la recrudescence de la maladie du SIDA, c'est vrai qu'il a mis une assistante sociale justement sur ce volet »
J.G. : « Pour les séropos ? »
D.A. : « Ouais. Après bon, vu la précarité qui allait en augmentant donc, c'était logique que ça touche d'autres pathologies. »
D. Amrouche, assistante sociale de la PASS d'Avicenne depuis 2001[51]

Le détour par les débuts de l'existence de ce monde social est important car les actions qui y sont menées aujourd'hui se font en fonction des actions qui ont été menées dans le passé. Les liens qui existent entre ce monde social et celui de la lutte contre le SIDA des années 1990 sont structurants et ont donné un cadre dans lequel le monde social de la médecine de la précarité évolue. « L'intégration, dans le modèle dynamique d'action, de l'idée d'individus actifs répondant créativement aux événements qu'ils rencontrent et le fait que ces réponses, ces actions individuelles et/ou collectives ne peuvent s'analyser que comme enchâssées dans des ensembles de conditions eux-mêmes antérieurs affectant la situation présente et qui sont affectés par ces actions, les conséquences présentes de l'action devenant à leur tour des conditions pour les actions à venir » (Baszanger, 1992, p. 21).

[51] Entretien réalisé à la PASS-Villermé en décembre 2010.

C) Les PASS de Seine-Saint-Denis

Les PASS sont issues de la loi de lutte contre les discriminations de 1998. Ce sont des dispositifs créés au sein d'établissements publics de santé qui visent à accueillir les personnes en situation de précarité, à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits en matière de santé[52]. Cependant, la loi ne prévoit pas de procédure standardisée quant à leur mise en place et aux modalités de fonctionnement, ces dernières restent à l'initiative des hôpitaux[53].

1) Les différents fonctionnements

Il faut distinguer la PASS-Villermé des autres PASS du département. Le fonctionnement des PASS est inégal. Certaines continuent à ne recevoir que des patients avec des droits potentiels, excluant les plus démunis d'entre eux à savoir les « sans droits potentiels », d'autres sont tellement complexes d'accès qu'elles ne permettent pas aux personnes en situation de précarité d'y avoir aisément recours.

On dénombre cinquante-trois PASS en Ile-de-France, installées dans cinquante et un établissements hospitaliers de la région. L'offre est particulièrement importante à Paris (treize PASS) et en proche couronne (six PASS dans chacun des trois départements) (voir graphique n° 11 en annexe). Le département de la Seine-Saint-Denis recense six PASS, elles se répartissent entre les hôpitaux de Bobigny, Bondy, Aulnay-sous-bois, Montreuil, Montfermeil et Saint-Denis.

On peut distinguer les PASS selon quatre modes de fonctionnement :

La PASS horizontale

La PASS de l'hôpital d'Avicenne est caractéristique de PASS dites « horizontales ». Elle a deux types d'action. Le premièr permet aux patients qui n'ont pas de couverture sociale de se faire soigner grâce à des « bons » appelés eux aussi « PASS ». Ces derniers sont attribués par l'assistante sociale qui en a la charge (dont le bureau est dans la policlinique), cette distribution se fait en parallèle d'un accompagnement dans les démarches de recouvrement d'une assurance sociale. Ces bons, qui sont valables un mois, renouvelables, permettent de bloquer les factures au niveau du service financier en attendant que le patient soit assuré. Ils lui permettent d'accéder à tous les services de l'hôpital (soins

[52] Cf. article 71 de la loi de lutte contre les discriminations de 1998 et introduction.
[53] Il existe bien un guide de recommandations sur l'organisation des PASS édité par la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), mais il n'a pas de pouvoir prescriptif et reste vague sur les modalités concrètes d'organisation (cf. en annexe).

ambulatoires, consultations, pharmacie, examens, etc.). Ils permettent aux patients de disposer de l'offre de soin de l'hôpital comme tous les autres patients.

Le second consiste à proposer des services réservés et adaptés à cette population en situation de précarité économique et/ou sociale. Ce sont les consultations de la PASS-Villermé (consultation de médecine générale et psychiatrique et accompagnement social).

La condition nécessaire d'une PASS horizontale est de disposer d'un espace dédié à la prise en charge de ces patients, celui-ci doit être physiquement présent dans l'hôpital. Les modalités de fonctionnement et la taille peuvent varier d'un hôpital à l'autre. La structure de base de ce type de PASS est constituée d'une permanence sociale et d'une consultation de médecine générale sans rendez-vous. Les variations d'un hôpital à l'autre se font sur une grande amplitude. Des consultations spécialisées peuvent être proposées, avec ou sans rendez-vous, comme à Avicenne avec la consultation psychiatrique sans rendez-vous. D'autres spécialités peuvent être proposées comme la gynécologie, l'ophtalmologie, etc.

En plus des consultations médicales et sociales, la PASS horizontale peut proposer des soins diversifiés comme des soins infirmiers, des consultations de psychologie, des consultations spécialisées dans « les troubles de la santé et de la violence », etc. Cette forme de PASS dispose d'une structure qui est souvent antérieure à la loi de 1998 (comme à Avicenne, 1996, à Saint-Antoine, 1992 ou Saint-Louis, 1994). La PASS s'est pour ainsi dire greffée aux consultations Verlaine et Baudelaire et au centre Villermé, n'y apportant souvent presque rien de nouveau si ce n'est un nom et une légitimité législative[54]. D'autre PASS horizontales ont connu un développement inverse, la loi de 1998 ayant donné l'impulsion, le système a commencé sans espace dédié et s'en est créé un après quelques années. La PASS-Villermé est la seule PASS horizontale du département de Seine-Saint-Denis.

La PASS transversale

La PASS dite « transversale » vise à intégrer les patients en situation de précarité dans le circuit de soins normal. Dans ce cas-là, le dispositif se résume en général au système de « bons » et n'a qu'une dimension sociale ; les soins ne sont pas adaptés, ils restent les mêmes pour tout le monde. L'idée souvent mise en avant par les tenants de la PASS transversale est qu'elle empêche toute stigmatisation des patients pauvres et sans couverture sociale en les intégrant dans le système de soin normal. Ainsi, aucune différence n'est faite entre un patient sans couverture sociale et un patient assuré au niveau des soins médicaux. Le parcours est le même sauf que le patient sera orienté avant ou après la consultation vers un travailleur social s'il n'est pas en mesure de présenter une carte de sécurité sociale pour qu'on lui fasse un bon PASS afin de commencer les démarches pour recouvrer une couverture sociale.

[54] Ces trois dispositifs disposaient de consultations sans rendez-vous, d'un espace dédié et d'un système pour bloquer les factures.

Ce système, qui est de loin le plus répandu dans les hôpitaux de France, n'adopte pas la conception du soin du monde social de la médecine de la précarité. Les soins qu'il propose ne prennent pas en compte les déterminants sociaux de la santé. Le médecin ne travaille pas en collaboration avec les travailleurs sociaux et inversement, ils travaillent parallèlement, traitant les problèmes selon deux aspects séparés, le social d'un côté et le médical de l'autre. Toutes les autres PASS de Seine-Saint-Denis ont adopté cette forme.

> « On voulait faire un circuit qui ne soit pas discriminant, c'est-à-dire que le patient sans accès, sans possibilité d'accès aux soins, et sans accès au droit, puisse prendre ce circuit comme n'importe quel autre patient et qu'il soit soigné comme n'importe quel autre patient de l'hôpital. Mais qu'il ne soit pas non plus, qu'il n'y ait pas non plus de discrimination positive, c'est-à-dire qu'on ne leur dise par 'vu que vous n'avez pas de droit, vous avez le droit de passer devant tout le monde, alors que l'autre il attend six mois pour avoir son rendez-vous d'ophtalmo, et vous l'aurez dans 15 jours sous prétexte qu'il a pas de sécu'. Donc l'idée, c'était vraiment de faire que le patient se retrouve vraiment au milieu des autres patients. »
> Carine Janvier, responsable du service social de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis[55]

> C.J. : « Donc le médecin fait ce qu'il a à faire. Il fait son évaluation médicale, si il dit qu'il a besoin de telle ou telle chose, il fait son ordonnance à son patient comme il le ferait avec n'importe quel patient. »
> J.G. : « Et là, le médecin n'est pas au courant que le patient et dans la PASS ? »
> C.J. : « Non, pas forcément. Il fait son boulot de médecins, on lui demande de faire son boulot de médecin, il fait tous les examens qu'il estime nécessaires, et le patient revient nous voir, nous, le service social. [...] Mais si tu veux, ça veut dire qu'on ne veut pas que le médecin commence à gérer le problème de la précarité. Enfin si il veut, il peut, mais à la limite ce n'est pas son problème, il est là pour faire un bon diagnostic, pour lui donner les bons médicaments, et faire sa bonne orientation médicale et c'est déjà pas mal. »
> Carine Janvier, responsable du service social de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis[56]

La PASS spécialisée

La PASS peut prendre encore une autre forme qui se combine avec un mode d'organisation transversal ou horizontal. La PASS peut être spécialisée dans un domaine de la santé qui ne peut pas, ou difficilement, être pris en charge dans les PASS généralistes. En Seine-Saint-Denis, l'hôpital Jean Verdier à Bondy a une PASS spécialisée en maternité, gynécologie (IVG) et en pédiatrie. Cet hôpital a une maternité de niveau deux, ce qui explique sa spécialisation. C'est la seule PASS spécialisée du département, à Paris il existe d'autres spécialités, notamment dans les soins dentaires ou

[55] Entretien réalisé dans les locaux du service social de l'hôpital Delafontaine en janvier 2011.
[56] Entretien réalisé dans les locaux du service social de l'hôpital Delafontaine en janvier 2011.

ophtalmologiques. La PASS spécialisée fonctionne sur un modèle transversal ou horizontal, celle de Jean Verdier est transversale.

L'absence de PASS

Dans son développement extrême, la PASS transversale peut permettre d'avoir un système sur le papier, sans qu'il n'y ait aucun dispositif concret dans l'hôpital. Le système transversal, parce qu'il se veut « discret », peut complètement disparaître. Comme il n'y a pas d'espace dédié ni de personne dédiée, le système de PASS peut être oublié facilement. L'hôpital Robert Ballanger d'Aulnay-sous-bois est caractéristique de cette absence de PASS. Lorsqu'on se rend sur le site internet de l'hôpital, une page entière est consacrée à la PASS, le directeur de l'hôpital a également affirmé que la PASS existait dans son hôpital. Cependant, il n'existe aucune PASS dans les faits depuis plusieurs années.

Une assistante sociale a été embauchée à la fin de l'année 2010 et s'est occupée du service des urgences et de la PASS. Seulement, elle n'est restée que quelques mois, complètement isolée dans l'hôpital et n'ayant aucun soutien de la part de la direction, elle a préféré démissionner. Depuis ce poste est vacant. À la consultation Villermé, il est arrivé plusieurs fois que l'on reçoive des patients qui étaient aller se faire soigner à l'hôpital R. Ballanger, qui étaient arrivés par les urgences et qui, après avoir été pris en charge (de manière ponctuelle, sans possibilité de suivi), avaient été renvoyés chez eux avec une facture. Un danger inhérent à la PASS transversale est celui de devenir invisible et de ne plus fonctionner[57].

Ainsi, le type d'organisation des PASS montre différents degrés de fonctionnalité. Les PASS horizontales sont celles qui ont le plus de visibilité, du fait d'un espace physique clairement identifié ; les PASS transversales le sont moins. La différence entre l'organisation horizontale et l'organisation transversale engendre aussi des différences structurelles dans le fonctionnement des PASS qui engagent des logiques inverses et a des effets sur la conception du soin.

À travers l'étude comparée des processus de négociation dans les changements structurels de la PASS-Villermé et de la PASS de l'hôpital Delafontaine, on voit comment ces différences structurelles agissent sur ces éléments.

[57] Ce point sera développer dans la suite de ce chapitre.

2) Les différences structurelles entre les PASS

> J.G. : « Et le rôle de Follereau ? »
> A.J. : « Il a été moteur, enfin, s'il n'avait pas été là je ne pense pas que ça se serait fait, parce qu'il avait la confiance et des médecins et de l'administration, avec son statut de chercheur. Il avait cette double reconnaissance qui était essentielle. Et puis, c'est un mec de dossier, ce n'est pas seulement un médecin, c'est un mec qui sait monter des dossiers, il sait les défendre, on ne peut pas lui enlever ça. »
> Anne Jourdan, assistante sociale de la PASS entre 1996 et 1999[58]

Ce qui rend le médecin responsable de la PASS-Villermé si important pour la survie, ou du moins le bon fonctionnement de cette organisation, c'est sa capacité à négocier sa pérennité avec l'administration.

Lorsqu'on essaye de comprendre comment l'ordre d'une unité hospitalière (ici la PASS, mais cela reste vraie pour les autres départements) se construit, on ne peut sous-estimer le rôle des médecins. L'ordre de l'hôpital, même s'il est en construction constante, possède des règles tacites qui restent dans le temps (Strauss, 1992). Le rôle décisionnaire et prédominant des médecins doit être pris en compte si l'on veut avoir une vision juste de cet ordre. Même si, à une échelle plus fine, il est vrai que la négociation du fonctionnement du dispositif se fait aussi entre les médecins et les autres travailleurs (voire même avec les patients), il existe une hiérarchie qui fait que la structure de l'ordre, son ossature, est dessinée par ceux qui ont le plus de pouvoir. Les modalités sont ensuite quotidiennement discutées entre les personnes concernées, et chacun négocie pour adapter les règles selon ses propres objectifs. Néanmoins, tous n'ont pas le même pouvoir de négociation, et la négociation à l'intérieur de la PASS-Villermé est conditionnée par la négociation préalable faite par les médecins, et qui n'aurait pas pu être faite par une autre catégorie de personnel ou par les patients.

Le rôle prédominant des médecins…

En tenant compte du niveau structurel de l'ordre social de la PASS-Villermé, on comprend mieux comment se négocie sa construction. Lors des réunions trimestrielles concernant la PASS, la direction rencontre l'équipe médico-sociale pour discuter des problèmes rencontrés, d'autres intervenants peuvent y participer lorsqu'il y a des points précis à discuter (par exemple, un médecin urgentiste est venu une fois pour discuter de la visibilité de la PASS aux urgences, une autre fois c'était une personne de l'équipe de la pharmacie hospitalière qui est venue pour parler des modalités de délivrance des médicaments avec un bon PASS, etc.). Il est notable que lors de ces réunions ce sont les médecins, et

[58] Entretien réalisé dans les locaux de l'association « First », à Aulnay-sous-bois, en mars 2011.

plus particulièrement le médecin référent, et les représentants de la direction qui prennent la parole. Les assistantes sociales (des urgences et de la PASS) sont toujours présentes, mais ne prennent pas part aux discussions, sauf quand elles sont directement concernées, elles vont plus souvent avoir un rôle consultatif. Lors des réunions ou lors des rencontres avec des organisations de l'extérieur c'est également le médecin référent qui prendra la parole et participera aux débats. La négociation pour le budget de la PASS se fait aussi entre la direction de l'hôpital et le médecin référent. Un exemple assez représentatif de la façon dont se passent les négociations autour du fonctionnement de la structure a été la décision d'embaucher la psychiatre pour une vacation d'une demi-journée par semaine.

L'idée est venue du médecin référent après qu'il a rencontré cette psychiatre. Ils en ont d'abord parlé tous les deux, elle a montré un intérêt à ce projet. Le médecin en a ensuite parler avec ses confrères de la PASS, et plus particulièrement avec celui qui fait l'autre consultation sans rendez-vous, qui est par ailleurs un ami avec qui il milite dans le domaine de la santé depuis de nombreuses années. Il se sont renseignés de manière informelle auprès du chef de médecine interne qui est responsable de l'embauche des médecins de la policlinique pour savoir si cela était envisageable au niveau financier et logistique. Ce n'est qu'ensuite qu'il en a discuter avec les assistantes sociales. La discussion n'était pas forcément que formelle, le médecin en a discuter à plusieurs reprises avec elles, en leur demandant leur avis, en questionnant leurs savoirs (il s'agissait, entre autre, de savoir si la permanence psychiatrique ne ferait pas doublon avec le service psychiatrique des urgences, l'assistante sociale des urgences a pu donner des informations précieuses sur ce sujet). La négociation a même été jusqu'à interroger l'ancienne infirmière de la PASS[59], mais la consultation n'était que formelle, son avis n'ayant pas été pris en compte. Ce n'est que lorsqu'en interne le sujet a été approuvé que la demande a été faite officiellement par le médecin référent.

Cet exemple montre que la négociation est effectivement présente à tous les niveaux et qu'elle se fait entre tous les acteurs concernés. Cependant, il est intéressant de noter que le changement dans l'ordre de la PASS-Villermé est instigué par le médecin. Cet élément souligne la différence du pouvoir de négociation des acteurs selon leur statut. Il est fort peu probable que de tels changements (l'embauche d'un nouveau collègue, une nouvelle orientation de la PASS, etc.) soient entrepris à l'initiative des personnels qui sont hiérarchiquement en dessous du médecin.

[59] Cette infirmière travaille désormais à la policlinique, mais continue d'assister les médecins pendant les consultations sans rendez-vous, même si une mauvaise entente entre les médecins et cette dernière a terminé ce reste de collaboration. La seule trace qu'il en reste son ses allers et venues dans le cabinet pendant les consultations. Elle continue cependant parfois a assisté aux réunions de la PASS.

… qui tend à être remplacé.

Néanmoins, il ne faut pas voir ici une preuve de l'autorité des médecins dans la construction de l'ordre social. Le contexte structurel est aussi soumis à des mutations, plus lentes certes, et l'ordre hiérarchique est aussi susceptible d'évoluer en faveur d'autres groupes sociaux. Dans le cadre de l'hôpital c'est le personnel administratif qui n'a cessé de gagner en pouvoir décisionnel depuis les années 1980 (Berlogey, 2010 ; Fassin et Hauray, 2010). Ainsi, lors d'observations des systèmes de PASS dans d'autres hôpitaux, il a possible de constater que ce n'était pas toujours les médecins qui avaient le plus de poids dans l'orientation des changements de l'ordre. L'hôpital Delafontaine à Saint-Denis, qui possède une PASS très développée et fonctionnelle, a choisi de donner la responsabilité de cette structure à la cadre responsable du service social et à la cadre responsable des recettes. Ce sont ces deux cadres administratifs qui sont en charge de la PASS, il y a bien un médecin référent, mais celui-ci ne prend pas directement part aux décisions concernant ce dispositif. Comme les assistantes sociales à Avicenne, il sera systématiquement consulté, son avis aura une importance, mais les initiatives n'émaneront pas de lui. L'ordre social s'en trouve profondément changé, l'orientation de l'évolution de la structure est différente, davantage rationalisée. Le « *ciment symbolique* grâce auquel (...) l'organisation se maintient », « le mandat généralisé sous lequel l'hôpital [ici la PASS] peut fonctionner – l'oriflamme commune sous laquelle tous peuvent travailler de concert »[60] est ici un objectif financier. Les négociations concernant la PASS auront très souvent un argumentaire budgétaire, l'objectif premier étant que cette structure, en permettant aux patients de retrouver une sécurité sociale le plus rapidement possible, permette de réduire les impayés, voire de se les faire rembourser lorsque cela est possible.

> « Donc, de toute façon, ça veut dire que si l'hôpital ne prend pas les moyens de prendre en compte cette population qui est sa patientèle, ça veut dire qu'il va souffrir beaucoup. Pour dire les choses clairement, il va souffrir financièrement, il va souffrir au niveau de la prise en charge, il va souffrir au niveau de l'adaptation des circuits, et puis les gens qui ne supportent pas d'avoir des précaires, il vaut mieux qu'ils aillent voir ailleurs parce que de toute manière c'est 99,99 % de nos patients. » [...]
> « Donc, tout ça a fait qu'on a travaillé à la mise en place d'une collégialité par rapport à l'organisation de la PASS, une collégialité qui repose à la fois sur un médecin coordinateur, qui est devenu Mégnen, il est arrivé un peu plus tard, une fois que l'état des lieux avait été fait (rires), enfin je t'en parlerai après, Pauline Legrand, qui est la chargée des ressources de l'hôpital, qui s'occupe de toute la facturation de l'hôpital et le service social patient. Et si tu veux Francis Jacques, qui était notre responsable, avait d'emblée les deux parties recettes et service social, donc quand on a travaillé sur la PASS il a mis forcément ces deux adjointes, enfin ces deux collaboratrices, il nous a mis le marché en main d'emblée, on a d'emblée pensé la PASS en termes financiers et en termes social et en terme médical. D'abord financier et social et ensuite médical. »
> Carine Janvier, responsable du service social de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis[61]

[60] Strauss, 1992, op. cit. p. 95.
[61] Entretien réalisé dans les locaux du service social de l'hôpital Delafontaine en janvier 2011.

Alors qu'à Avicenne, et dans les autres hôpitaux observés, ce « ciment symbolique » est l'accès aux soins pour tous, toute l'équipe médico-sociale s'accorde sur le droit à la santé et le droit de se faire soigner est la raison d'être de ce dispositif.

> « Sur certains hôpitaux on a pu voir que par exemple, si on ne pouvait pas récupérer de droit au niveau sécu, les gens n'entraient pas dans la PASS. À Jean verdier ça ne se passe pas comme ça, que les gens aient une situation, enfin rencontrent une situation de façon ponctuelle, ou même si ça peut durer dans le temps, s'ils n'ont pas accès aux soins et au médicaments, ils rentrent systématiquement dans la PASS, on se pose pas la question 'est-ce qu'on va récupérer les droits ?', C'est d'abord le soin, les droits effectivement si on les récupère, on peut régulariser, tant mieux ! Mais ce n'est pas une condition d'entrée dans la PASS. »
> Assistante sociale des urgences de l'hôpital Jean Verdier à Bondy[62]

Ce sont les directeurs d'hôpital qui sont à l'origine de ces différences d'orientation qui changent considérablement la division du travail de la PASS et les objectifs de la structure. En choisissant de donner la responsabilité à un médecin, qui n'est pas un salarier de l'hôpital[63] et qui exerce cette fonction dans une démarche militante, l'ordre social (qui est largement influencé par ce médecin comme nous venons de le voir) a une base qui est teinte de militantisme et de médecine humanitaire[64]. De ce fait, l'accent est mis sur une conception du soin fortement marquée par celle du monde social de la médecine de la précarité ; la prise en charge du patient précaire est globale, l'important étant que tous les patients reçoivent des soins qui correspondent à leurs besoins. Les acteurs principaux sont les médecins qui prodiguent les soins, ils travaillent avec le concours de l'assistante sociale de la PASS qui s'occupe du côté administratif (fournir le bon PASS) et social.

De l'autre côté, à Delafontaine, la directrice de l'hôpital, concernée par le problème de la précarité et mue par une logique de « rentabilité », a investi dans la PASS pour la rendre la plus opérationnelle possible. La logique change complètement, le service étant sous la responsabilité du service social et du service financier, les deux travaillant en étroite collaboration, l'objectif devient l'acquisition le plus rapidement possible et pour le plus grand nombre d'une couverture sociale, avec un réel souci de recouvrer, lorsque cela est possible, les dépenses engagées pour les patients qui n'avaient pas de sécurité

---

[62] Entretien réalisé dans le bureau de l'assistante sociale des urgences à l'hôpital J. Verdier en février 2011.
[63] Le médecin en charge de la PASS d'Avicenne travaille en libéral dans un cabinet dans une autre commune du département, il est embauché à l'hôpital seulement pour les deux vacations d'une demi-journée à la PASS-Villermé. Cette activité est donc une activité annexe qu'il fait quasiment bénévolement. L'hôpital le rémunère pour ces vacations mais il gagne moins que ce qu'il gagnerait à son cabinet.
[64] Cette orientation voulue par le médecin sera l'objet de conflit quant à la définition même des objectifs de la structure, notamment entre les assistantes sociales et le médecin et entre la direction administrative et l'équipe socio-médicale de la PASS. Voir le chapitre III.

sociale[65]. La division du travail s'en trouve changée, beaucoup plus d'acteurs sont impliqués dans le système de PASS de Delafontaine ; le personnel d'accueil en fait partie, il doit détecter systématiquement les patients sans couverture sociale et les orientés vers les assistantes sociales ; de même, la responsable du service sociale a réussi à faire engager quatre nouvelles assistantes sociales et à impliquer l'ensemble de l'équipe dans le système, elles ont reçu de sa part des directives précises permettant, par exemple, dès le premier rendez-vous d'envoyer une demande d'AME. Une convention a été engagée entre la PASS et la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), l'équipe sociale dispose d'un correspondant particulier pour les demandes d'AME et de CMU. On voit ici que les médecins ne jouent quasiment aucun rôle, le patient est, après un entretien avec l'assistante sociale, directement intégrer au parcours traditionnel de soins[66].

L'objectif de la PASS est ici avant tout financier, la raison d'exister de la PASS de Delafontaine s'accorde avec la conception du soin vers laquelle l'hôpital public s'oriente depuis les années 1950. Le dispositif est considéré comme permettant à l'hôpital de faire des économies (objectif principal) tout en donnant la possibilité à tous d'accéder aux soins (objectif second). Une articulation a été trouvée pour accorder les impératifs financiers de l'hôpital et l'exigence d'accessibilité du soin à tous, réaffirmée comme mission de l'hôpital public ; mais cela se fait aux dépends de la conception du soin du monde social de la précarité, le dispositif étant exclusivement du travail social.

> J.G. : « Quand on parle d'accès aux soins des grands précaires, l'aspect financier c'est quand même la première chose qu'on va devoir prendre en compte pour toi ? »
> C.J. : « Si on pense que l'hôpital c'est un lieu de soins qui peut maintenant soigner gratuitement des gens, c'est que les gens qui travaillent là-dessus ont rien compris à la réforme de la T2A, de la loi 'hôpital-santé-territoire', il faut considérer l'hôpital comme un lieu effectivement de soins pour tous, mais ce n'est pas tout est gratuit pour tout le monde. Ça veut dire que l'hôpital doit se donner les moyens de couvrir ses patients si il veut pouvoir facturer ses dossiers. Et si effectivement tu ne les couvres pas, c'est un gouffre financier les patients précaires. Alors que si tu les couvres, si tu fais leur aide médicale, si tu les suis sur le plan social etc. et bah tu arrives à des solutions, même pour accompagner les sorties, tu les vois en amont, tu travailles avec eux, tu fais des recherches, tu vois, tu es beaucoup moins pris à la gorge. Donc il faut que la prise en charge sociale sur un hôpital qui reçoit plein de précaires soit vraiment une prise en charge concertée et qui incombent les finances. »
> Carine Janvier, responsable du service social de l'hôpitalDelafontaine à Saint-Denis[67]

Il est important de souligner ici le rôle prédominant des acteurs qui ont un fort pouvoir décisionnaire au sein de ces structures - médecin représentant de la PASS, directeur d'hôpital ou chef du

---

[65] Le paiement rétroactif pour des soins engagés sont possibles pour les patients éligibles à la CMU (couverture maladie universelle) à partir du moment où la demande a été envoyée et sur une période de trois mois maximum. Il ne fonctionne pas pour l'AME (aide médicale d'État) qui concerne tout de même la majorité des cas.
[66] Le médecin référent de la PASS est sollicité de temps en temps lorsqu'il y a des doutes sur le caractère urgent des soins. Si les soins ne sont pas urgents, qu'ils peuvent attendre que le patient ait retrouvé une sécurité sociale (en général au minimum trois mois), alors les soins seront reportés à ce moment-là.
[67] Entretien réalisé dans les locaux du service social de l'hôpital Delafontaine en janvier 2011.

service social. Le choix initial de l'acteur à la tête de la structure est déterminant dans la forme qu'elle prend (horizontale ou transversale) et dans l'orientation de ses missions, notamment dans la conception du soin qu'elle adopte. Il est également décisif dans la structure de l'ordre de la PASS et dans la division du travail. Ainsi, des dispositifs similaires, qui ont la même activité et les mêmes objectifs officiels (favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité), peuvent avoir un fonctionnement, une justification de l'activité, des modes de négociation, complètement différents.

D) La PASS dans son territoire

On vient de voir que le fonctionnement de la structure PASS est le résultat d'une histoire collective du monde social de la médecine de la précarité et qu'il diffère selon l'hôpital dans lequel il est (PASS horizontale ou transversale, spécialisée ou non, etc.) en fonction des choix initiaux, notamment du choix du professionnel responsable de la structure (médecin ou chef du service social, par exemple). Les modes de fonctionnement des PASS s'influencent aussi les uns les autres sur un même territoire. Il existe des dynamiques qui engagent le mode de fonctionnement des PASS. L'analyse de la division du travail entre les PASS à l'échelle du département et du fonctionnement en réseau permet de bien cerner cet élément.

1) La division du travail

Les PASS de Seine-Saint-Denis agissent sur un territoire commun ; elles influent les unes sur les autres selon leur mode de fonctionnement, leur taille ou le nombre de patients qu'elles rassemblent. Le contexte général est hostile aux PASS, les restrictions budgétaires et les réformes de l'hôpital public (notamment la réforme de la tarification à l'activité) incitent les directions à ne pas promouvoir leur structure PASS[68].

La peur de l'appel d'air

À cela s'ajoute une force d'inertie qui est entraînée par la peur de « l'appel d'air ». La peur de l'appel d'air a été mentionnée à maintes reprises par les acteurs de la PASS et les directeurs d'hôpital lors des entretiens et des réunions. Une PASS qui fonctionne « trop bien » ou qui est trop « visible », attirerait tous les patients en situation de grande précarité économique et social du département. La PASS serait en quelque sorte victime de son succès.

La peur de « l'appel d'air » est d'autant plus grande que les autres PASS des hôpitaux du département ne fonctionnent pas, peu ou mal. La demande de structure du type des PASS est donc importante sur le département, mais l'offre y est très réduite. L'effet qu'aurait une PASS fonctionnelle et visible serait de drainer un nombre important de patients sans couverture sociale, et cela en proportion inverse à l'activité des autres PASS : moins elles auront d'activité et plus le moindre effort de visibilité et d'activité sera sanctionné de nouveaux patients sans sécurité sociale. L'effet d'inertie joue ici dans le

[68] Cf. partie III - B - 1) et pour une analyse des réformes de l'hôpital cf. Nicolas Belorgey (2010) et Didier Fassin et Boris Hauray (dir.) (2010) notamment les chapitre 26 (M. Bellanger et B. Palier, « Système de protection maladie », p.305-316), chapitre 27 (D. Benamouzig, « Système de santé », p. 317-328), chapitre 28 (F-X. Schweyer, « Profession de santé », p. 329-340) et chapitre 33 (B. Hauray, « Politiques européennes », p. 383-394).

sens où la peur de l'appel d'air pousse les directions d'hôpital, afin de l'éviter, à minimiser l'activité de leur PASS. Si les autres PASS ont une activité réduite, voire nulle, le risque d'appel d'air est d'autant plus grand.

La question ici n'est pas de savoir si le raisonnement qui vient d'être établi est juste ou non, mais de comprendre comment la peur de l'appel d'air a pour effet une inertie des hôpitaux au sujet des PASS. Comme dans la parabole du « concours de beauté » de J. M. Keynes (1937), il y a une action conjointe et, cependant, non concertée de plusieurs individus. L'anticipation rationnelle fait que les acteurs se conforment au comportement de la majorité ou de la moyenne.

La visibilité

Pour éviter l'appel d'air, une des stratégies sera de restreindre la visibilité de la PASS, à la fois en interne et en externe[69]. La question de la visibilité des PASS est primordiale car elle est un élément déterminant dans le fonctionnement de la structure. On a vu que le monde social de la médecine de la précarité fonctionne en réseau, les PASS ne peuvent intégrer ce monde social que si elles s'intègrent dans ces réseaux. La fréquentation de la PASS est largement dépendante des interlocuteurs avec qui elle travaille, dans le sens où ces derniers garantissent son accessibilité en terme de visibilité par les usagers potentiels.

En effet, les patients de la PASS sont, pour la plupart, orientés par des associations et des travailleurs sociaux qui travaillent directement auprès des populations en situation de vulnérabilité. L'hôpital, et plus particulièrement les urgences, sont aussi une porte d'entrée relativement importante des populations en situation de précarité économique et sociale[70] vers la PASS, la PASS nécessite également dans les autres services de l'hôpital une visibilité, sans quoi les patients ne sont pas détectés et orientés vers elle[71].

La visibilité de la structure PASS par les acteurs et structures qui agissent directement auprès des populations pauvres dépend de l'intégration de la PASS concernée dans le réseau du monde social de la médecine de la précarité dans le département de la Seine-Saint-Denis.

> « On a pas mal de situations qui arrivent par les urgences, après, de ce que j'ai pu voir depuis à peu près, depuis plus d'un an que je suis sur le poste, je pense que le bouche-à-oreille commence à fonctionner et pas forcément, le bouche-à-oreille dans les communautés, je pense aussi que les partenaires extérieurs commencent à un, oui voilà les associations, commence à donner des informations, « non mais aller à Jean verdier, parce que, effectivement, vous pourrez avoir une prise en charge ».
> Assistante sociale des urgences de l'hôpital Jean Verdier à Bondy[72]

---

[69] Pour la réduction de la visibilité en interne cf. chapitre III - B) - 1) et 2).
[70] À ce propos voir l'ouvrage de Jean Penneff (2000).
[71] A ce propos voir chapitre III, B, 2).
[72] Entretien réalisé dans le bureau de l'assistante sociale des urgences à l'hôpital J. Verdier en février 2011.

2) Le fonctionnement en réseau

L'un des grands enjeux de l'application de la conception du soin de la médecine de la précarité à l'hôpital est l'articulation des réseaux. On vient de voir que l'activité de la PASS dépend elle-même de la présence de ces réseaux : sans réseau, la PASS perd une grande partie de sa visibilité qui est la condition *sine qua non* pour que les patients utilisent le dispositif. Ces réseaux en questions sont constitués principalement d'associations qui agissent auprès des publics fragilisés.

La plus importante d'entre elles est la Mission Banlieue de Médecins du monde de Saint-Denis. Face aux difficultés d'accès aux soins des populations en situation de précarité, étrangères, maîtrisant mal la langue française et vivant pour beaucoup d'entre elles en banlieue parisienne, Médecins du Monde a décidé, en 1991, de créer la Mission Banlieue. Celle-ci intervient dans différents départements franciliens en fonction des thématiques et des besoins. Le Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) créé en 1991 à Gennevilliers (Hauts-de-Seine) a déménagé à la Plaine Saint-Denis en 2004. Il draine des populations de toute l'Île-de-France, mais près de trois patients sur quatre viennent de Seine-Saint-Denis. Les consultations médicales au CASO de Saint-Denis s'effectuent sans rendez-vous pour les patients n'ayant aucune couverture médicale, elles sont l'occasion de faire le point sur les droits des patients et de les aider dans leur accès à l'AME. Dans ces cas, le CASO assure la domiciliation des patients. Une fois l'AME obtenue, les patients sont réorientés pour une prise en charge vers les structures de droit commun. Ainsi, les consultations assurées par Médecins du Monde, devraient relever des PASS qui ne sont actuellement pas toutes en mesure de les « absorber ». Un important travail de lien avec les hôpitaux de proximité est réalisé par l'association, en vue de sortir peu à peu de cette approche substitutive. En 2007, près de 5 000 patients (dont 3 500 nouveaux) ont été reçus au CASO de Saint-Denis pour une consultation médicale.

La Mission Banlieue intervient également auprès des populations Roumaines (mission Rroms). À travers ces deux programmes, la mission tente d'améliorer la situation sanitaire des plus précaires, dans un objectif de les accompagner à une prise en charge par les structures publiques[73].

[73] Ces informations proviennent du rapport d'activité de la Mission Banlieue de Médecins du Monde, 2007.

Activité du Caso de Saint-Denis et caractéristiques des patients accueillis en 2007

Nombre d'entretiens sociaux ou médicaux	9 628
Nombre de consultations médicales	4 945
% femmes	48,8%
% étrangers*	99,7%
Âge médian	32 ans
Besoin d'une domiciliation	89,9%

** les nationalités les plus représentées sont les Roumains (37,4%), les Moldaves (19,2%), les Ukrainiens (8,2%) et les Maliens (5,5%).*
***Sources :** La "Mission Banlieue", Rapport d'activité 2007, Médecins du Monde, Mars 2008 et "Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde", Octobre 2008*

Cette association est celle qui envoie le plus de patients aux différentes PASS de Seine-Saint-Denis. Elle a un poids important dans le monde social de la médecine de la précarité et peut influer sur les PASS, elle a notamment une présence importante dans la sphère publique.

> « L'une de mes premières fiches de route, enfin fiches de poste, a été justement de retravailler sur le dispositif PASS sur Delafontaine, qui existait, qui était un peu décrié par les associations comme à Médecins du Monde qui est notre partenaire. Qu'il était pas très visible dans l'hôpital, qu'il était pas très bien, on ne savait pas très bien qui faisait quoi. »
> Carine Janvier, responsable service social de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis[74]

> C.J. : « On n'a pas voulu travailler en hospitalo-centrisme, on a d'emblée dit à nos pires détracteurs de l'époque, soyons clairs, qui disaient qu'on était très, très, très nul, c'était Médecins du Monde, on leur a dit 's'il vous plaît, est-ce qu'on peut travailler ensemble ?'. Et on a commencé à travailler en disant 'mais qu'est-ce que vous nous reprochez ?' ».
> J.G. : « Et ça, c'est venu d'où cette démarche ? »
> C.J. : « bah, moi c'est à peu près au moment où je suis arrivée. C'était en accord avec la direction, c'était en accord avec mon directeur, et puis voilà. On s'est rencontré au sein de la maison de la santé, qui est l'Atelier Santé-Ville de la ville de Saint-Denis, qui est une démarche associative, qui est un peu particulier, qui repose sur quatre piliers, qui sont les associations, l'hôpital, la municipalité, et les libéraux. Et donc dans cette démarche Atelier Santé-Ville, il y avait un axe accès aux soins/accès aux droits, dans lequel la précarité était notée. Et dans ce cadre-là, les acteurs qui managaient, enfin, qui travaillait sur cet axe avait mis en évidence que la PASS dysfonctionnait. Donc si tu veux, le premier lieu de rencontre entre ces acteurs hospitaliers et ses acteurs associatifs et ses acteurs municipaux était l'Atelier Santé-Ville de Saint-Denis. Une fois qu'ils étaient réunis au sein d'une même association et qu'ils arrivaient à se dire les choses, du coup on pouvait commencer à travailler.
> Carine Janvier, responsable du service social de l'hôpital Delafontaine à Saint- Denis[75]

[74] Entretien réalisé dans les locaux du service social de l'hôpital Delafontaine en janvier 2011.
[75] Entretien réalisé dans les locaux du service social de l'hôpital Delafontaine en janvier 2011.

À travers ces deux extraits d'entretien on voit que la mission banlieue de Médecins du Monde est une structure centrale dans le monde social de la médecine de la précarité en Seine-Saint-Denis, mais aussi que d'autres acteurs jouent un rôle important (notamment les Ateliers Santé-Ville qui font un important travail de coordination).

La conception du soin du monde social de la médecine de la précarité est centrée sur le travail en réseau. Il comporte une dimension médicale et une dimension sociale, mais le travail de repérage des patients, le travail sur le long terme d'intégration sociale, le travail de prévention, etc. sont tout aussi important dans cette conception du soin. Le travail centré sur le soin à l'hôpital ne suffit pas, il a besoin d'être complété en amont, en aval et parallèlement par un autre travail (associatif, social et/ou humanitaire). Ces dimensions du soin sont entreprises par d'autres acteurs que les PASS.

> « D'où un petit peu, effectivement, cette ritournelle médico-psycho-sociale et avec quelque chose qu'on a eu plus de mal à faire fonctionner ensuite, qui est le lien ville-hôpital. C'est-à-dire que les usagers de drogue, souvent, ils ont quand même un médecin traitant, un médecin généraliste, un médecin généraliste investi, et donc on va faire un travail de réseau entre l'hôpital et la ville. C'est devenu plus difficile après pour des raisons qui tiennent aux évolutions, aux difficultés propres de la médecine de ville et aussi, un petit peu, prendre en charge des patients migrants, précaires notamment, c'est chronophage, ne serait-ce que ça. Et que si l'acte médical n'a pas une ligne budgétaire, un petit peu une lignée de rétribution spécialement identifiée, les généralistes se défilent un petit peu, ils n'ont pas envie, ne peuvent pas trop s'investir, ou ne veulent pas. Mais en tout cas de fait, ne sont pas très investis. Et donc finalement, l'organisation en réseau, dont je vous parle, ces dernières années, elle a été ou purement hospitalière, ou les ressources extra hospitalières sont devenues associatives, c'est plutôt des associations spécifiques, soit comme AIDES, le généraliste pour le VIH, soit comme Ikambere, qui est une association pour des femmes africaines touchées par le VIH, soit comme le comité des familles, qui est une association un petit peu plus large pour des personnes de banlieue, voilà, pour une population qui peut être dans la diversité de la banlieue, jeunes beurs, ou des gens comme ça. »
> Dr. D. Mégnen, médecin, praticien hospitalier en infectiologie et référent de la PASS à l'hôpital Delafontaine, Saint-Denis[76]

À l'initiative des acteurs de la PASS-Villermé avait été créé un réseau sur la Seine-Saint-Denis en 1995 qui prenait la forme d'un comité de pilotage. Il a fonctionné pendant une dizaine d'année. Le but était de répartir le travail et d'agir dans une logique de complémentarité, il réunissait des acteurs très divers (d'association pour les séropositifs à la CPAM en passant par la COTOREP[77]). Le point essentiel est la coordination de ces différents acteurs pour avoir une action de soin globale et cohérente sur le patient. Et ce d'autant plus que dans de nombreux cas cette coopération est nécessaire au travail des différents partenaires.

[76] Entretien réalisé à l'hôpital Delafontaine en février 2011.
[77] COmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel.

L'exemple de la domiciliation éclaire bien cette nécessité. Les assistantes sociales de la PASS, qui font de l'accès aux soins, ont besoin pour faire une demande d'AME que le patient ait une domiciliation. Pour cela, des associations avec qui elles sont en contact et qui ont la possibilité de faire ces domiciliations entrent en jeu. Lorsqu'un élément manque, c'est toute la démarche de soin qui va échouer.

> A.S. U. : « La question se pose après du problème de domiciliation, qui en ce moment se réduisent quand même, il reste la Boutique Solidarité, sauf que pour eux c'est aussi de plus en plus compliqué, parce qu'ils ont des comptes à rendre à la DDASS je crois. Et qu'on se retrouve en ce moment avec des domiciliations que je n'ai pas eu pour diverses raisons, et des dossiers qu'ont été envoyé sans domiciliation, je vais essayer de le rattraper, mais voilà. Après, on sait pas, je me pose la question de la pérennité de l'accès, enfin, dans le cadre de la domiciliation. »
> [...]
>
> A.S. U. : « Après il y a un autre problème qui va arriver, c'est génial (rires), le nouveau problème des 30 €. Après c'est toujours comme ça, vous réglez un problème... »
>
> J.G. : « Mais donc du coup, vous fonctionnez quand même avec un réseau associatif qui est plutôt, donc avec la Boutique Solidarité... »
>
> A.S. M. : « Avec Médecins du Monde, avec Emmaüs à Montreuil, le problème d'Emmaüs à Montreuil, c'est que, eux aussi, ont des comptes à rendre, et donc ne peuvent pas accueillir tout le monde. Ils ont été obligés de stopper leur domiciliation en fin d'année dernière, le problème de Médecins du Monde à Saint-Denis, ils ont trop de monde, et ils ne font des domiciliations que quand ils suivent les gens. »
> Assistante sociale des urgences et assistante sociale de la maternité à l'hôpital Jean Verdier à Bondy[78]

> « Toujours cette idée que la réponse ne peut pas du tout être une réponse médicale exclusive, que ça va foirer, qu'il va y avoir des ingrédients d'échec, de blocage et de mises en échec, s'il n'y a pas cette idée de cette réponse un petit peu diversifiée, et notamment médicale, psychologique et sociale, et ce travail, auquel on rajoute cette fois les associations, comme on l'a dit, et, justement, même si c'est, j'ai trouvé quand même que c'était souvent le plus compliqué. Le plus compliqué de tout ça c'est d'avoir un certain fil de coordination entre des gens dont justement la modalité de travail, la modalité de rétribution sont extrêmement différentes. »
> Dr. D. Mégnen, médecin, praticien hospitalier en infectiologie et référent de la PASS à l'hôpital Delafontaine, Saint-Denis[79]

[78] Entretien réalisé dans le bureau de l'assistante sociale des urgences à l'hôpital Jean Verdier en février 2011.
[79] Entretien réalisé à l'hôpital Delafontaine en février 2011.

Conclusion

La PASS est une structure qui s'insère à la fois dans l'institution de l'hôpital public et dans un monde social de la médecine de la précarité. Cette double appartenance rend l'intégration à l'un ou l'autre parfois difficile étant donné qu'ils s'opposent parfois, notamment sur la conception du soin.

L'hôpital public adopte, dans la logique de son développement depuis la deuxième moitié du XXe siècle, une conception du soin centrée sur la pathologie et l'acte médical, elle valorise la prouesse technique et l'acte « rémunérateur ». Au contraire, la médecine de la précarité considère le soin comme dépassant largement l'acte médical. Le social, le psychologique, l'accès aux structures de soins, la disponibilité des « soignants », la détection des patients et l'accompagnement sur le long terme en dehors de l'enceinte de l'hôpital en partenariat avec l'extérieur sont autant d'éléments qui caractérisent cette conception du soin au sens large.

Cette conception du soin est issue de plusieurs éléments. Le constat des inégalités sociales de santé et celui d'un accès aux soins difficile chez les populations pauvres sont tout d'abord des éléments fondateurs contre lesquels cette conception s'appuie. Le but est avant tout, dans un souci de justice sociale, de réduire ces inégalités.

C'est ensuite une histoire collective sur un territoire précis. La morphologie sociale du département de Seine-Saint-Denis, en terme de structures de soins, de répartition des soignants et de caractéristiques sociales de la population, ont contribué à la construction de cette conception. Il y a sur le territoire une histoire de la médecine de proximité accessible à tous, des problématiques de santé particulières (HIV et migrants ou toxicomanes, tuberculose liée aux mauvaises conditions de vie, etc.) qui imprègnent fortement aujourd'hui les fonctionnements des PASS et la conception du soin. Cependant, il est important de nuancer cette analyse en précisant que ce monde social de la précarité et la conception du soin qui l'accompagne ne parvient que difficilement à trouver une place dans l'hôpital public. Les PASS n'adoptent que rarement une forme qui lui permet de développer ces éléments et les logiques (entre autres financières) de l'hôpital tentent de s'emparer du dispositif. C'est ce que nous tenterons de montrer dans le chapitre suivant.

Chapitre III
La PASS dans l'hôpital

La PASS d'Avicenne n'est pas une entité séparée du reste du monde social dans lequel elle agit ; elle s'insère dans un territoire et dans un mouvement et des processus plus larges. Cependant, s'il est essentiel de prendre en compte cette dimension, il est tout aussi nécessaire de se pencher sur le fonctionnement de la PASS à l'intérieur même de l'hôpital pour en saisir les enjeux. De nombreux éléments restent en effet invisibles si l'on ne se penche pas sur le fonctionnement interne de l'institution.

Ce chapitre tentera d'aborder quelques-uns des aspects de l'organisation internes de la PASS et de son insertion dans l'hôpital qui ont semblé particulièrement révélateurs des modalités de fonctionnement de cette institution. Pour ce faire l'analyse se penchera dans un premier temps sur les rôles des acteurs de la PASS et le poids qu'ils ont dans la définition des fonctions de l'institution ; enfin, dans un deuxième temps, il sera montré comment, à travers les processus de négociation et de conflits, l'ordre interne de la PASS se construit.

A) L'influence du rôle des acteurs sur les fonctions d'une institution

La définition officielle des missions de la PASS laisse une liberté d'interprétation assez large. On a vu que l'organisation de la PASS peut prendre différentes formes d'un hôpital à l'autre et les missions auxquelles elle répond s'en trouvent également modifiées.
Les cinq objectifs, qui émanent des textes officiels[80], constituent une base qui définit les fonctions des PASS. Chacune d'entre elles fait sa propre lecture, adopte certains points, en écarte d'autres ou se fixe d'autres objectifs.

La question se pose alors de savoir comment les fonctions d'une institution de service publique se modifient et dans quelle mesure les rapports et interactions entre les différents acteurs y contribuent. Ces questions se justifient par le fait que l' étude d'une institution passe nécessairement par celle des rôles qui la constituent ; Hugues (1937) disait à ce propos que « l'histoire d'une institution est celle de la croissance et de la transformation des fonctions constitutives des rôles dévolus aux individus qui la composent ». Ainsi, pour comprendre le dispositif de la PASS, il est nécessaire de se pencher sur ses acteurs et leur(s) rôle(s). Berger et Luckmann (1966, p. 101) établissent des liens entre les rôles dévolus et l'institutionnalisation. Selon eux, les institutions ne peuvent exister qu'à travers la manière dont les rôles attachés à l'institution sont tenus. Le rapport à l'institution consiste en une confrontation aux rôles sociaux et aux individus.

Pour reprendre les mots de Jacques Lagroye (1997), « le rapport à l'institution c'est d'abord le rapport à celui qui tient un rôle dans une institution. [...] [C]'est d'abord l'appréhension d'individus vivant dans l'institution qui, parce qu'ils tiennent des rôles, nous permettent d'avoir une idée de l'institution. »

L'analyse sera donc centrée sur les rôles des différents acteurs, à la fois dans des situations d'interaction et à travers le sens que les acteurs donnent eux-mêmes à ces rôles. La notion de « rôle social » est ici entendu dans le sens que T. Parsons (1951) lui a donné dans son analyse de l'action ; elle découle d'une caractéristique des professions. Ce n'est pas l'individu qui est l'élément constitutif d'un système, mais son rôle, c'est-à-dire la partie de sa personnalité qui est définie par une structure sociale donnée. Les institutions sont des constellations de rôles qui fonctionnent grâce à des orientations de valeurs intégrées par l'individu et à des définitions précises de rôles. La société et les institutions s'apparentent à des scènes de théâtre, où l'acteur qui entre en scène y trouve des structures déjà très bien définies. Les

[80] Voir l'introduction.

positions et statuts y sont déjà en partie fixés par rapport aux nombreuses autres positions occupées par d'autres acteurs. À chaque position appartient un rôle qui est composé d'un ensemble d'attentes vis-à-vis du détenteur de la position (Rocher, 1972). Cette notion de rôle social sera discutée, la place de l'individualité dans la définition du rôle social sera notamment soulignée.

Ces perspectives nous permettront de considérer différents aspects du fonctionnement de la PASS. Les thèmes qui seront ainsi abordés ont été choisis parce qu'ils sont révélateurs des processus de changements qui meuvent cette organisation ou bien des aspects structurants de celle-ci. D'autre part, ces thèmes ne sont pas exclusifs à l'institution ici étudiée ; au contraire, ils constituent souvent des phénomènes qui sont observables dans d'autres structures qui ont été par ailleurs étudiées (école, CAF, préfectures). Il s'agira donc également de s'appuyer sur les analyses qui existent déjà et de tenter d'y apporter des précisions grâce aux spécificités de la PASS.

L'analyse des rôles s'attachera, dans un premier temps, à montrer en quoi la duplicité inhérente aux rôles des acteurs de la PASS articule une identité professionnelle et une identité individuelle ; celles-ci, bien que contradictoires, se complètent dans l'ordre de l'interaction. Cela nous amènera à nous pencher sur la marge de liberté dont disposent les acteurs dans la définition de leur rôle et sur l'influence de l'identité personnelle sur les fonctions des acteurs et sur le fonctionnement de l'institution. Enfin, nous étudierons comment cette même marge de liberté permet aux acteurs d'orienter les fonctions de l'institution selon des critères individuels.

1) La duplicité du rôle

Le premier point sur lequel il faut se pencher si l'on veut comprendre les fonctions de l'institution à travers les rôles professionnels des acteurs est celui de la duplicité entre l'individu et les rôles professionnels institutionnellement définis.

Deux identités contradictoires…

On peut difficilement restreindre le rôle des médecins et des assistantes sociales, qui sont les principaux acteurs professionnels de la PASS, à une fonction précisément codifiée. L'idée que les agents d'une institution s'incarnent dans leur fonction, que leurs caractéristiques individuelles s'effacent et qu'ils sont, de là, interchangeables est partiellement fausse.

Il est cependant vrai que, dans une institution comme la PASS, qui a été créée par l'État et dont les fonctions ont été définies par ce dernier, les agents qui y travaillent sont en quelque sorte l'incarnation de l'État pour ceux à qui ils ont affaire, mais aussi dans leurs pratiques et dans une part de l'identité qu'ils projettent. L'État s'incarne dans les hauts fonctionnaires mais aussi dans les *street-level bureaucrats*

(Lipsky, 1980 et Hoggart, 1970) qui constituent pour la majeure partie de la population les points de contacts privilégiés avec l'État.

Cela est d'autant plus remarquable dans le cas de la PASS dont les usagers sont largement majoritairement sans-papiers. La peur de se faire arrêter et de devoir retourner dans leur pays les pousse à éviter au maximum les contacts avec les institutions officielles[81], les institutions de santé comptent parmi les rares que cette population fréquente.

Le poste étant défini sans que la personne qui l'occupe ne soit prise en compte, de manière standardisée, le fonctionnaire n'en est qu'un simple titulaire qui applique des normes à prétention universelle (Weber, 1995, p. 290 et suiv.). Les médecins, dont la fonction première est de soigner, sont moins concernés par l'application de normes standardisées, contrairement aux assistantes sociales. Celles-ci sont poussées à réduire les situations personnelles des patients qui se présentent à elles à des « cas » types, abdiquant, du même coup, leur propre personnalité ; ou pour le dire autrement, elles sont amenées à « cristalliser [leur] personnalité à partir d'un modèle d'impersonnalité » (Merton, 1997, p.195). Leur personne s'efface derrière l'appartenance à un ensemble institutionnel et, ce faisant, elles personnifient en quelque sorte l'institution qui les emploie. Elles font ainsi corps avec l'institution, dont elles ne sont plus qu'un des avatars. Ce ne sont pas elles qui parlent, mais plutôt l'institution qui formule des prescriptions, explications et justifications aux usagers par leur intermédiaire. De la même manière, ce n'est pas à elles que l'on parle mais à l'institution, à qui l'on demande ou fournit des renseignements. Un parallèle peut tout de même être fait avec la profession médicale qui, si elle ne sépare pas les patients selon des catégories administratives, les réduit bien souvent à des pathologies, surtout à l'hôpital. Il nous a été donné d'observer, même si ce n'était que dans de rares occasions, des échanges entre patients et médecins qui se réduisent quasiment à l'élaboration d'un diagnostic après la description des symptômes par le patient et à la rédaction d'une ordonnance ; les interactants ne sortant pas de leur rôle respectif, plus ou moins informel ou standardisé.

Au cours des observations menées auprès des assistantes sociales de la PASS et des urgences il n'a pas été rare d'assister à des interactions où les travailleuses sociales s'effaçaient complètement derrière un rôle institutionnel ; remplir le bon PASS et donner les renseignements nécessaires au commencement des démarches pour faire une demande d'Aide Médicale d'État (AME[82]) ou de Couverture Maladie Universelle (CMU) constituent la routine administrative à laquelle peuvent se restreindre bien des entrevues. La répétition de discours, d'explications, de la liste des papiers à fournir, d'un patient à l'autre, donnent une impression d'impersonnalité bureaucratique assez forte. Ce phénomène est

[81] A ce propos cf. D. Fassin, *et al., Les lois de l'inhospitalité*, 1997 ; et plus particulièrement le chapitre sur la santé (chapitre 7, p. 107-125).
[82] L'AME est une couverture médicale gratuite ouverte aux étrangers en situation irrégulière à condition qu'ils fournissent une preuve de présence sur le territoire de plus de trois mois, une adresse et une déclaration de revenus inférieurs à un certain montant.

accentué par les blouses qu'une partie des employés de l'hôpital doit porter (y compris les travailleurs sociaux) et par les badges qui indiquent la fonction. Les médecins et assistantes sociales n'intègrent leur fonction qu'une fois qu'ils ont revêtu leur uniforme qui indique symboliquement leur appartenance à la fonction publique hospitalière.

Ainsi, la fonction officiellement définie incite ces travailleurs à adopter une identité « professionnelle » (bureaucratique pour les assistantes sociales et médicale pour les médecins). Cette identité se substitue à l'identité individuelle. L'individu s'efface en quelque sorte derrière la fonction et incarne un rôle au sens parsonien.

D'un autre côté, ce sont bien des individus concrets qui font exister ces postes. La consultation sociale comme la consultation médicale sont la rencontre physique entre deux personnes. Au-delà du fonctionnaire, les patients sont en interaction avec un individu dont les caractéristiques ne sont pas réductibles à la fonction professionnelle ; le genre, l'âge et d'autres caractères physiques ont une incidence sur la relation. De plus, l'individu est porteur de dispositions personnelles, de dispositions socialement constituées qui s'expriment nécessairement, d'une manière ou d'une autre, dans la relation. Il est à cet égard remarquable que les assistantes sociales comme les médecins adaptent leur comportement, leurs discours (tant la forme que le fond), selon les patients auxquels ils ont affaire. S'il est aisé d'observer des situations où le fonctionnaire se retranche derrière son statut, rendant la situation impersonnelle, les situations contraires, où des éléments propres à l'individu interviennent dans la relation, se rencontrent encore davantage. C'est l'individu concret qui bien souvent parle et agit, et c'est dans un cadre institutionnel que s'établit une relation interpersonnelle.

Les interactions qui ont lieu lors des entrevues avec les assistantes sociales et lors des consultations médicales ne se limitent que rarement à un échange impersonnel et fonctionnel ; la plupart des échanges nécessitent des récits de vie, de trajectoires[83], qui invitent à mobiliser des qualités et des attitudes ou des savoirs-faire tels que la compassion, la patience, la mise en confiance, qui s'écartent assez largement du rôle institutionnellement défini.

On voit ainsi comment la notion de duplicité est inhérentes aux professions des acteurs de la PASS. La duplicité qui a été observée chez les agents d'accueil des caisses d'allocation familiale (CAF) par Vincent Dubois (2003) correspond à cette ambivalence, à ce va-et-vient, entre une identité institutionnelle ou professionnelle, que l'on peut qualifier d'impersonnelle, et une identité individuelle et personnelle. L'agent d'accueil passe de l'une à l'autre pendant les interactions avec les usagers. Ces

[83] Lors des entrevues avec le médecin ou l'assistante sociale, les patients sont très souvent amenés à raconter d'où ils viennent, depuis combien de temps ils vivent en France, où et comment. Les histoires intimes peuvent même aller plus loin, par exemple lorsqu'il s'agit de patients traumatisés par des persécutions passées, etc.

identités contradictoires et le passage de l'une à l'autre, qu'il appelle la « transsubstantiation », sont également observables chez les assistantes sociales, mais aussi chez les médecins de la PASS. On retrouve une notion de l'identité goffmanienne, soit l'expression de la perception que les individus ont du rôle social qu'ils jouent dans la société. Cette perception ne peut être établie qu'à partir de la compréhension de la somme des interactions dans lesquelles l'individu évolue. Pour comprendre le rôle social d'un travailleur de la PASS, il faut considérer l'individu et l'ensemble des rôles sociaux qu'il jouent. L'individu joue un rôle social à l'intérieur duquel il a une certaine latitude, il répond aux attentes des personnes avec qui il est en interaction. C'est ce rapport aux attentes qui fait évoluer le monde social. La notion de rôle comprend trois dimensions : un versant normatif qui est défini par des règles de conduites idéales qu'un individu devrait respecter pour assurer la fonction d'un rôle particulier ; un versant typique qui se rapporte aux attributs et qualités associées à la personne qui remplit tel ou tel rôle ; et l'interprétation de l'interaction pendant laquelle un individu joue un rôle (Goffman, 1963 et 1988).

… qui se complètent dans l'ordre de l'interaction[84].

Il s'agit d'éléments essentiels dans la pratique de ces deux professions ; il y est, en effet, nécessaire d'engager dans la relation de face à face avec le patient à la fois une identité individuelle qui établit une certaine proximité, et d'équilibrer la relation avec une identité « institutionnelle » ou « professionnelle ». Les relations internes à l'institution produisent ainsi les conditions d'une relative incertitude quant à la définition du rôle des professionnels. La structure organisationnelle donne la possibilité aux médecins et aux assistantes sociales de prendre une part active dans la définition de leur rôle, et les conduit à composer entre logiques institutionnelles et dispositions personnelles.

L'exercice de la duplicité constitue un élément important dans la pratique de ces professions. C'est une ressource qui permet de conserver le contrôle de la situation et d'obtenir en douceur l'assentiment des visiteurs. L'agent d'accueil peut en effet, grâce à la « personnalisation » du rôle bureaucratique, jouer sur deux tableaux : le langage neutre de la bureaucratie ou le langage personnel et familier de l'existence ordinaire ; le repli sur la norme administrative ou l'engagement personnel dans une relation interindividuelle (Dubois, 2003). C'est aussi ce qu'observait Pierre Bourdieu dans son enquête sur les vendeurs de maisons ; on peut choisir « de se rapprocher et de se familiariser par l'emploi du mode d'expression familier [ou prendre] au contraire le parti de se tenir à distance et de se mettre hors d'atteinte en usant du mode d'expression le plus "formel", l'utilisation alternée de l'une et l'autre stratégie donnant une maîtrise plus ou moins complète de la situation d'échange » (Bourdieu, 1990, p. 38).

[84] Expression empruntée à Erwing Goffman (1988).

Cette duplicité constitue tout d'abord une ressource pour maîtriser le déroulement d'une interaction. Le travail de l'assistante sociale, lors des rencontres en face-à-face, consiste, dans sa définition institutionnelle, à renseigner et à accompagner dans les démarches administratives des individus selon des critères bureaucratiques. Cependant, lorsque les prestations concernent ce qu'il y a d'intimement privé dans la vie des personnes (et cela correspond aussi tout à fait aux situations de face-à-face – aux consultations – avec les médecins), elles nécessitent des récits singuliers et un minimum de considération. Elles ne peuvent se limiter à une traduction de situations personnelles en un vocabulaire administratif. La mise en récit de situations vécues, opérée par le patient, est essentielle au bon déroulement de l'interaction, elle permet d'obtenir en douceur leur assentiment à la transcription d'une situation personnelle constituante de leur identité en catégorie administrative (Dubois, 2003). Il n'existe pas un type d'usager standardisé et un ajustement est nécessaire entre les spécificités biographiques et les catégorisation administratives prévues.

Pour que cette mise en récit soit possible, l'assistante sociale doit sortir du rôle impersonnel bureaucratique pour revêtir un rôle plus personnalisé (transsubstantiation). On peut constater le même phénomène dans la relation entre les médecins de la PASS et leurs patients. La consultation, qui à la particularité, selon les médecins eux-mêmes, d'être une consultation de « précarité » et qui adopte la conception du soin du monde social de la médecine de la précarité, intègre l'individu dans sa pratique de la médecine. Il ne s'agit pas uniquement de traiter des symptômes physiologiques pour guérir une pathologie, mais aussi d'offrir une écoute et un soutien psychologique aux patients. De ce fait, une large place est faite, lors des situations de face-à-face, aux relations interindividuelles entre le médecin et le patient, à la mise en récit des trajectoires des patients. La mise en confiance des patients, souvent méfiants à l'égard des institutions publiques, représente un élément souvent essentiel dans l'interaction ; pour ce faire, les médecins ont souvent recours à des tactiques de personnalisation. Lors des observations, on a pu voir que les médecins tentent souvent d'entrer en contact avec le patient en lui demandant d'où il vient exactement et en lui montrant qu'il connaît quelques mots de sa langue maternelle ou le nom de son ethnie. La considération ainsi portée au patient permet bien souvent d'instaurer un climat de confiance propice au dévoilement, nécessaire dans les consultations pratiquées par les médecins de la PASS[85]. Le temps consacré à l'examen médical et au diagnostic est, quant à lui, en moyenne très réduit comparativement au temps du dialogue. Mais il est nécessaire de cadrer ces interactions pour qu'elles restent sous le contrôle du professionnel. L'espace qui est laissé à la manifestation d'émotions, au besoin de parler, ne doit pas déborder du cadre prédéfini par le

[85] De nombreux patients sont des demandeurs d'asiles dont l'histoire est souvent jalonnée de traumatismes et de souffrances que l'état de santé actuel du patient ont besoin de saisir (conception élargie du soin).

professionnel. À tout moment, il doit pouvoir se retourner sur son identité professionnelle impersonnelle (revêtir la casquette du médecin ou de l'assistante sociale) et mettre un terme à l'entrevue.

2) Les différentes formes de personnalisation

Ce « double jeu » consiste donc en une gestion des interactions qui, au-delà du « traitement des cas » selon des critères administratifs ou médicaux, se déclinent sur plusieurs modes selon les situations et les dispositions personnelles des individualités qui interagissent. Elle peut aller de la compassion[86] envers les plus démunis, en passant par l'identification prescriptive à la rigueur administrative envers les « déviants » (Dubois, 2003).

Les variations dans le déroulement des interactions tiennent donc, en partie, à des éléments qui s'écartent largement de l'égalité de traitement administratif ou de la relative objectivité du diagnostic médical et davantage à des éléments qui sont largement empreints des valeurs et de la morale des travailleurs et qui laissent une place non négligeable à l'appréciation personnelle.

La compassion ou l'absence de compassion, qui fait que le professionnel « s'investit » plus ou moins dans le traitement d'un cas plus que dans un autre, est sûrement la disposition personnelle qui se laisse le plus remarquer à l'observation. Il est assez courant qu'une assistante sociale ou qu'un médecin sorte largement de ses prérogatives institutionnellement prescrites, voire même dépasse les règles déontologiques de sa profession, parce qu'un patient a touché sa sensibilité.

Pour illustrer cette idée on peut évoquer l'échange que j'ai eu avec l'assistante sociale en arrivant un matin pour faire mon enquête de terrain dans le service de la PASS. J'étais étonné de la voir à cette heure-ci à son bureau, alors qu'elle arrive en général un peu plus tard. Elle m'a alors expliqué qu'elle était arrivée plus tôt afin de s'occuper d'une patiente dont le cas l'avait ému et dont elle se sentait moralement responsable. Le travail social qu'elle a effectué pour cette patiente débordait largement de celui que l'institution lui demande et de celui qu'elle fait habituellement[87].

D'une manière plus générale, l'intensité de « l'engagement » est souvent fonction de la compassion qu'inspire l'individu. Plus « ce sentiment de responsabilité vis-à-vis de la détresse d'autrui » (Corcuff, 1996, p. 31) est présent et plus le travailleur sera enclin à sortir du cadre habituel de ses fonctions, ou du moins à donner plus de temps et de moyens pour traiter le cas, voire résoudre les problèmes. Ce phénomène se retrouve indistinctement chez les médecins et les assistantes sociales, à des degrés certes plus ou moins importants ; les dimensions sociales et humaines du travail des uns et des autres donnent cependant un terrain favorable à l'expression de la compassion.

---

[86] Philippe Corcuff définit la compassion comme étant « le fait d'être « pris », en pratique et de manière non nécessairement réfléchie, par le sentiment de responsabilité vis-à-vis de la détresse d'autrui, dans le face-à-face et dans la proximité des corps » (Corcuff, 1996, p. 31).
[87] Observations réalisées à la PASS-Villermé le 5 novembre 2010.

L'identification prescriptive est une autre manière de faire intervenir des éléments de l'identité personnelle des travailleurs dans la relation avec le patient. Le professionnel donne alors des conseils « personnalisés » au patient, sur un mode plus ou moins prescriptif, en se mettant à sa place. On pourrait la représenter à l'aide de l'expression *« si j'étais à votre place, je ferais... »*.

Elle peut prendre deux formes, l'une où le professionnel joue un rôle de représentant moral, prétendant se faire le porte-parole des normes sociales et morales sur lesquelles il se fonde. Ce cas a plus fréquemment été observé chez les assistantes sociales ; dès lors que les prestations versées touchent directement à des aspects essentiels de la vie privée, les assistantes sociales se sentent autorisées en quelque sorte à questionner les allocataires sur ce qu'ils font de leur vie et à leur dire ce qu'ils sont supposés faire. Ces situations se rapprochent de ce qu'Aloïs Hahn (1986) appelle une « forme institutionnalisée d'aveu » dans une version laïcisée. Les conditions sont réunies pour que la portée des stigmatisations et des prescriptions dépasse le cadre de l'interaction administrative.

Une situation particulièrement symptomatique a pu être observée lorsque l'assistante sociale de la PASS a reçu un patient qui venait de recevoir une réponse négative pour une pension d'invalidité. L'État ne lui ayant pas reconnu le statut d'invalide, l'assistante sociale en a conclu que ce patient était apte à avoir une activité rémunérée. Elle lui dit alors qu'il est temps pour lui de chercher un travail et lui donna des conseils, selon ses critères personnels, pour trouver plus facilement un emploi. Elle lui dit entre autre de raser sa barbe (sous-entendant par là que sa tenue vestimentaire et son apparence n'étaient pas suffisamment soignées)[88].

Cette intrusion de l'assistante sociale dans la vie privée, voire intime, des gens éclaire bien cette attitude prescriptive empreinte des valeurs morales du professionnel. L'identification prescriptive peut prendre une autre forme, non plus morale ou de valeurs, mais plutôt d'expertise. Le professionnel, en se mettant à la place du patient, lui conseille d'adopter telle attitude, d'entamer telle démarche ou de s'orienter dans telle direction, afin d'obtenir quelque chose d'une administration. Il est arrivé, par exemple, que le médecin donne des conseils aux patients quant aux meilleures démarches à suivre pour obtenir des cartes de séjour (faire une demande pour « raison de santé » ou pour « rapprochement familial », etc.). Les assistantes sociales donnent également régulièrement des conseils à leurs patients pour qu'ils obtiennent telle ou telle prestation. Ces démarches dépassent aussi les tâches institutionnellement prescrites.

[88] Observations réalisées le 29 octobre 2010 à la PASS-Villermé.

La rigueur administrative envers les déviants constitue l'attitude la moins personnalisée ; elle consiste justement à se réfugier dans son rôle institutionnel pour faire le minimum pour des patients que l'on juge déviants ou ne méritant pas d'être aidés plus en avant par l'institution et ses agents. Dans son prolongement, cette attitude peut aller jusqu'à faire de la désinformation ou de la rétention d'information afin de nuire au patient « déviant ».

L'exemple[89] d'une femme qui est venue s'informer auprès de l'assistante sociale des possibilités de prise en charge médicale pour sa sœur qui est en France depuis quelques jours est assez évocateur de cette rigueur administrative. L'assistante sociale a affirmé à cette femme qu'il n'y avait aucune possibilité pour sa sœur d'obtenir une prise en charge gratuite[90] et a même été jusqu'à lui dire que, même après une présence de trois mois, cela ne serait certainement pas possible car l'AME serait certainement supprimée[91].

3) Le poids de l'individualité

Ces différentes formes de personnalisation dans les interactions au sein de la PASS entre les professionnels et les usagers invitent à s'interroger sur les représentations sociales qui poussent les professionnels à privilégier un patient plutôt qu'un autre.

Les « bons » et les « mauvais » patients

Les raisons qui poussent les professionnels à adopter telle attitude plutôt qu'une autre semblent principalement provenir de leur système de valeurs individuel et varient donc d'un travailleur à l'autre. Cependant, une condition caractéristique de ces variations réside dans des principes de bonne morale sociale. Ne peuvent faire l'objet de compassion que ceux qui ont témoigné leur allégeance à cette morale et on fait preuve de « bonne volonté » (Dubois, 2003). Il y a une réactivation de l'opposition classique entre « bons » et « mauvais » patients et entre « vrais » et « faux » patients dans la sollicitude des médecins et des assistantes sociales[92]. Ce phénomène permet d'expliquer en grande partie les différences de traitement entre les patients.

Pour éclairer ce propos on peut prendre l'exemple d'une objection récurrente qui justifie le refus d'un bon PASS par l'assistante sociale ou la prise en charge médicale gratuite par le médecin : celle de la catégorisation[93] en temps que « mauvais patient » ou « faux patient » (le tricheur). Savoir qui mérite de bénéficier du système PASS et qui ne le mérite pas est une question sensible et équivoque. Il existe en

[89] Observations réalisées à la PASS-Villermé le 10 décembre 2010.
[90] Ce qui était partiellement vrai étant donné que sa sœur était sous visa.
[91] Ce qui est complètement faux. Il était seulement question de rendre l'AME payante.
[92] Pour une distinction entre « bons » et « mauvais » pauvres du point de vue des allocataires ou des chômeurs cf. respectivement S. Paugam (1991) et D. Schnapper (1981, notamment p. 63 et suiv. et p.111 et suiv.).
[93] À propos de la catégorisation et au rationnement des soins cf. Carine Vassy (2001).

effet une base communément partagée par les travailleurs et la direction, qui destine ce dispositif aux patients qui ont des problèmes d'accès aux soins. Mais cette définition reste assez large et floue pour que des désaccords subsistent entre les professionnels.

Un point particulièrement incertain est celui de la question des patients étrangers sous visa. Officiellement, la PASS est ouverte aux individus sans couverture sociale, y compris les étrangers sans-papiers, mais pas à ceux qui disposent d'un visa valide[94]. Cependant, dans la pratique, les bons PASS ne sont pas systématiquement refusés lorsque le patient se présente avec un visa ; une sélection va être opérée entre les patients jugés éligibles au système de PASS et ceux dont on juge qu'ils n'en ont pas « besoin » ou qu'ils ne le « méritent pas », et qui sont stéréotypés comme des patients « profiteurs ». On peut aisément se représenter que, à ce point, la délimitation de la population concernée par ce dispositif (légal) est soumise à des critères plus ou moins arbitraires (même si les explications sont empreintes d'une rationalité de valeur[95] et ne sont pas exemptes de bon sens) car ils sont établis par des individus et la désignation d'un patient dans telle ou telle catégorie peut varier d'un professionnel à l'autre.

Au-delà des raisons médicales qui les amènent[96], les patients sous visa qui, à la fin de l'entrevue avec le médecin ou l'assistante sociale, sont considérés comme de « vrais » migrants illégaux qui souhaitent rester en France à l'expiration de leur visa, accèderont souvent au système de PASS, alors que ceux qui auront été catégorisés comme des patients faisant du « tourisme médical » seront déboutés. La différence entre ces deux catégories de patients ne repose pas vraiment sur des critères objectifs, mais plutôt sur une évaluation de la situation et sur une appréciation des caractéristiques des patients qui sont nécessaires pour statuer sur chaque « cas » ; les professionnels de la PASS ne disposant d'aucune règle ou support pour cela. La décision d'intégrer un patient au système de PASS reste à la discrétion du médecin ou de l'assistante sociale, et cela particulièrement lorsqu'il y a des incertitudes dans les définitions officielles qui ne peuvent pas être résolues par des critères objectifs. Le manque de clarté des textes officiels donne d'ailleurs lieu à des pratiques très différentes d'un hôpital à l'autre, certains hôpitaux n'acceptant dans leur système de PASS que les patients qui remplissent toutes les conditions pour obtenir une couverture sociale.

Ces situations d'incertitudes, lorsque l'institution ne dispose pas de règles précises et laisse une liberté d'interprétation relativement grande à ses agents, sont en fait assez fréquentes. L'analyse de Anselm Strauss sur l'hôpital et son ordre négocié (1992) montre que les règles ne sont que rarement écrites et jamais fixes dans le temps, elles font presque toujours l'objet de négociations entre tous les acteurs (y compris les patients).

---

[94] La possession d'un visa valide suppose que l'individu dispose d'une assurance maladie dans son pays qui devrait fonctionner en France par l'intermédiaire d'une assurance voyage émise avec le visa. Ce qui n'est en fait que rarement le cas chez les personnes originaires de pays pauvres.

[95] Au sens de Max Weber (1995).

[96] Il est bien entendu que nous ne parlons ici que de cas marginaux qui sont révélateurs de processus sociaux dans cette institution que nous voulons souligner. L'état médical du patient, s'il nécessite des soins, sera toujours privilégié par rapport à son statut légal.

L'exemple de cette femme à qui on a refusé de faire un bon PASS est éclairante à ce sujet. Cette femme, originaire du Mali, n'a jamais évoqué pendant l'entretien qu'elle était en vacances en France. Cependant, au fil de la consultation elle explique qu'elle a un visa qui est valable pendant encore un mois. Elle est venue pour faire contrôler son diabète. Elle a ramené avec elle un carnet de suivi pour son diabète. Le médecin, après avoir consulté ce carnet remarque qu'il est très bien tenu, ce qui est assez rare pour un suivi de diabète au Mali. Le médecin lui fait une ordonnance pour un bilan sanguin, mais ne lui explique pas la démarche à suivre pour bénéficier du système de PASS (c'est-à-dire aller voir l'assistante sociale pour qu'elle lui face un bon PASS, auquel cas elle n'aurait pas payé la consultation médicale et aurait pu faire le bilan sanguin gratuitement à l'hôpital). Il m'explique, quand elle est partie, que cette dame est visiblement en vacances en France et qu'elle est probablement venue à la PASS pour contrôler si son diabète est bien suivi, de plus, la bonne tenue de son carnet est, pour lui, un signe de richesse évident qui montre qu'elle possède une bonne prise en charge médicale au Mali. Il me dit donc qu'elle n'a rien à faire ici et qu'elle n'a pas à bénéficier des soins gratuits[97].

Une situation similaire, mais qui a abouti à l'émission d'un bon PASS, a pu être observée. Le même médecin reçoit une personne âgée algérienne venue rendre visite à sa fille. Elle possède un visa en règle et ne cache pas au médecin qu'elle est ici temporairement. Le médecin l'avait déjà vu quelques temps auparavant et connaît sa fille qu'il suit depuis de nombreuses années. Elle vient pour des migraines qu'elle n'arrive pas à soigner en Algérie, car les médicaments y sont trop chers. Cette dame bénéficiera d'un bon PASS et de médicaments gratuits.

> J.G. : « Mais les patients sous visa, on va demander, on va éventuellement appeler le docteur Mégnen pour savoir si c'est urgent ? »
> C.J. : « Oui, mais on va surtout essayer de voir avec l'assurance, c'est quoi ? Si tu veux, si c'est pour voir un médecin, je sais pas, enfin je veux dire, le mec il est sous visa, il veut voir un ophtalmo, putain il se démerde quoi ! Je suis désolé, mais à un moment donné... »
> J.G. : « Mais là, il n'y aura pas de bon PASS ? »
> C.J. : « Non, mais là c'est du confort. Une PASS, ce n'est pas fait pour ça. Enfin on va lui dire de payer. On va lui dire de payer, je ne vais pas lui empêcher l'accès à la consultation. »
> Carine Janvier, responsable du service social de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis[98]

> « Après c'est vrai que bon, les gens qui viennent accoucher en France, il y a un moment donné où on ne peut pas les empêcher d'accoucher, après ils reçoivent la facture, ça ne me gêne pas non plus. Après, c'est quand même un peu compliqué. Les gens tu ne peux pas non plus venir exprès pour accoucher, repartirent au revoir je n'ai pas de sécu. Ça arrive, mais ce n'est pas si fréquent que ça, sur la maternité on n'en a beaucoup moins, à un moment donné on

[97] Observations faites à la PASS-Villermé le 9 novembre 2010.
[98] Entretien réalisé dans les locaux du service social de l'hôpital Delafontaine en janvier 2011.

> n'en avait pas mal, après on n'en a plus eu du tout. Parce que pour la plupart, soit on les voit dans le cadre de la PASS périnat en PMI à six mois et donc là on leur dit 'vous savez madame avec un visa vous allez recevoir la facture', et bah c'est bizarre, les gens on ne les voit plus beaucoup. Quand ils savent qu'effectivement a priori on n'a pas de solution, qu'on ne va pas pouvoir leur faire de grossesse en soins urgents, on ne va pas pouvoir, qu'on leur explique vraiment ce qu'on peut faire, et que ça risque d'être facturé, et que c'est quand même embêtant, et que bah s'ils veulent rester, ils vont avoir une facture au niveau du trésor public. Et après ils font leur décision, après ils peuvent payer à tempérament à raison de 50 € pendant les dix prochaines années, ça ne me dérange pas. »
> Carine Janvier, responsable du service social de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis[99]

Ces exemples montrent comme la frontière dessinée par le professionnel entre le patient qui peut légitimement bénéficier du système de PASS et celui qui ne le peut pas est floue et s'appuie sur des critères qui sont de l'ordre de l'image sociale renvoyée par les patients et interprétée par le médecin. La distinction se base sur des connaissances personnelles du médecin concernant les systèmes de soins des pays d'origine de ses patients.

Il est important de retenir ici que l'identité personnelle des acteurs de l'équipe socio-médicale, leurs valeurs et leur morale, influent largement sur la manière dont vont être traités les patients par l'institution, jusqu'à être déterminantes dans le choix des patients qui pourront bénéficier de ce dispositif. Plus généralement, les règles édictées par l'hôpital et le cadre formel à l'intérieur duquel les personnels agissent sont suffisamment lâches pour permettre à ces acteurs une liberté d'action dans la définition de leur rôle, et de là, dans la définition des fonctions de l'institution. L'engagement personnel dans le travail peut être tellement fort que parfois la personne prenne le pas sur la fonction ou que la fonction soit personnifiée par le travailleur.

4) L'assignation d'identités

À travers l'exemple des patients avec visa, on voit aussi que l'un des rôles des acteurs de la PASS tient à une fonction de contrôle des patients : contrôle des identités et des statuts sociaux. Les fonctions de soin et d'accompagnement social dans le contexte de la PASS ne peuvent se comprendre sans être rattachées au public à qui elles s'adressent et à leur précarité sociale et économique. Cet élément oblige les travailleurs de la PASS à procéder à un travail d'identification des patients pour que l'institution se destine aux « bons » patients.

S'intéresser aux rôles des acteurs de cette structure ne peut faire l'économie de l'étude du maintien de l'ordre social et de l'assignation d'identité ; incidence plus diffuse et moins visible certes, mais qui n'en est pas moins une réalité qui structure nos démocraties modernes à travers les différentes administrations.

[99] Entretien réalisé dans les locaux du service social de l'hôpital Delafontaine en janvier 2011.

C'est dans les interactions administratives que s'opère en pratique l'inculcation des catégories de l'État, celles en l'occurrence qui ouvrent ou non la possibilité de recevoir des allocations et des soins. Cette domination bureaucratique n'est pas le fait d'une administration anonyme aux règles s'appliquant mécaniquement, elle est le résultat d'interactions avec des individus qui, comme nous l'avons vu, ne sont pas de simples rouages, mais dont la position d'autorité permet des jugements et des prescriptions que le fonctionnement administratif n'exige pas mais rend possible. Les injonctions ou les interrogations faites par les acteurs de la PASS témoignent en grande partie de leur système de valeurs personnel et non de la règle administrative.

Le patient se trouve donc confronté à des interlocuteurs qui tentent de le définir en fonction des catégories signifiantes et opérantes pour leur intervention (Ogien, 1986, p. 29-46) et selon leur système de valeurs. L'inculcation de ces identités peut être violente[100], surtout lorsqu'elle impose à des individus des statuts qu'ils récusent ou lorsque l'octroi d'un statut leur est dénié. « Cette identification par catégorisation impose à des individus la manière dont ils doivent voir leur vie. Elle leur assigne une place, même si ce n'est pas celle qu'ils souhaitent ou revendiquent » (Dubois, 2003, p. 19). On est dans une situation où « le mode de relations [est] distancié et autoritaire : placé en position de quémandeur ou de solliciteur, l'administré est soumis au bon vouloir du fonctionnaire, sans espérer pouvoir franchir la barrière matérielle qui isole physiquement, mais aussi symboliquement, celui-ci du public » (Chevallier, 1983, p. 21).

Accompagner les patients dans le recouvrement de leurs droits en matière de protection sociale les assigne dans des catégories administratives qui sont pourvoyeuses d'identité sociale et qui les astreignent à une place dans la société. Claudine Dardy (1990, p. 13) explique que « les papiers sont à la fois ceux de la contrainte, du contrôle et même du contrôle d'État, mais ils sont aussi pourvoyeurs d'identité. L'identité - du moins une certaine forme d'identité - de chacun de nous se joue et se rejoue, se dessine, s'estompe ou s'affirme dans ces papiers. »

Les patients qui peuvent prétendre à l'AME, à la CMU ou dont la situation ne permet aucun retour au droit commun immédiat (et donc sont contraints au système de soins gratuits, PASS ou dispensaires) sont tous relégués au système de protection sociale assistanciel qui les place au plus bas de l'échelle sociale (les critères économiques dont font l'objet ces couvertures maladies classent les bénéficiaires parmi les plus pauvres, le plafond de la CMU s'élevant à 830 euros de revenus mensuel).

Il y a donc une ambivalence dans le rapport à l'institution qui produit à la fois du « lien social » et de la coercition en imposant aux patients une identité. Elle aide les personnes en difficulté à « faire face »

[100] Pour une présentation de la « violence symbolique de l'État » voir Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1993).

mais elle les maintient dans le même temps à leur place. L'interaction oscille entre l'imposition normative et une forme « d'intégration » des individus en marge de la société [101].

Mais plus que des catégories administratives, ce sont aussi des catégories de jugement. L'évolution des orientations politiques dont les patients des PASS sont la cible tend à s'aligner sur le modèle de la charité publique (dont l'idéal-type peut sans doute s'apparenter au système américain[102]). L'attribution des bons PASS, qui, comme nous l'avons vu, est soumise au jugement du médecin et de l'assistante sociale et distribuée au cas par cas, rend la confrontation aux institutions complexe et représente un réel enjeu. « Loin de constituer une simple formalité plus ou moins désagréable, la relation administrative forme dans cette logique une situation tendue, complexe et décisive car c'est là que se décide l'obtention de l'aide » (Lagroye, 2003). Les critères de faits (soumis à appréciation) priment sur les critères de droits (liés à un statut), rendant plus « sensible » le travail de qualification juridique des situations individuelles (Choquet et Sayn, 2000).

L'assignation d'identité détermine les fonctions de l'institution

Ces analyses, tirées de la sociologie des institutions et de la relation administrative, nous amènent à considérer une nouvelle dimension dans l'assignation des identités par l'institution particulièrement visible dans la structure de la PASS. S'il est vrai que l'attribution des droits et des prestations est soumise au jugement des assistantes sociales et a pour effet d'assigner des identités normatives, on observe aussi un processus comparable dans la relation entre le patient et le médecin.

Il a plusieurs fois été évoqué que les consultations sans rendez-vous des médecins de la PASS étaient souvent qualifiées de consultations de « précarité ». L'attribution de cette spécificité, au-delà du fait qu'elle réintroduit des déterminants sociaux et environnementaux aux conditions de santé, demande une définition de ce qu'est un patient en situation de précarité et donc la délimitation d'une population. Cette définition n'est pas clairement établie, elle se construit empiriquement de manière officieuse. Le médecin, en acceptant de recevoir tel patient plutôt qu'un autre, lui assigne en même temps une identité de « précaire ». Cela, encore une fois, est rendu possible par la latitude dont il dispose au sein de l'institution dans la construction de son rôle, qui passe ici par la sélection des patients.

Nous avons vu l'exemple des patients sous visa, mais l'exemple des patients couverts socialement est encore plus révélateur de ce mécanisme. Les médecins de la PASS ont en effet choisi de ne pas réserver les consultations sans rendez-vous aux seuls patients dépourvus de protection sociale, mais, ayant une définition plus large des problèmes d'accès aux soins, ont décidé d'y inclure certains patients qui ont une

[101] On ne peut ici développer tous les effets de l'identification bureaucratique sur les usagers, pour une analyse plus développée sur cette thématique nous renvoyons aux ouvrages d'Isabelle Astier (1996, p. 99-113), de Gérard Noiriel (1991 et 1993) et de Claudine Dardy (1990 et 1994)

[102] À ce propos voir l'article de Robert Castel (1978).

assurance médicale mais qui sont jugés comme ayant un accès au système de soin de droit commun difficile. Cela peut concerner des patients pauvres qui ne parlent pas le français ou très mal[103], des étrangers en situation irrégulière bénéficiaires d'une AME mais dont la situation précaire fait qu'ils vont et viennent sur des périodes courtes entre le retour au droit commun et la perte de ces droits, les patients qui, du fait de leur mode de vie, de leur méconnaissance du système de soin ou des normes sociales, accèdent difficilement à la médecine de ville, etc.

Ces quelques exemples ne sont pas exhaustifs, mais ils montrent que cette définition a des contours flous et peut inclure des patients différents. Ce manque de clarté est porteur de confusions et il est assez fréquent que des patients se présentent au médecin alors qu'ils sont jugés comme n'appartenant pas à la catégorie « des patients ayant un accès au système de soin de droit commun difficile ». Les patients sont tout de même reçus par les médecins, mais il leur sera expliqué qu'ils ont été mal orientés et que cette consultation est réservée à une autre catégorie de patients. Il est parfois difficile de distinguer socialement les patients déboutés de ceux qui ne le sont pas. Il est évident que tous les patients qui se présentent à cette consultation sont dans une situation de précarité économique et sociale objectivable et cependant les médecins ont établi des critères, qui eux ne sont pas forcément objectivables, qui permettent d'établir une sous-catégorie parmi les patients en situation de précarité économique et sociale, celle de ceux qui ont des problèmes d'accès aux soins. On peut expliquer la construction de cette catégorie par ce que Vincent Dubois (2003) appelle le « coup d'œil », la sociologie spontanée. Cela correspond à une ressource en matière de connaissance du social qui est profondément ancrée, voire indicible et qui permet d'appréhender les individus selon leurs caractéristiques sociales. En créant cette catégorie de « patient en situation de précarité économique et sociale et ayant des difficultés d'accès aux soins » les médecins ont élargi la population à laquelle l'institution se destinait originellement (les patients sans couverture sociale) et, de là, ont modifié les fonctions de celle-ci.

À travers cet exemple on voit qu'en jouant avec leur marge de liberté et en adaptant la règle en fonction de leur intérêt, les acteurs de l'institution transforment les usages qui sont fait de l'institution. L'ordre qui fonde l'institution n'est donc pas immuable, pas plus que ne le sont l'application des règles qui la fondent et l'inculcation des rôles qu'elle prescrit. De nouvelles pratiques peuvent émerger et l'institution peut s'en trouver transformée. Les individus s'écartent du rôle que l'institution leur assigne, notamment par des « adaptations secondaires » (Goffman, 1968). Ces dernières sont soumises à des variations socio-historiques : ce qui est secondaire à un moment donné peut devenir partie intégrante

[103] La PASS utilise les services de traduction par téléphone d'ISM (Inter Service Migrant) pour communiquer avec les patients qui ne parlent pas le français, ces services sont onéreux et ne sont pas beaucoup utilisés par des médecins libéraux. La possibilité de communiquer est essentielle dans l'activité de soins et est donc essentielle pour pouvoir accéder aux soins, au-delà de la couverture sociale.

des pratiques normales et des « missions » de l'institution. Les « avantages marginaux » escomptables d'une relation peuvent, si ce n'est devenir centraux, en tout cas perdre de leur marginalité. Les adaptations secondaires des individus à l'institution peuvent alors contribuer à une adaptation de l'institution.

Toute institution a donc sa « géographie de liberté » (Goffman, Asiles) à l'intérieur de laquelle les individus s'adaptent et qu'ils accommodent à leurs besoins. De nouvelles pratiques institutionnelles apparaissent en marge des « véritables » fonctions de l'institution qui la font se transformer au gré de ces nouveaux usages. Les textes officiels qui définissent les fonctions de la PASS laissent une liberté d'interprétation importante qui confère aux acteurs une latitude quant à la définition de leur rôle et un pouvoir important dans l'orientation de ces fonctions.

L'exemple des patients disposant d'une couverture sociale et qui sont tout de même considérés comme appartenant au public des PASS montre bien l'importance des individualités et leur incidence sur la définition des fonctions premières de cette institution, à un échelon local bien entendu, mais ces processus peuvent se retrouver dans toute institution proposant des services aux individus (école, centre des affaires familiales, etc.).

B) La négociation de l'ordre interne

A. Strauss, dans son article *L'hôpital et son ordre négocié* (1992 [1]), explique que l'hôpital est un lieu professionnalisé ; c'est « un site géographique où des personnes issues de différents horizons professionnels se trouvent rassemblées pour y mener à bien leurs objectifs respectifs » (Strauss, 1992 [2], p. 90). Ce sont ces personnes qui créent l'ordre social dans l'hôpital. Chaque catégorie professionnelle a une formation et une place qui lui est propre : chacune joue un rôle spécifique dans la division du travail au sein de l'établissement. Cependant, il faut garder à l'esprit que, à l'intérieur de chaque catégorie professionnelle, les différents acteurs se trouvent à des étapes différentes de leur carrière, ils peuvent également se différencier quant à leur formation ou aux positions théoriques et/ou idéologiques qu'ils adoptent. L'hôpital peut avoir des significations différentes pour les collègues, certains vont y faire carrière, d'autres n'y restent que quelques années pour établir une patientèle, etc.

L'hôpital, en tant qu'organisation, doit être conceptualisée comme un système de négociations permanentes. Les structures de la division du travail y sont indéfinies, les buts de cette organisation sont non-spécifiques et les règles sont équivoques. L'ordre à l'hôpital se comprend comme un processus continu jamais fixé pour de bon, mais en perpétuelle construction, c'est ce qui permet le fonctionnement de l'organisation, le maintien d'un certain équilibre. Pour cela il est nécessaire que des accords tacites, des arrangements officieux et des décisions officielles soient réalisés entre les différents groupes professionnels concernés ou entre des parties de ces groupes au sujet de la stratégie de l'organisation globale ou de la manière de diviser le travail. Ces différents accords ne durent pas dans le temps, ils n'ont qu'une durée de vie limitée et sont amenés à être oubliés, discutés ou contestés. A. Strauss affirme qu'un « minimum de règles seulement peuvent être mises en place pour faire fonctionner un hôpital, puisqu'un immense espace de contingence dépasse celui couvert par les règles », (Strauss, 1992 [2], p. 98).

L'ordre social dans l'hôpital se construit donc à travers un perpétuel processus de négociations faites entre des groupes sociaux qui sont hiérarchiquement inégaux et qui sont constitués d'individus qui ne se ressemblent pas les uns les autres, qui n'ont pas les mêmes objectifs, ni les mêmes conceptions de l'hôpital.

Cette conception de l'hôpital est très utile pour comprendre le fonctionnement de la PASS d'Avicenne. L'idée d'un ordre issu d'un processus qui continue de se construire à travers des négociations et des conflits entre les différents acteurs concernés permet de saisir avec justesse l'organisation de la PASS. Porter son attention sur la rationalité des choix de l'acteur[104] ou sur les

[104] Cf. M. Crozier et E. Friedberg, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Seuil 1992.

contraintes environnementales[105], comme l'aurait fait d'autres courants de la sociologie des organisations, auraient empêché de comprendre les processus qui provoquent des changements.

Nous verrons ici comment se construit et se modifie l'ordre interne de la structure à travers l'analyse des situations de négociation et de conflit. À partir des observations et des entretiens effectués, la construction de l'ordre social de la PASS sera interrogée à travers le concept d'ordre négocié ; en s'intéressant systématiquement aux situations de négociations et de conflits entre les acteurs, il sera question de faire ressortir les situations les plus caractéristiques dans le maintien ou le changement de l'ordre social de cette structure.

L'étude des conflits et des divergences d'intérêts qui prennent place autour de la définition des situations d'action et des négociations mises en places pour parvenir à la réalisation d'objectifs individuels est assez éclairante sur ce point et notamment en ce qui concerne la base de travail unanimement reconnue, « le ciment symbolique ». Nous avons vu que cet objectif commun était né du contexte général : la direction de l'hôpital, en donnant la responsabilité à un médecin extérieur qui voit la PASS comme un moyen d'exercer une médecine humaniste et militante, a conféré à la structure une forte dimension philanthropique. Au contraire de la PASS de Delafontaine, la PASS-Villermé considère la dimension financière comme un frein à son activité ; ce qui est important c'est que l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité soit le plus adapté possible, quelles que soient les dépenses que cela entraîne[106].

Cette « mission » à laquelle chacun devrait participer n'est qu'une unité apparente, la véritable nature du déroulement de la vie organisationnelle est beaucoup plus complexe et conflictuelle. Elle est sujette à contestation et n'est pas reconnue par tous dans son ensemble. Une des raisons tient sûrement à la relative jeunesse de la structure.

Il existe en effet une grande diversité dans l'appréciation des situations de travail, des rôles impartis à chacun et de la bonne marche à suivre pour que le travail s'accomplisse. A. Strauss, à travers l'exemple de l'aide soignante qui comprend la situation de travail d'une manière très différente de celle du médecin (elle évolue dans des contextes culturels et interactionnels différents), montre que ces définitions concurrentes et la diversité des objectifs individuels vont entraîner d'âpres négociations, le recours à des tactiques de persuasion, de manipulation, l'emploi de stratégies de dissimulation et d'accord tactiques pour influer sur le cours des événements[107]. Les conflits qui se créent autour de la définition de la

---

[105] Cf. H. Mitzberg, *Le pouvoir dans les organisations*, Edition d'Organisation, 1986.
[106] Cf. chapitre II - C - 2).
[107] Cf. Strauss A., « L'hôpital et son ordre négocié », *op. cit.* ; « La conscience d'une mort proche » [3], *in La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, *op. cit.*

mission de la PASS vont naître entre l'équipe médico-sociale et la direction, à l'intérieur de l'équipe socio-médicale entre les différents acteurs et, enfin, entre l'équipe socio-médicale et les patients.

1) Les conflits avec la direction

On a pu voir dans le chapitre sur l'histoire de la PASS-Villermé et dans la deuxième partie (II - C - 2) que ce qui rend les deux médecins (D. Follereau et L. Gillon) si importants pour la survie, ou du moins le bon fonctionnement de cette organisation, c'est leur capacité à négocier sa pérennité avec l'administration.

Lorsqu'on essaye de comprendre comment l'ordre d'une unité hospitalière (ici la PASS, mais cela reste vrai pour les autres départements) se construit, on ne peut sous-estimer le rôle des médecins. L'ordre de l'hôpital, même s'il est en construction constante, possède des règles tacites qui restent dans le temps. Le rôle décisionnaire et prédominant des médecins doit être pris en compte si l'on veut avoir une vision juste de cet ordre. Même si, dans une moindre mesure, il est vrai que la négociation du fonctionnement du dispositif se fait aussi entre les médecins et les autres travailleurs (voire même avec les patients) et que les modalités sont ensuite quotidiennement discutées entre les personnes concernées, et que chacun négocie pour adapter les règles selon ses propres objectifs. Néanmoins, tous n'ont pas le même pouvoir de négociation, et la négociation à l'intérieur de la PASS est conditionnée par la négociation préalable faite par les médecins, et qui n'aurait pas pu être menée par une autre catégorie de personnel ni par les patients.

Les conflits autour de l'évaluation de l'activité

Lors des réunions trimestrielles de la PASS, où se rencontrent des membres de la direction de l'hôpital et l'équipe médico-sociale, le problème de la mesure de l'activité concrète de la PASS est souvent ressorti ; la direction se plaint de ne pas pouvoir l'évaluer et c'est pourquoi elle ne peut pas augmenter son budget. L'équipe médico-sociale répond que cette activité est difficilement évaluable et qu'elle ne l'est, en tout cas, pas avec les outils mis à leur disposition qui se basent sur les nouvelles lois de tarification à l'activité (la T2A) issues de la réforme « hôpital 2007 ».

Dans ce contexte-là, cette tâche est réellement difficile à réaliser car les services prodigués ne consistent que rarement en des actes médicaux dénombrables ; il est compliqué de mesurer le travail social et même l'activité des médecins généralistes. La prise en charge médico-sociale des patients précaires est souvent lente et chronophage, on ne peut pas transformer en langage administratif ou comptable le temps consacré à la discussion, à l'information, etc., alors qu'il constitue une part importante du travail réalisé. L'aboutissement d'un dossier d'AME peut prendre plusieurs mois et nécessitera systématiquement plusieurs rendez-vous avec l'assistante sociale. On ne peut donc pas

quantifier ce travail sur le nombre de dossiers terminés. L'indice du nombre de bons PASS distribués n'est pas non plus un bon indicateur car ceux-ci sont valables un mois et recouvrent donc souvent plusieurs actes médicaux et sociaux. De plus, on a vu que les médecins ont adopté une définition élargie de leurs mission et les patients qui consultent à la PASS-Villermé ne sont pas toujours sans couverture sociale et ne font donc pas tous l'objet de bons PASS (et ne sont donc pas pris en compte par la direction dans son évaluation de l'activité de la PASS).

Lorsque ce problème est abordé en réunion, l'équipe[108] se confronte à la direction pour que soit reconnue cette définition élargie des missions de la PASS et qu'elle soit comptabilisée dans l'activité de la PASS. La direction adopte alors une stratégie de détournement, le représentant entend les arguments des membres de la PASS, mais rétorque que les logiciels informatiques ne sont pas programmés en conséquence. Il faut donc faire appel à l'informaticien. Le débat s'arrête ici.

Depuis que j'ai commencé mon enquête de terrain à la PASS-Villermé (depuis juin 2010) ce problème n'a jamais été résolu. L'informaticien est venu plusieurs fois mais n'a jamais résolu le problème. L'activité de la PASS ne peut donc qu'être partiellement mesurée (les budgets ne sont ainsi pas réajustés). La direction à travers cette stratégie de détournement reporte la résolution du conflit dans le temps.

Il faut noter ici que le budget alloué par le ministère au fonctionnement de la PASS, le budget Migac (Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation), n'est pas obligatoirement réservé à celle-ci. Le montant alloué à la PASS dépend de son activité (T2A), le reste du budget peut être utilisé pour d'autres financements sur le principe des vases communicants. L'impossibilité d'évaluer correctement l'activité de la PASS permet à la direction de la réduire artificiellement et d'utiliser le budget Migac pour d'autres choses.

Pour contrer cette mauvaise volonté de la direction, les médecins ont décidé d'enregistrer tous les patients vus à la PASS sous l'unité 175, qui correspond à celle des patients sans couverture sociale, même si plus de la moitié d'entre eux sont en fait assurés. La raison qui les pousse à agir ainsi est que cette unité est la seule prise en compte pour évaluer l'activité médicale de la PASS et permet ainsi de gonfler artificiellement l'activité de la PASS, afin de contrebalancer le travail qui ne peut pas être pris en compte avec les outils à disposition. L'assistante sociale, quant à elle, refuse d'utiliser le logiciel mis à sa disposition pour rendre compte de son activité arguant qu'il ne permet pas de le faire réellement. Ces deux stratégies sont ouvertement assumées face à la direction. Cette situation a trouvé ainsi un équilibre, un « statu quo », qui provoquera sans doute des futures négociations autour de la définition de l'activité de la PASS.

[108] Ce sont surtout l'assistante sociale de la PASS et le médecin référent qui insistent sur l'élargissement de cette définition.

Les conflits et négociations qui ont lieu autour de l'évaluation de l'activité pointe un élément déterminant du fonctionnement de la PASS-Villermé et souligne des problèmes structurels liés à l'orientation générale du fonctionnement de l'hôpital public, instiguée par les politiques gouvernementales. Il y a une inadéquation entre les missions et le rôle de la PASS définis par l'équipe médico-sociale et le cadre hospitalier dans lequel ceux-ci s'inscrivent. La PASS est une structure que la direction de l'hôpital ne souhaite pas encourager parce qu'elle ne permet pas de produire des bénéfices, ce à quoi elle est contrainte par les réformes. Même si, financièrement, la PASS permet de faire des économies importantes en amont en évitant des hospitalisations tardives et coûteuses, la tarification à l'activité (la T2A) issue des réformes hospitalières de 2007 empêche de les prendre en compte administrativement et financièrement.

> « Mais si nous faisons faire des économies à la sécurité sociale, le paradoxe est que nous ne rapportons pas à l'hôpital. La rentabilité imposée par la tarification à l'acte nous exclut du système. »
> Dominique Vasseur, médecin à la consultation Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine, à l'occasion du Colloque national des PASS du vendredi 20 mai 2011

Le contexte structurel décourage ainsi les directions hospitalières à développer leur dispositif PASS. La « volonté locale tripartite », que mentionne le Dr George, implique « le soutien d'une direction hospitalière » et requiert, en raison de ce contexte structurel défavorable, une « bonne volonté » de la part de celle-ci. L'effectivité d'une PASS en devient dépendante des sensibilités des membres de la direction envers la mission de soins pour tous de l'hôpital public.

L'attentisme

Une autre manière pour la direction de réduire et d'empêcher le développement de la PASS est la pratique de l'attentisme. Comme on l'a vu avec l'exemple des logiciels informatiques pour lesquels aucun effort n'est fait pour qu'ils puissent évaluer l'activité de la PASS, la direction développe des stratégies afin de gêner le bon fonctionnement de la PASS. Ainsi, la signalétique et la visibilité de la PASS est un sujet qui est régulièrement discuté lors des réunions avec la direction. Depuis la création du dispositif, l'installation d'un fléchage qui indiquerait le lieu de la PASS-Villermé a été revendiquée par l'équipe médico-sociale. La direction concède que c'est un problème qui devrait être réglé mais reporte toujours à plus tard sa résolution. La peur d'un « appel d'air » a souvent été évoquée, la direction redouterait un afflux important de patients en ayant une PASS « trop » visible[109]. C'est d'ailleurs pourquoi, à sa création, le centre Villermé a obtenu des locaux presque dissimulés à l'intérieur de l'hôpital, les patients étaient reçus dans un couloir que presque aucun autre patient n'empruntait.

[109] Cf. partie 2.

On peut également évoquer la personne des services externes qui est censée bloquer les factures afin que les bénéficiaires du système PASS ne les reçoivent pas. Celle-ci est en arrêt maladie depuis que j'ai commencé les observations à la PASS et tous les patients reçoivent leurs factures, les obligeant à revenir individuellement pour les faire bloquer par l'intermédiaire de l'assistante sociale. La direction préfère attendre que cette personne revienne travailler plutôt que de la remplacer. Les exemples se multiplient et tendent tous à montrer qu'il y a une mauvaise volonté et un attentisme de la part de la direction visant à faire péricliter la PASS.

La réduction du service social

Depuis 2005 environ, la direction de l'hôpital Avicenne s'est attaché à réduire l'activité du service social. La moitié des assistantes sociales n'ont pas été remplacées, si bien qu'aujourd'hui l'hôpital en compte une douzaine alors qu'il en faisait travailler vingt-quatre au début des années 2000. Le service social employait également deux cadres dans les années 1990 qui n'ont pas non plus été remplacées. Il est donc dépourvu d'agent hiérarchiquement mandaté pour le diriger ou pour entreprendre des négociations avec la direction depuis trois ou quatre ans. Les assistantes sociales sont plus ou moins livrées à elles-mêmes et il n'y a quasiment aucun contrôle de leur travail. L'hôpital emploie officiellement une secrétaire à plein temps, celle-ci est cependant en formation depuis un an, et une secrétaire à 80 %. La direction doit faire des économies et a décidé de les faire dans le service social.

Une cadre doit cependant être embauchée prochainement (cela est prévu pour l'été 2011). Mais le service social est destiné à fusionner avec celui d'un autre hôpital de l'AP-HP, Jean Verdier à Bondy, avec comme objectif d'avoir un seul cadre du service social pour les deux hôpitaux.

Le service social est un élément essentiel pour que la conception du soin du champ social[110] de la médecine de la précarité puisse s'installer dans l'hôpital. Cette conception se distingue en ce qu'elle intègre l'environnement social dans les déterminants de la santé et donc intègre dans la démarche de soin un accompagnement social qui est essentiel. Le dispositif des PASS prend avant tout forme à travers un accompagnement social adapté aux populations en situation de grande précarité et ne peut donc fonctionner sans la coopération du service social.

La direction, contrainte à faire des choix budgétaires dans ce contexte de rigueur économique, en réduisant l'activité du service social, oriente en même temps la conception générale du soin dans l'hôpital. Cette orientation, qui s'axe sur les actes médicaux dénombrables et « rentables », s'oppose à la conception du soin développé au sein de la PASS et du champ social de la médecine de la précarité. Cette

[110] Nous employons ici la notion de champ social en référence à Bourdieu (1979) qui constitue un sous-espace social, spécialisé dans l'accomplissement d'une activité. Ici, le champ de la médecine de la précarité dont l'activité est de soigner les patients pauvres et de faire de l'accès aux soins de manière plus large. La hiérarchie et la dynamique du champ social provient des luttes entre les agents sociaux pour y occuper les positions dominantes. C'est précisément pour cette analyse en terme de conflit et de lutte que nous utilisons ici la notion de champ.

opposition entre deux « ciments symboliques » fragilise la légitimité de l'activité de la PASS, et favorise par là même les conflits entre l'équipe médico-sociale de la PASS et les autres services de l'hôpital.

2) Les conflits entre la PASS et les autres services de l'hôpital

Un des problèmes majeurs auquel l'équipe de la PASS doit faire face est la mauvaise circulation de l'information et l'absence de visibilité du dispositif dans l'hôpital. Le repérage des patients sans couverture sociale à l'intérieur de l'hôpital est une étape essentielle du travail de la PASS, c'est à partir de là qu'elle pourra entamer les démarches nécessaires au recouvrement des droits sociaux chez les patients qui ne viennent pas d'eux-mêmes aux consultations de médecine générale sans rendez-vous. Cela suppose une bonne coordination entre les différentes assistantes sociales qui devront diriger les patients concernés vers D. Amrouche pour qu'elle leur fasse un bon PASS. Cela suppose également que tout le personnel de l'hôpital en contact avec des patients connaisse le service de la PASS pour pouvoir y conduire les patients sans couverture sociale qu'ils rencontrent.

Le repérage des patients, un problème d'information et de conception du soin

De fait cela concerne essentiellement les urgences, soit la principale porte d'entrée des patients en situation de grande précarité et sans couverture sociale. C'est d'ailleurs pourquoi l'assistante sociale des urgences travaille en binôme avec celle de la PASS. Le personnel qui travaille au service des urgences de l'hôpital d'Avicenne ne signale cependant que rarement à l'assistante sociale qu'un patient dans cette situation s'est présenté. Certains ne le font pas car ils ne connaissent pas le dispositif ; le service des urgences connaît un assez fort *turn-over* et des nouvelles personnes y arrivent tous les six mois. Celles-ci auront besoin d'un certain temps pour apprendre en quoi consiste le travail de l'assistante sociale et cela seulement s'ils le désirent. Il n'existe, en effet, aucune démarche officielle qui permettrait cet apprentissage.

Tout le temps de l'enquête de terrain, personne dans l'équipe des urgences ne faisait cette pratique du « repérage » des patients qui nécessitent l'intervention d'une assistante sociale. Celle-ci a donc décidé d'aller au-devant des patients dans le service des urgences et de faire ce travail elle-même. De nombreux patients échappent ainsi au repérage, d'autant plus que l'assistante sociale ne travaille que trente-cinq heures par semaine, alors que les urgences sont ouverte tout le temps.

Ainsi, l'absence de repérage des patients sans couverture peut être due à une méconnaissance du système. Cela peut également venir d'une conception du soin différente. Ce problème est bien illustré par ce que l'assistante sociale des urgences de l'hôpital Jean Verdier raconte à propos des médecins traumatologues.

« Bah oui ça existe. Je vais vous donner un exemple très concret, parce que moi je fais les urgences, et les urgences sont séparées en deux parties, vous avez les urgences côté médecine et les urgences traumato. Les traumatologues, par définition, ce sont des traumatologues dans toute leur splendeur, alors c'est, 'voilà, monsieur il a sa jambe cassée voilà parfait, je lui soigne sa jambe, je ne lui pose aucune question, il part.' Ça c'est une grande spécialité des traumatologues, et tout le monde le reconnaît, même leurs confrères, et vous avez des médecins, la précarité, ils s'en fichent complètement. C'est le patient, la pratique et, après chez les traumatologues vous allez en trouver un ou deux, voilà, qui vont être plus ou moins sensibilisés, mais les trois quarts des traumatologues ça ne fonctionne pas comme ça. Donc, après je pense qu'il y a aussi une question, je sais pas, peut-être de formation, de spécialité, qui fait qu'on est sensible ou pas. Voilà par ce que vous avez des traumatologues qui vont peut-être demander à quelqu'un d'entretenir une plaie, enfin de faire quelque chose en tout cas de médical, sans se poser la question de dans quelles conditions cette personne vit, et est-ce qu'elle pourra... »
Assistante sociale des urgences de l'hôpital de Jean Verdier[111]

Il y a ici également deux conceptions du soin différentes, une conception (celle des traumatologues) qui considère le soin dans l'immédiateté : quelque chose est cassé, il faut le réparer. Et l'autre (celle des assistantes sociales des urgences et, plus généralement, celle du champ de la médecine de la précarité), davantage sur le long terme, qui intègre dans le soin médical la situation sociale du patient.

3) Les conflits internes

Les conflits à l'intérieur de la structure entre les médecins et le personnel non-médical sont d'un autre ordre et prennent d'autres formes. Ceux-ci sont caractéristiques des discordances entre les définitions de l'action et des objectifs individuels recherchés.

On peut ici rappeler l'analyse d'A. Strauss qui explique que « l'hôpital est un lieu où les membres du personnel [sont] constitués en grande partie mais pas exclusivement de professionnels. (...) [Ils] se trouvent engagés dans un processus de négociation complexe afin à la fois de mener à bien leurs projets personnels et de mettre en œuvre – dans la division du travail établi – des objectifs institutionnels énoncés soit clairement soit vaguement. (...) [La] formation professionnelle spécifique, l'idéologie, la carrière et la position hiérarchique affecte toute la négociation ; mais les non-professionnels peuvent aussi affecter ce processus global. »

Des trajectoires et des ambitions différentes

Les médecins de la PASS, qui font les consultations sans rendez-vous, sont tous les deux depuis longtemps des militants actifs dans l'accès aux soins des précaires. Ils exercent tous les deux cette

[111] Entretien réalisé dans le bureau de l'assistante sociale des urgences et de la PASS à l'hôpital Jean Verdier à Bondy (93) en janvier 2011.

activité en parallèle d'une activité médicale plus traditionnelle (l'un est anesthésiste et l'autre est médecin généraliste) et plus lucrative. Leur activité à la PASS est donc presque bénévole. La position de directeur de la PASS est particulièrement importante pour le docteur J-P. Geesink. Celui-ci est le principal interlocuteur lorsqu'il y a des négociations à mener avec la direction, c'est aussi lui qui porte publiquement l'image de la PASS Villermé[112]. Il est assez courant que des journalistes, des étudiants, des chercheurs ou des collègues le sollicitent pour lui demander des conseils ou des informations. En personnifiant ainsi la PASS-Villermé, il dispose également d'une image publique. Tous ces éléments font que le statut de directeur de la PASS représente un enjeu important pour ce médecin, il lui confère une position reconnue et importante dans la hiérarchie sociale à la fois de l'hôpital et du champ de la médecine de la précarité.

Tous les autres membres de l'équipe socio-médicale (agents d'accueil, infirmière, assistantes sociales) travaillent à la policlinique à plein temps, ou en tout cas ce travail est leur activité principale. La plupart d'entre eux n'ont pas choisi de travailler à la PASS-Villermé, ils se sont retrouvés là au hasard des embauches, à l'exception de l'assistante sociale, D. Amrouche, qui a postulé pour ce poste lorsqu'il s'est libéré. Pour beaucoup d'entre eux cet emploi n'est pas une source de prestige social, voire même, à l'inverse, il peut être à leurs yeux dévalorisant. Les membres de l'équipe non-médicale n'ont pas été socialisés dans le monde social de la médecine de la précarité et n'adhère donc pas d'emblée à la conception du soin correspondante.

Cette différence de taille implique des divergences dans la manière de concevoir l'action de soins. Elle n'est pas motivée ni par les mêmes projets personnels, ni par les mêmes projets professionnels.
Cette situation crée des conflits dans l'application de certaines normes voulues par les médecins et refusées par le reste de l'équipe. Les conflits se cristallisent principalement autour de la définition de la légitimité du patient à bénéficier du système de la PASS : qui y a droit ? dans quelles conditions ?

On a vu un peu plus haut que les médecins ont adopté une définition élargie du patient qui peut légitimement entrer dans le système de la PASS, le « patient en situation de précarité économique et sociale et ayant des problèmes d'accès aux soins » ; on a vu également que cette définition n' est pas institutionnellement ou officiellement clairement établie. Au contraire, le flou qui existe autour de cette définition donne la possibilité aux acteurs de la PASS de la construire selon leurs propres critères. Un patient peut donc être légitime pour un membre de l'équipe et pas pour l'autre. La construction d'une définition commune ne semble pas aller de soi et s'ils s'accordent la plupart du temps, il demeure cependant des situations où ce n'est pas le cas et qui sont potentiellement sources de tensions ou de négociations.

[112] Cela contraste avec son activité libérale où il ne dispose pas de ce prestige.

La xénophobie et les discriminations

Les discriminations faites à l'encontre des étrangers sans-papiers et la xénophobie sont très courantes de la part des membres de l'équipe non-médicale. De nombreux stéréotypes circulent, l'AME permettrait aux clandestins de se soigner gratuitement, tandis que les Français ne pourraient plus se soigner à cause de l'augmentation des forfaits hospitaliers ; les étrangers viendraient en France pour se faire soigner ou encore l'idée que « la France ne peut pas accueillir toute la misère du monde », etc.
Gisèle, qui était l'infirmière de la PASS pendant plusieurs années, regrettait, lors d'un entretien, que ce dispositif soit réservé aux étrangers, elle aurait aimé pouvoir aussi soigner des « Français ». Elle regrette notamment « que la précarité soit réservée aux étrangers, [car] il y a aussi des Français qui sont précaires ». Gisèle a terminé l'entretien[113] en expliquant que « la France est un grand hôpital » où les étrangers viennent se soigner et qu'une « charité bien ordonnée commence par soi même », sous-entendant que les nationaux devraient être soignés en priorité.

Nous avons pu observer le même type de discours de la part de l'assistante sociale des urgences :

> K.B. : « En même temps, je ne sais pas quoi dire, l'AME, c'est quelque chose d'incroyable. Incroyable mais vrai. Je ne sais pas... Il y a des gens qui ont très peu de sous, et ils (les législateurs) ont fait ça pour eux (l'AME), et tu vois quand même, dans ces marchés, il y a des gens qui viennent d'arriver qui cassent ce truc là. Il y avait plein de Roumains avec leurs trucs, il y avait des Pakistanais, pourquoi ? Pourquoi, ce sont les Français qui n'ont plus accès au droit ! Pourquoi tu casses le truc ? C'est pour des vieux, ou des gens qui sont là depuis des années qui n'ont même pas 500 €, qu'est-ce que tu fais ? (Interruption d'une collègue). »
> J.G. : « Toi, t'en vois beaucoup des Français qui souffrent, ici à l'hôpital et ne peuvent pas payer ? »
> K.B. : « Ah oui ! De plus en plus, il y en a de plus en plus qui ne peuvent pas avoir de mutuelle, qui ne peuvent pas, qui ne veulent plus se soigner ! Ils viennent quand c'est en urgence. Mais ils ne viennent pas ! Ils viennent quand ils sont amenés par les pompiers, quand ils sont, quand ils tombent dans la rue, quand c'est les voisins qui les ramènent... »
> J.G. : « Tu les vois après, et ils te disent qu'il n'ont pas pu venir avant parce que... »
> K.B. : « ... qui disent ' non on peut pas madame, on peut pas, on peut pas parce qu'on peut pas manger, on peut pas, on peut pas et se soigner et manger et payer notre loyer, on peut plus ' ».
> J.G. : « Et ça, c'est des gens seuls ? »
> K.B. : « Des gens seuls ou en couple. Mais, les enfants des fois ils sont aussi individualistes, ils ont aussi du mal etc. Mais, si, si, si. On les trouve aux urgences, je vois plein de personnes âgées au bout du rouleau, ça y est, ils sont amenés aux urgences, il n'y a plus d'autre moyen. Et moi je trouve ça atroce ! Je te dis la vérité, je préfère, c'est, quand tu dis ça, mais je préfère qu'on ne donne pas l'aide médicale à tout le monde, qu'on donne l'aide médicale aux personnes quand ils ont vraiment besoin d'être hospitalisés, oui ! Mais qu'on aide un peu plus les Français et les résidents qui ont travaillé ici, qui ont cotisé, qui souffrent, qui habitent, qui payent des impôts, je préfère qu'on aide ceux-là, qu'on aide aussi les autres, mais pas à tort et à raison comme ça, pas à tort et à travers. »
> [...]

[113] Entretien réalisé à la policlinique de l'hôpital Avicenne le 7 décembre 2010.

K.B. : « Et puis ces étrangers, ces étrangers, remarque je suis étrangère, c'est maintenant que je constate, non mais quand tu vis dans le système, tu vis la réalité c'est pas possible. On peut pas faire l'aide médicale pour tout le monde, c'est pas, ça crée des malentendus, ça crée du racisme. Et il y a plein de gens, je te promets, qui viennent, entre autres des Algériens, parce que les autres je connais pas, je peux pas dire, qu'ils ont une aide médicale et qu'ils font le va-et-vient. Ils sont riches là-bas, ils ont des voitures dernier cri etc. Ils ont l'aide médicale, juste parce qu'ils sont en France depuis trois mois ? Tu vois ce que je veux dire. Juste parce qu'il vient te voir, tu vas lui faire une domiciliation, c'est pas normal ! C'est pas normal. [...] Et il y en a plein des gens comme ça. Et ça, les Algériens, c'est les plus petits. Parce qu'on a l'impression, les Arabes etc., c'est les plus mafieux, va voir les Yougo, et leurs trucs. Les Arabes, c'est facile de dire, mais nous, on est une petite minorité. On vole pas des trucs, c'est quand même voler, voler le RMI. C'est pas sérieux la France. Il y a trop d'abus, il y a trop d'aides, il y a trop d'aides, serrez leur les vannes un peu, arrêtez les aides, et on verra après. Non, moi je n'aime pas ce système. Il y a trop d'assistés, et ils assistent pas les gens qui en ont vraiment besoin. La France d'aujourd'hui, c'est ça, c'est pas la France d'il y a 20 ou 30 ans. C'est plus les mêmes, maintenant c'est la misère ici. C'est la misère, mais c'est, il y a des miséreux en France, il y a beaucoup de gens qui ne peuvent pas manger, qui ne peuvent pas se soigner, qui n'ont pas de logement décent, qui... C'est eux qu'il faut soigner, avant de soigner ceux qui ont des millions dans leur pays. »
Karima Bensala, assistante sociale des urgences depuis une dizaine d'années[114]

La xénophobie et l'intolérance envers les étrangers en situation irrégulière conduisent ces membres de l'équipe médico-sociale à des discrimination envers les patients de la PASS, bien sûr pas systématiquement, mais il arrive régulièrement des incidents où des patients se voient refuser des services sous prétexte qu'ils ne parlent pas le français, qu'ils sont suspectés de fraude ou encore parce qu'ils sont malpolis.

Ces comportements vont évidemment à l'encontre de la conception du soin militante et humaniste du champ de la médecine de la précarité et empêchent qu'elle devienne un « ciment symbolique » à l'intérieur de la PASS-Villermé. Cet exemple souligne le décalage entre deux conceptions du soin qui est le résultat de différences plus générales en terme de valeurs et d'idéologie politique et sociale.
Un travail de sensibilisation du personnel avait été fait à l'époque du centre Villermé où les mêmes problèmes étaient rencontrés. Mais cela avait été fait sur un temps trop réduit pour observer de réels changements.

La PASS Saint-Antoine à Paris, observée par Isabelle Parizot (2003), ne rencontre pas ce problème. Un travail de sensibilisation du personnel y a été effectué et la référence à la mission de service public de l'hôpital est mise en avant. Les fondateurs de la PASS ont insisté sur le fait qu'il était du devoir de l'hôpital de soigner toute personne. Les appréhensions que l'équipe médico-sociale ont rencontré au début ont pu être dépassées par une socialisation et une intégration des valeurs du service public de santé et de la non-discrimination. « L'objectif d'assurer à chacun et sans discrimination l'accès à la médecine peut ainsi rencontrer différents obstacles, mais il constitue le principe général auquel les

[114] Entretien réalisé à la PASS-Villermé en noveambre 2010.

acteurs [...] ont appris à se référer. C'est en se recentrant sur le devoir de soigner qu'ils tentent de dépasser - et y parviennent généralement - leurs réticences. [...] Les questionnements quant à l'accueil de malades non solvables, marginaux ou agressifs trouvent en fait une réponse commune dans la référence aux valeurs médicales » (Parizot, 2003, p. 162).

La différence fondamentale entre ces deux structures réside dans un travail de socialisation aux valeurs du champ de la médecine de la précarité qui mettent en avant le droit de se soigner pour tous. Le fait que la direction ne soutienne pas non plus cette conception du soin laisse sans doute une place importante dans l'espace social à des conceptions du soin différentes, en l'occurrence davantage inégalitaires et discriminantes.

4) Les conflits avec les patients

Il a été évoqué plus haut que, dans le service de PASS, les médecins et les assistantes sociales construisent de manière empirique, faute de protocole clairement établi, des catégories de patients légitimes et illégitimes au dispositif. Ce sont des profils types qui permettent d'évaluer les nouveaux arrivants avec des catégories existantes. On pourra ainsi classifier d'emblée le « profiteur » et le « fraudeur » dans la catégorie des personnes non désirées dans le service. La conséquence sera une attention moins importante de la part de l'équipe et une non-inscription dans le dispositif de PASS qui fait que le patient recevra une facture qu'il devra payer. À l'hôpital, comme dans d'autres services qui traitent directement avec les individus, le personnel tend à modifier le processus par lequel les « clients » accèdent à ce service (Hugues, 1971). Ils agissent comme des gardiens qui sélectionnent ce qu'ils considèrent comme des demandes inappropriées pour le service. Les demandes sont toujours évaluées lors du premier entretien avec l'assistante sociale ou de la première consultation avec le médecin. Dans les cas incertains, la décision finale, comme nous l'avons vu, revient donc à un de ces acteurs qui établira un jugement personnel selon ses propres valeurs et les catégories construites par le groupe.

Néanmoins, ce pouvoir discrétionnaire donné aux membres de l'équipe médico-sociale ne doit pas être considéré comme de stable et structurel ; les catégories et leurs critères de définition ne sont pas rigides et le patient joue également un rôle dans leur construction. Il peut, en outre, participer à la décision qui se construit dans la situation d'interaction (Goffman, 1968 ; May et Kelly, 1982).

Les patients développent des techniques, des tactiques ou adoptent des comportements qui correspondent aux attentes des médecins ou de l'assistante sociale.

Les techniques de contournement et de dissimilation

Pour contourner le problème du visa, certains patients vont mettre en œuvre des tactiques de dissimulation d'information. Ils affirment l'avoir perdu, ou être venu en France illégalement (sans visa) ou encore que celui-ci est périmé (ils évitent de le présenter) : ils entrent dans ces cas-là dans la catégorie de ceux qui sont légitimes pour bénéficier de ce système. Ils n'ont ainsi pas à subir l'examen par le médecin ou l'assistante sociale de leur éligibilité au dispositif des PASS, ils le sont d'emblée.

D'une manière générale, la population qui fréquente les PASS est constituée en grande majorité d'immigrés en situation irrégulière ; cette situation les rend méfiants à l'égard des institutions et il y a toujours des incertitudes quant à l'identité réelle des patients. Il est, en effet, assez fréquent que les patients dissimulent leur identité, leur adresse ou leur date de naissance.

Lors de l'enquête de terrain, il a été observé à plusieurs reprises que des patients qui ont déjà fait l'expérience de la PASS initient de nouveaux patients en leur expliquant le fonctionnement du système, en donnant des conseils. Un exemple[115] qui illustre particulièrement bien cette idée est celui d'une jeune femme espagnole d'origine marocaine qui est venue à la consultation accompagnée d'un patient habitué de la PASS. Ce dernier a aidé à traduire les propos de la jeune femme qui ne parlait pas français. Elle a de gros problèmes de santé (un cancer qui lui a valu l'amputation d'une jambe, et elle avait besoin à ce moment d'une prothèse). Sa nationalité espagnole a rendu l'affaire assez compliquée, elle ne pouvait pas rentrer dans le cadre de la PASS ou obtenir des soins gratuits car elle était censée être assurée dans son pays d'origine. Elle est donc repartie sans que l'on ait répondu à sa requête sur le moment. La semaine d'après, l'assistante sociale des urgences m'a raconté que les deux mêmes personnes avaient tenté de contourner le refus de la PASS en se rendant aux urgences. Cela a fonctionné, le cas a beaucoup ému le personnel des urgences qui a appelé un oncologue et se sont occupé immédiatement de son cas. Jusqu'à ce que l'assistante sociale en question les reconnaisse et explique à l'équipe médico-sociale le problème, puis cette dernière a fini par se ranger du côté de la PASS. L'assistante sociale a expliqué à ces deux patients que ce qu'ils avaient fait n'était pas correct et que l'équipe de la PASS l'aurait su de toute manière. Elle tente ainsi de contrer la technique de détournement en prétendant que les équipes médicales contrôlent ce qui se passe dans leur service[116].

Les techniques de dissimulation et de détournement établissent une limite à l'action des catégories construites par l'équipe médico-sociale et rééquilibrent un peu la relation de pouvoir entre le patient et le médecin ou l'assistante sociale. Ces comportements modifient l'ordre de la PASS, ils poussent ses agents à adapter les règles et les catégories qu'ils construisent. Ils montrent également que, si la relation

[115] Observations réalisées à la PASS-Villermé le vendredi 9 juillet 2010.

[116] Ces techniques ont particulièrement bien été analysées par S. Paugam (*op. cit.*) à propos des assistés et des stratégies pour s'installer dans l'assistanat.

entre l'agent de l'institution et le patient n'est pas propice à « l'oubli de la domination » (Grignon, 1989), l'intériorisation des normes de cette institution n'en reste que partielle. Cela peut également être interprété comme une volonté de protéger sa vie privée, « ne pas rentrer dans la logique administrative peut aussi servir à ne pas s'y laisser enfermer » (Dubois, 2003, p. 164). La distance que cette attitude impose permet de préserver une intimité contre les intrusions.

Le conformisme institutionnel

À l'opposé de ces techniques de détournement, on peut observer des attitudes très conformes aux attentes des agents de l'institution. Ce conformisme peut cependant être interprété comme de la « gestion des apparences » (Dubois, 2003). L'adhésion aux règles se réduit alors à une mise en scène à toutes fins utiles ; c'est une tactique d'anticipation des attentes des agents de la PASS.

Le cas de cet homme originaire du Congo-Brazaville illustre bien cette tactique. Il est venu avec la fille de l'ami qui l'héberge dans un logement social à Aulnay-sous-bois (93). Cette fille a parlé au nom de cet homme pendant presque toute la consultation. Le médecin commence par lui demander de quelle ethnie il vient, lui parle de villages qu'il connaît et montre ainsi qu'il connaît un peu le Congo. L'interaction se passe rapidement sur un ton détendu. La fille nous explique que l'homme qu'elle accompagne est en France depuis bientôt trois mois et que son visa va bientôt expirer, mais qu'il compte rester de toute manière. Il a découvert en France qu'il était malade et veut rester pour se faire soigner. Elle nous explique alors qu'au Congo « les malades servent de cobayes [...], (que) tout de suite ils te disent que c'est le palu. Ils ne demandent pas si c'est autre chose [...]. Et quand on parle de la prostate, ça veut dire qu'on va bientôt mourir, parce qu'ils ne soignent pas ça là-bas »[117].

Ce patient rentre typiquement dans la catégorie de ceux qui, étant sous visa, ne devraient pas être pris en charge par le dispositif de la PASS. Cependant, on a vu que certains vont tout de même entrer dans la catégorie construite par le médecin du « patient en situation de précarité économique et sociale et ayant des difficultés d'accès aux soins ». Le rôle qu'a joué le récit de cette femme dans cette catégorisation ne peut être négligé. L'attitude de certaines personnes qui peut être qualifiée d'arrogante ou de défiance, peuvent parfois justifier d'une catégorisation en tant que « patient illégitime ». La mise en récit des parcours des patients est un moment crucial des premières interactions, elle influe sur la manière dont les acteurs de la PASS considèrent le patient. Cet élément joue avec ce qu'il y a de plus personnel chez les individus qui endossent le rôle d'agent institutionnel dans le sens où la décision de délivrer un bon PASS dépend, dans ce cas, de l'émotion suscitée par la mise en récit d'expériences vécues[118].

---

[117] Observations réalisées à la PASS-Villermé le 23 novembre 2010.

[118] À propos de la mise en discours des parcours de demandeurs d'asile cf. Fassin D. et Memmi D. (eds), *Le gouvernement des corps*, Paris, éd. Ehess, 2006.

Conclusion

La définition officielle des missions d'une institution laisse une liberté d'interprétation qui permet aux acteurs de définir leur rôle eux-mêmes et, sur le long terme, de modifier le cadre générale de ses missions. Dans le cas de la PASS, on a pu voir que la définition des patients légitimes à qui sont ouverts les services de la PASS a été élargie grâce à cette marge de liberté.

Ainsi, on voit que l'individu derrière l'employé de l'institution, ses valeurs et son idéologie sont structurants dans le fonctionnement de l'institution. L'appartenance des médecins au monde social de la médecine de la précarité imprègne le fonctionnement de la PASS.

Ceci dit, les volontés des acteurs se heurtent aux conceptions des différentes structures et des individus avec qui ils interagissent. Le cadre dans lequel s'insère l'institution, ici l'hôpital, est contraignant. La conception du soin des médecins de la PASS s'impose difficilement à l'intérieur de ses propres locaux en raison d'une conception du soin opposée véhiculée par les politiques générales de l'hôpital.

Cette fragilisation de la définition des missions de la PASS (qui ne peut être séparée de la conception du soin élargie du champ de la médecine de la précarité) facilite sa contestation par les autres services de l'hôpital et même par ses agents. Elle laisse un espace de liberté aux autres conceptions du soin.

Les conflits et les négociations étudiés tendent tous à montrer que l'ordre de la PASS se construit dans les interactions entre tous les acteurs de l'hôpital. La conception du soin est l'élément qui cristallise de nombreux conflits. Elle se laisse particulièrement remarquer parce qu'elle constitue un enjeu essentiel dans l'orientation générale de l'institution et tend à contester la conception du soin dominante véhiculée par la direction de l'hôpital dans un contexte structurel de rigueur économique.

Conclusion générale

Les permanences d'accès aux soins de santé constituent la pierre angulaire d'une volonté récente de réconcilier l'hôpital public avec sa mission sociale traditionnelle d'aide aux plus démunis. L'évolution de cette institution au cours du XXe siècle a été marquée par une orientation de plus en plus tournée vers les techniques de pointe et une médecine spécialisée. L'ouverture à tous et l'abandon de la gratuité au sortir de la Seconde Guerre mondiale ont accentué cette tendance. Parallèlement, le développement de la médecine de ville, spécialisée et généraliste, en médecine de proximité et de premier recours destinée à la plupart de la population grâce à la généralisation de la sécurité sociale, puis de l'assurance maladie complémentaire, a confirmé ce changement de mission de l'hôpital. La fin des années 1980 connaît un retour des populations les plus démunies et exclues des autres structures de soin vers l'hôpital, par la porte des urgences. Un débat s'amorce alors sur la mission de service public de cette institution et sur son devoir de pallier les manques de la société civile en terme d'accès aux soins.

L'introduction du système des PASS montre une volonté des pouvoirs publics de réaffirmer ces missions. Cela ne va toutefois pas sans de nombreuses difficultés. Les logiques de fonctionnement et la conception du soin à l'hôpital, qui se sont développées au cours du XXe siècle, ne s'adaptent que très difficilement à la prise en charge des patients les plus démunis. De fait, s'opposent, au sein de l'hôpital, deux conceptions du soin et deux modes d'organisation. Le modèle de prise en charge des patients en situation de grande précarité économique et sociale s'est construit au sein du monde social de la médecine de la précarité, dans les milieux professionnels et associatifs qui se confrontaient à ces patients en réponse aux difficultés rencontrées. En Seine-Saint-Denis, au début des années 1990, au plus haut de l'épidémie de SIDA, les professionnels de santé se heurtent à de nombreux obstacles qui mettent à mal la thérapie médicale de patients souvent désinsérés socialement et économiquement. Les traitements engagés contre cette maladie chronique nécessitent de travailler à la fois en amont et en aval, sur la situation sociale (sur les conditions de logement, d'alimentation, etc.), sur les représentations de la maladie, sur la détection des patients, d'éduquer à la santé, etc.

Une nouvelle conception du soin et de nouvelles pratiques adaptées à ces situations complexes prennent forme à l'hôpital. Le traitement médical se fait de concert avec une prise en charge sociale et, selon les besoins des patients, d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique. Le travail en réseau avec des associations, des médecins traitants et d'autres institutions publiques pour établir un lien entre l'hôpital et la ville constitue également un élément relativement nouveau qui s'intègre à la démarche de soin.

La PASS, dispositif hospitalier, évolue dans ce monde social de la médecine de la précarité qui dépasse largement, dans le temps et l'espace, le cadre de l'institution. Les PASS tentent de s'émanciper des modes d'organisation et de fonctionnement traditionnels de l'hôpital public français. Des conflits naissent autour de ce mode d'organisation en raison de ces logiques et conceptions opposées. On peut d'ailleurs voir ici l'une des raisons pour laquelle la plupart des directions hospitalières ont choisi d'adopter un mode de fonctionnement transversal qui cloisonne l'accès aux soins à un travail exclusivement social.

A. Strauss, dans son article « Professions in Process » (1961) présente la profession médicale comme un monde qui n'est pas homogène et en constante évolution. Il est composé de « segments » porteurs chacun de conceptions (idéologies) différentes quant à la spécificité de leurs pratiques et de leurs activités centrales. Ils sont aussi porteurs d'identités différentes qui se forment, se maintiennent, se développent ou/et disparaissent. L'organisation générale d'une profession est modelée par la compétition et les conflits entre les segments en mouvement. La PASS (et en particulier la PASS horizontale) représente un de ces segments qui porte et défend ses conceptions, ses pratiques spécifiques et ses activités centrales.

En deçà de ce cadre général, au niveau des pratiques quotidiennes, de nombreux compromis s'élaborent entre les représentants des différentes idéologies des segments professionnels, avec les patients aussi, et également, à un niveau micro social, entre les philosophies propres des personnes liées à leurs biographies individuelles.

Concernant le choix des missions qu'accomplissent l'institution, il est important de souligner que les processus étudiés ne se limitent pas au cadre de cette permanence, mais se retrouvent dans de nombreuses institutions, notamment sociales. L'influence des *street-level bureaucrats* sur l'institution (Lipsky, 1980) a largement été montrée. Ce que cette enquête a peut-être apporté de nouveau dans l'étude des rôles des acteurs dans les institutions sont les effets de la personnalisation des rapports entre acteurs institutionnels et usagers. Ceux-ci ne se limitent pas aux situations bureaucratiques, mais concernent toutes les situations où il y a des interactions entre des agents et des usagers d'une institution. Ainsi, ces mécanismes observés dans les caisses d'allocations familiales, dans les préfectures, peuvent aussi s'observer à l'école ou à l'hôpital parce que justement les acteurs de ces institutions disposent de marges de liberté dans la définition de leur rôle. C'est, en effet, un constat que j'avais pu établir lors de ma précédente enquête sur les enseignants de banlieue populaire du secondaire[119] ; la prise en compte des déterminants sociaux dans les facteurs de réussite scolaire amènent certains enseignants à élargir leur conception de l'enseignement et à y intégrer un travail social, en collaboration avec des assistantes sociales et les conseillers principaux d'éducation.

[119] Mémoire de Master 2 recherche en sciences sociales, mention sociologie des sociétés contemporaines sous la direction d'O. Schwartz.

Cependant, on a pu également voir que cette liberté reste relative et se confronte à la reproduction de l'ordre social. Beaucoup d'acteurs de l'institution observée, et notamment les médecins, sont animés d'une volonté de réduire les inégalités sociales de santé et usent de leur liberté d'action dans ce sens. Cet objectif peut être atteint à court terme si l'on considère l'amélioration en terme d'accès aux soins que connaissent les patients qui fréquentent ce dispositif ; mais sur le moyen et long terme, et au niveau macro-social, cette institution ne fait que confirmer la position socialement inférieure de ces usagers. En instituant un dispositif de soin réservé aux « mal soignés », on justifie d'une certaine manière les différences produites par une société qui génèrent des inégalités sociales (de santé, par exemple).

Perspectives

Cette étude a été réalisée dans l'objectif d'être poursuivie ultérieurement lors d'un travail de thèse. En ce sens elle est incomplète, beaucoup de questions restent sans réponse et des aspects entiers du problème n'ont pas été abordés.

Tout d'abord l'histoire de la construction du monde social de la médecine de la précarité (en Seine-Saint-Denis) mérite d'être approfondie. Le parallèle qui a été évoqué avec les professionnels qui ont travaillé avec les séropositifs aux débuts des années 1990 constitue une porte d'entrée pertinente à une analyse de la dimension temporelle et individuelle des processus d'élaboration de la conception du soin, des pratiques et des objectifs de ce monde social.

Le fonctionnement de ce monde social dans l'espace demande aussi a être examiné plus en avant. Les institutions, les acteurs et les objets qui le fondent forment l'aspect matériel des phénomènes sociaux, ils doivent être mis en valeur pour saisir sa morphologie sociale (Halbwachs, 1938).

Enfin, un point qui n'a presque pas été abordé dans cette enquête, et qui pourtant apporterait des éléments nouveaux et intéressants, est celui des patients qui fréquentent ces structures. L'analyse des parcours de ces patients dans les centres de soins gratuits donnerait la possibilité de se pencher sur les processus de construction identitaire de personnes qui appartiennent aux marges les plus défavorisées et les plus exclues de la société française et d'établir un modèle des trajectoires individuelles dans le monde assistanciel.

Bibliographie

Aïach P., Fassin D., «Processus cumulatif d'inégalités : effets d'amplification et disposition à l'approbation sociale», *Santé, Société, et Solidarité*, 2, 2004, p. 30-39.

Aïach P., « De la justice sociale et des inégalités de santé : un couple indissociable », *Innovations et sociétés*, n° 4, 2009.

Astier I., « Le contrat d'insertion, une façon de payer de sa personne ? », *Politix*, 34, 1996, p. 99-113.

Bartley M., *Health Inequality. An introduction to Conepts, Theories and Methods*, Polity Press, Cambridge, 2004.

Baumann M. et Aïach P., chapitre du *Manuel luxembourgeois de l'intervention sociale et éducative au grand-duché du Luxembourg*, 2009, in Aïach P., *Les inégalités sociales de santé, Écrits*, Ed. Economica, coll. « sociologiques », Paris, 2010.

Baszanger I., « Les chantiers d'un interactionnisme américain », introduction de l'ouvrage Strauss A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques Sociales, 1992, p. 11-65.

Becker H., *Les ficelles du métier, comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2002.

Belorgey N., *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, coll. « Enquêtes de terrain », 2010.

Berger P. et Luckmann T., *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens-Klinsieck, [1966[1]] 1986.

Bessin M., « Le social aux urgences hospitalières, les enjeux d'une restructuration », *Cahiers de la Sécurité intérieure*, IHESI, 1995, p. 57-65.

Bourdelais P., *Les hygiénistes : enjeux, modèles, pratique*, Paris, Belin, 2001.

Bourdieu P., *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit, 1979.

Bourdieu P., « Un contrat sous contrainte », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 81-82, 1990, p. 34-51.

Bourdieu P., « Esprit d'État. Genèse et structure du champ bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 96-97, 1993, p. 49-62.

Castel R., « La 'guerre à la pauvreté' aux États-Unis : le statut de la misère dans une société d'abondance », *Actes de la recherche en science sociale*, 19, 1978, p. 47-60.

Chevallier J., « L'administration face au public », *in* CURAPP, *La communication administration – administrés*, Paris, PUF, 1983.

Choquet L-H et Sayn I., « Droit de la Sécurité sociale et réalité de l'organisation : l'exemple de la branche famille », *Droit et société*, 2000, 44-45, p. 111-125.

Corcuff P., « Ordre institutionnel, fluidité situationnelle et compassion », *Recherches et prévisions*, n° 45, 1996.

Crozier M. et Friedberg E., *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Seuil 1992.

Dahlgren G., Whitehead M., *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm, 1991.

Dardy C., *Identités de papier*, Paris, Lieu Commun, 1990.

Dardy C., « Sommes-nous bien nous ? Petite socio-anthropologie des guichets dans un Hôtel de ville », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 97, 1994, p. 389-401.

Dodier N. et Camus A., « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales*, n° 4, juillet-août 1997, p. 733-763.

Dubois V., *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, 2003.

Fassin D., Morice A., Quiminal C. (dir.), *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, Paris, éd. La découverte - Essais, 1997.

Fassin D. et Memmi D. (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, éd. Ehess, 2006.

Fassin D. et Hauray B. (dir.), *Santé publique : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010.

Foucault M., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963.

Goffman E., *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens Commun », [1963[1]], 1975

Goffman E., *Asiles*, Paris, Minuit, 1968.

Goffman E., « L'ordre de l'interaction », *Les moments et leurs hommes*, Paris, Minuit,1988, p. 186-230.

Graham H., «Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy», *in The Milbank Quarterly*, n° 82(1), 2004, p. 101-124.

Hahn A., « Contribution à la sociologie de la confession et autres formes institutionnalisées d'aveu », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 62-63, 1986, p. 54-68.

Halbwachs M., *Morphologie sociale*, Paris, Armand Colin, 1938.

Halbwachs M., *Les cadres sociaux de la mémoire*, Paris, Albin Michel, [1924[1]] 1994.

Halbwachs M., *La mémoire collective*, Paris, Albin Michel, [1949[1]], 1997.

Haroun J., *Sociologie de la décision, la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, CNRS, 1969.

Hassin J., *L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable. Aspect historique, médical, socio-anthropologique, politique et éthique*, thèse de doctorat d'Université, mention éthique médicale, sous la dir. de Maffesoli M., Université Paris V, 1996.

Herzlich C., « Type de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, XIV, numéro spécial, 1973.

Herzlich C. et Pierret J., *Malades d'hier malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1991.

Hoggart R., *La culture du pauvre*, Paris, Minuit, 1970.

Hugues E.C., « Institutionnal Office and the Person », *American Journal of Sociology*, n° 43 (3), 1937, p. 404-413.

Hugues E.C., *Le regard sociologique*, EHESS, 1997, *The Sociological Eye*. Chicago, Aldine-Atherton, 1971.

Imbault-Huart M-J., « Médicalisation et fonctions sociales de l'hôpital : une approche historique », *in* Lebas J., Chauvin P. (ed.), *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998.

Jaisson M., « Temps et espace chez Maurice Halbwachs », *Revue d'histoire des sciences humaines*, n° 1, 1999, p. 163-178.

Jaisson M., « La mort aurait-elle mauvais genre ? » La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, n° 143, p. 44-52.

Keynes J. M., « The general theory of employment », *Quarterly Journal of Economics*, vol. LI, 1937.

Kukawka K. (dir.) et Daynes S. (dir.), *L'Hôpital Avicenne : 1935-2005, une histoire sans frontières*, éditions de l'AP-HP, Paris, 2005.

Lagroye J., « On ne subit pas son rôle », entretien accordé à *Politix*, n° 38, 1997, p. 8.

Lagroye J., dans la préface de l'ouvrage de Vincent Dubois, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, 2003.

Le Breton D., *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Puf, [1990[1]], 2005.

Legmann M, Kahn-Bensaude I. et Romestaing P. (dir.), « Atlas de la démographie médicale en France », situation au 1 er janvier 2009, *Conseil National de l'Ordre des Médecins*, 2010.

Lipsky M., *Street-Level Bureaucracy : Dilemnas of the Individual in Public Services*, New York, Russel Sage Foundation, 1980.

May D., et Kelly M.P., 'Chancers, pests and poor wee souls': problems of legitimation in psychiatric nursing, *Sociology of Health and Illness*, n° 4, 1982, p. 279-297.

Médecins du Monde, *Rapport d'activité de la Mission Banlieue*, 2007.

Merton R. K., « Bureaucratie et personnalité », *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Armand Colin, [1953[1]], 1997.

Mitzberg H., *Le pouvoir dans les organisations*, Edition d'Organisation, 1986.

Molinié E., « L'hôpital public en France : bilan et perspectives », *Avis et rapports du Conseil Economique et social*, n° 10, juin 2005.

Noiriel G., *La tyrannie du national. Le droit d'asile en Europe, 1793-1993*, Paris, Calmann-Lévy, 1991.

Noiriel G., « L'identification des citoyens », *Genèses*, n° 13, 1993, p. 3-28.

Ogien A., « L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers », *Revue française de sociologie*, XXVII, 1986, p. 29-46.

Parizot I., *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits,* Paris, PUF, collection le Lien social, 2003.

Parsons T., *The social system*, Routledge and Kegal Paul Ltd, 1951.

Paugam S., *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 1991.

Peneff J., *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale,* Paris, Métaillé, 2000.

Pinell P., *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer (1890-1940)*, Paris, Metailié, 1992.

Rocher G., *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, Paris, PUF, 1972.

Saunier A., *Le « pauvre malade » dans le cadre hospitalier médiéval. France du Nord vers 1300 – 1500*, Paris, éd. Arguments, 1993.

Schnapper D., *L'épreuve du chômage*, Paris, Gallimard, « Idées », 1981.

Siblot Y., *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*. Paris, Presses de Science Po, 2006.

Strauss A., *Negociations : Varieties, Processes, Contexts, and Social Order*, San Francisco, Jossey-Bass, 1978.

Strauss A. [1], Schatzman L., Bucher B., Ehrlich C., Sabshin M.,« L'hôpital et son ordre négocié », in Strauss A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques Sociales, 1992, p. 87-112.

Strauss A. [2], *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques Sociales, 1992.

Strauss A. et Glaser B., « La conscience d'une mort proche », in Strauss A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques Sociales, 1992, p. 113-142.

Thin D., *Ruptures scolaires. L'école à l'épreuve de la question sociale.* Paris, PUF, 2005.

Vassy C. et Renard F., « Quels malades pour l'hôpital public ? Deux stratégies de segmentation », *Gérer et comprendre. Annales des Mines*, n° 27, 1992, p. 29-39.

Vassy C., « Categorisation and micro-rationing: access to care in a French emergency department », *Sociology of Health and Illness*, Vol. 23, n° 5, p. 615-632, 2001.

Weber M., *Économie et société*, Paris, Pocket, 1995.

Sites internet

Rapport annuel de l'ONDPS, 2007-2008, synthèse générale : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_generale_ONDPS.pdf

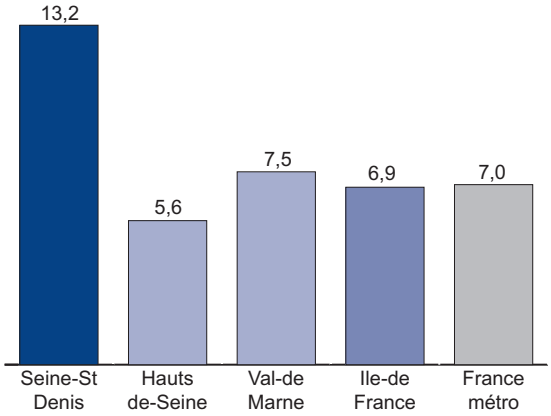
Rapport de l'observatoire régional de la santé sur la précarité en Seine-Saint-Denis : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/tab93/tabbord93f5.pdf

Rapport annuel 2009 de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde, téléchargeable en ligne à cette adresse : http://www.medecinsdumonde.org/fr/En-France/Observatoire-de-l-acces-aux-soins/Rapports/L-acces-aux-soins-des-plus-demunis-en-2009

ANNEXES

Graphique n° 1 :

Proportion de ménages dépendant des prestations des CAF en 2007
(Proportion de ménages dont 75% ou plus des ressources proviennent des prestations des CAF)



Sources : *Caf 93, Insee RP99, exploitation ORS Ile-de-France*

Graphique n° 2 :

Les allocataires de minima sociaux au 31 décembre 2007

	Seine-Saint-Denis	Ile-de-France	France métropolitaine
RMI	51 109	211 232	1 028 050
*Taux**	*5,9%*	*3,1%*	*3,0%*
AAH	15 805	100 745	785 783
*Taux**	*1,8%*	*1,5%*	*2,3%*
ASS	13 255	68 826	322 600
*Taux**	*1,5%*	*1,0%*	*0,9%*
API	7 483	30 007	177 108
*Taux**	*0,9%*	*0,4%*	*0,5%*
ASV	12 060	72 333	517 907
*Taux***	*7,3%*	*5,0%*	*5,1%*

** Taux pour 100 personnes âgées de 18 à 59 ans*
*** Taux pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus*
Sources : *CCMSA, Cnaf, Cnav, Drees, Insee, Unedic – estimations Drees au 31 décembre 2007, exploitation ORS Ile-de-France*

Graphique n° 3 :

Les bénéficiaires du RMI au 31 décembre 2007

Seine-Saint-Denis		Ile-de-France	France métro
nombre	(%)*	(%)*	(%)*
99 892	6,7	3,2	3,1

Allocataires dont les droits sont ouverts depuis deux ans ou plus**

Seine-Saint-Denis		Ile-de-France	France métro
nombre	%	%	%
32 108	62,3	56,2	60,2

Familles monoparentales allocataires**

Seine-Saint-Denis		Ile-de-France	France métro
nombre	%	%	%
12 953	25,3	21,2	24,6

Allocataires âgés de moins de 30 ans**

Seine-Saint-Denis		Ile-de-France	France métro
nombre	%	%	%
11 173	21,9	19,9	21,1

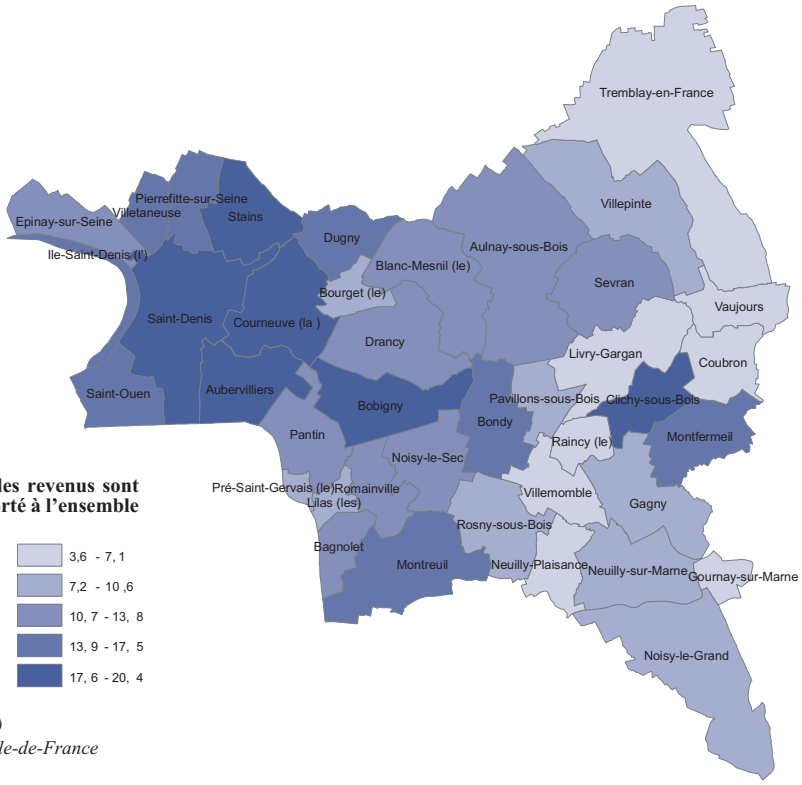
Allocataires âgés de 50 ans ou plus**

Seine-Saint-Denis		Ile-de-France	France métro
nombre	%	%	%
12 872	25,2	26,5	24,4

** nombre de bénéficiaires rapportés à la population totale*
*** nombre d'allocataires présentant ces caractéristiques (en Seine-Saint-Denis) et proportion parmi l'ensemble des allocataires*
***Sources :** Insee, CAF, BDSL, MIPES, exploitation ORS Ile-de-France*

Carte n° 1 :

Proportion de ménages dépendant des prestations des CAF en 2007*



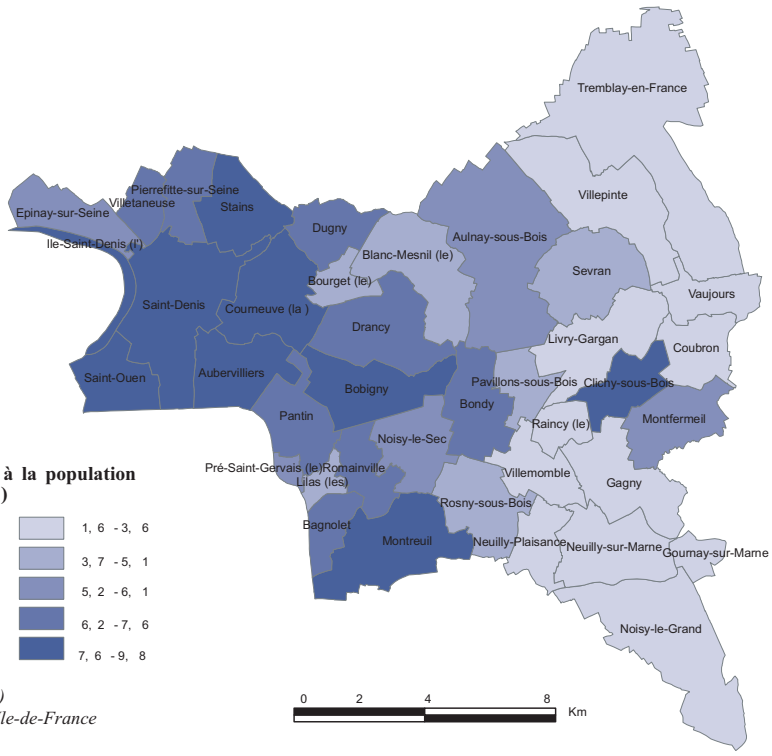
***nombre de ménages dont 75% au moins des revenus sont constitués par les prestations des CAF rapporté à l'ensemble des ménages de la commune (en %)**

- 3,6 - 7, 1
- 7,2 - 10 ,6
- 10, 7 - 13, 8
- 13, 9 - 17, 5
- 17, 6 - 20, 4

Méthode de discrétisation : seuils naturels (Jenks)
Sources : *Caf 93, Insee RP99, exploitation ORS Ile-de-France*

Carte n° 2 :

Proportion d'allocataires du RMI au 31 décembre 2007*



*** nombre d'allocataires du RMI rapporté à la population âgée de 20 à 59 ans dans la commune (en %)**

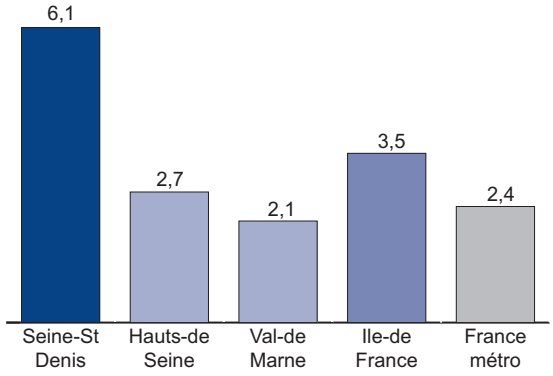
- 1, 6 - 3, 6
- 3, 7 - 5, 1
- 5, 2 - 6, 1
- 6, 2 - 7, 6
- 7, 6 - 9, 8

Méthode de discrétisation : seuils naturels (Jenks)
Sources : *Caf 93, Insee RP99, exploitation ORS Ile-de-France*

Bibliographie
- Insee Première N°1203, "Les niveaux de vie en 2006", Luc Goutard, Jérôme Pujol, Insee, juillet 2008
- "Recueil statistique relatif à la pauvreté et à la précarité en Ile-de-France au 31 décembre 2007", Mipes Ile-de-France, décembre 2008
- Etudes et résultats N°617, "les allocataires de minima sociaux en 2006", Olivia Sautory, Drees, décembre 2007
- Etudes et résultats N°631, "les allocataires du minimum vieillesse", Nathalie Augris, Drees, avril 2008
- Etudes et résultats N°657, "le nombre d'allocataires du RMI au 30 juin 2008", Sophie Cazain et Isabelle Mirousse (Cnaf), Marie Henion et Emmanuelle Nauze-Fichet (Drees), Drees, avril 2008

Graphique n° 4 :

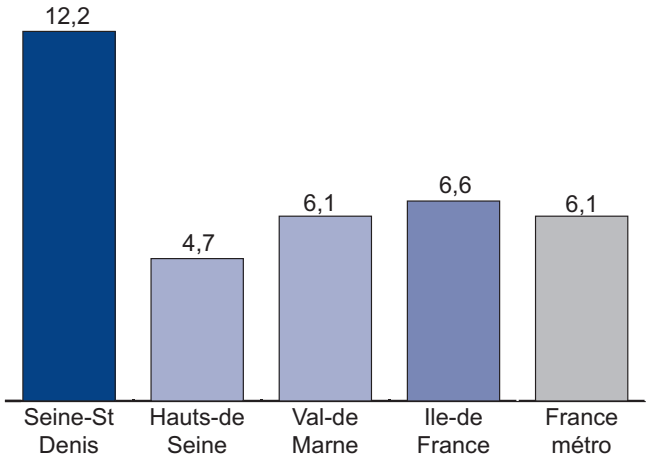
Population couverte par la CMU de base en 2007
(pour 100 habitants)



Sources : *Cnamts, Urcam, situation au 31/12/2007, Insee ELP 2006*

Graphique n° 5 :

Population couverte par la CMU complémentaire en 2007
(pour 100 habitants)



Sources : *Cnamts, Urcam, situation au 31/12/2007, Insee ELP 2006*

Graphique n° 6 :

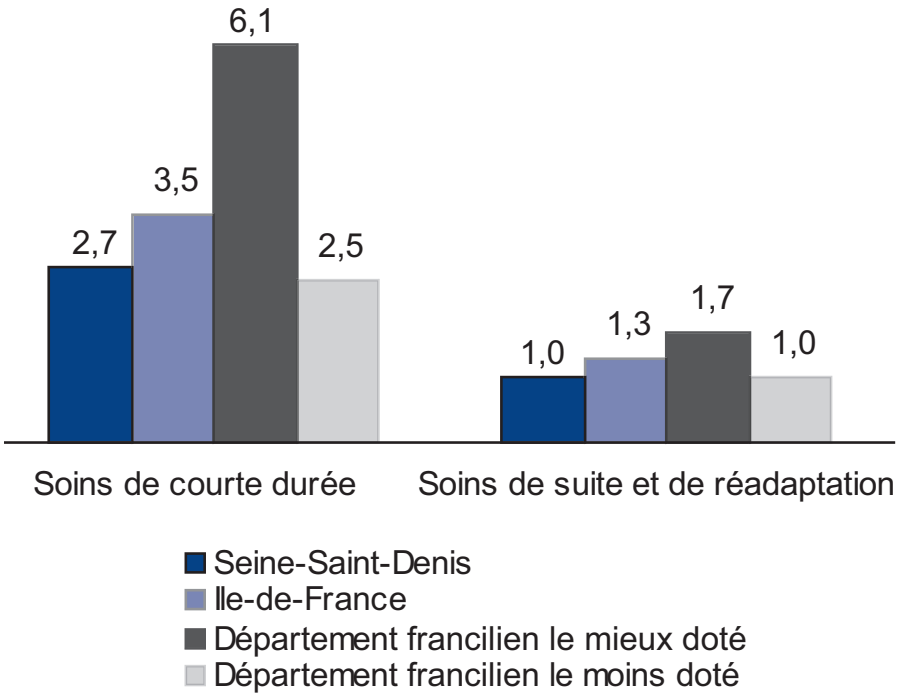
Les bénéficiaires de l'AME en 2007

	Assurés	Ayants droit	Total	% région*
Paris	47 250	13 380	60 630	47,7
Hauts-de-Seine	6 519	1 537	8 056	6,3
Seine-St-Denis	20 578	7 908	28 486	22,4
Val-de-Marne	8 218	2 757	10 975	8,6
Pte couronne	35 315	12 202	47 517	37,4
Gde couronne	14 737	4 105	18 842	14,8
Ile-de-France	97 302	29 687	126 989	100,0

** % de bénéficiaires sur le total Ile-de-France*
Sources : *Caisses primaires d'Assurance maladie, situation au 31 décembre 2007, exploitation Mipes*

Graphique n° 7 :

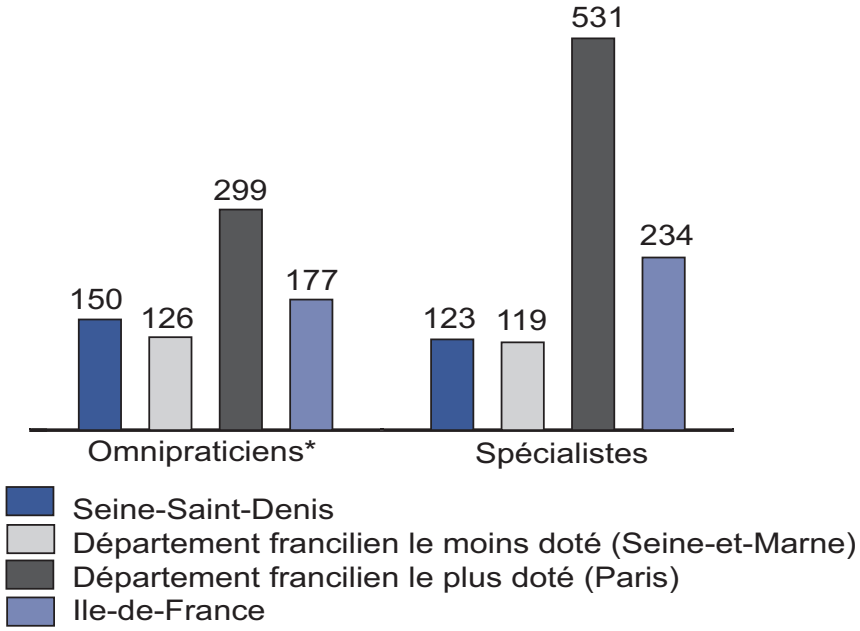
Nombre de lits (installés) d'hospitalisation complète pour 1000 habitants au 31 décembre 2006



Sources : *Drass - Drees - SAE - Ddass 93*

Graphique n° 8 :

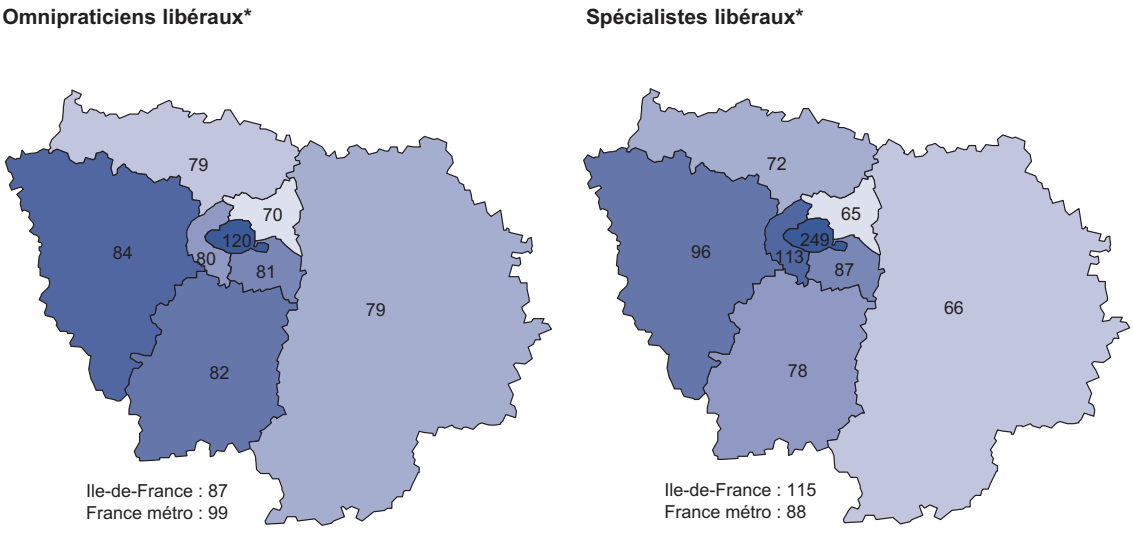
Densité médicale salariée et libérale au 1er janvier 2008
(nombre de médecins pour 100 000 habitants)



** Omnipraticiens : médecins généralistes et médecins ayant un mode d'exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs, etc).*
Sources : *Drass, Drees - fichier Adeli*

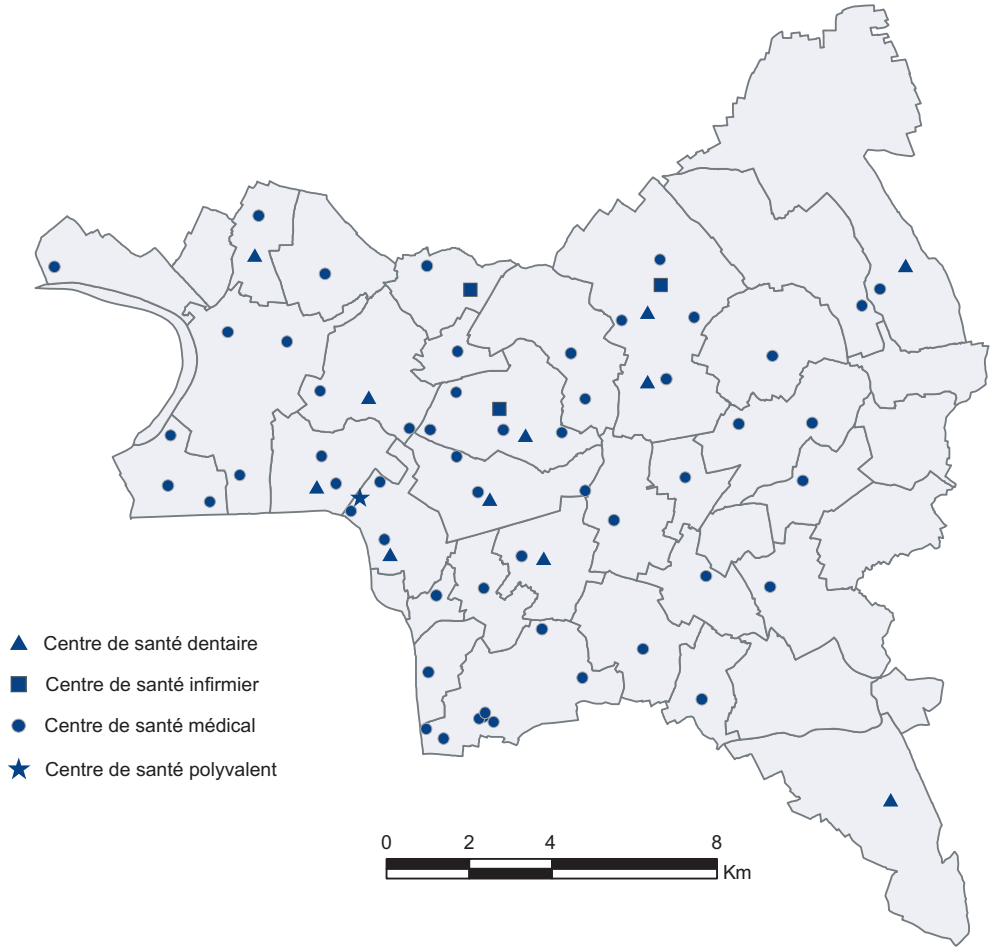
Carte n° 3 :

Densités médicales en Ile-de-France au 31 décembre 2007
(Nombre de médecins pour 100 000 habitants)



Carte n° 4 :

Implantation des centres de santé (hors PMI) en Seine-Saint-Denis



Sources : *Conseil général de Seine-Saint-Denis, DRASS Ile-de-France, septembre 2008, exploitation ORS Ile-de-France*

Carte n° 5 :

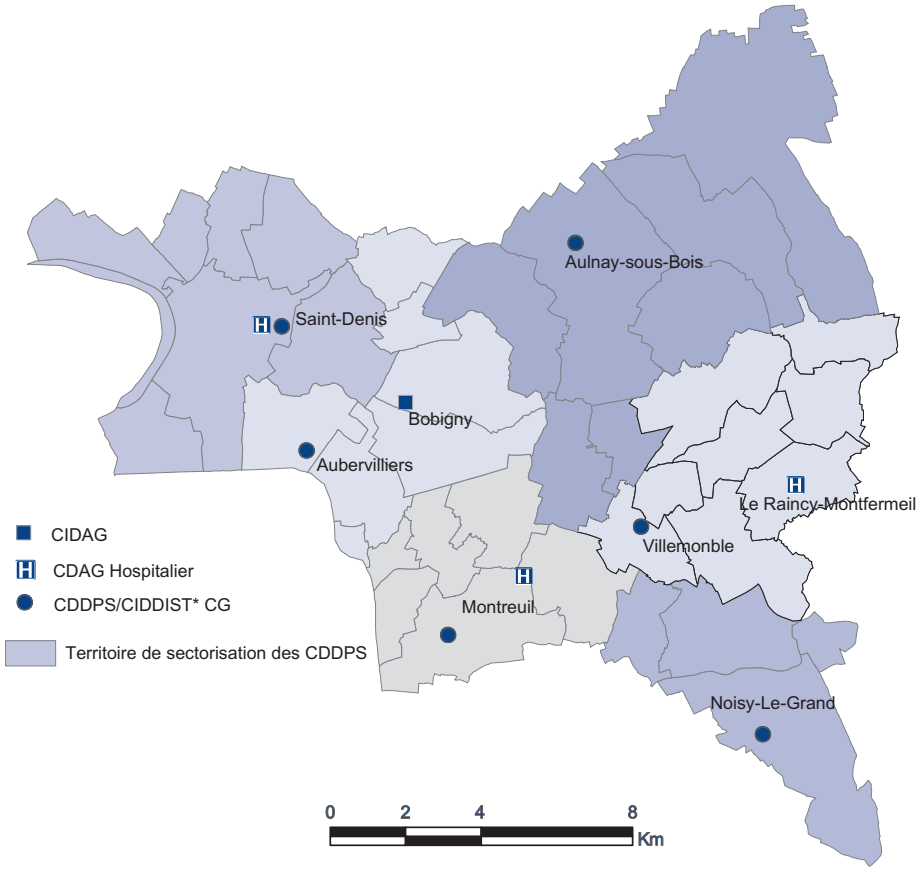
Implantation des centres de PMI en Seine-Saint-Denis

Implantation des centres de planification familiale en Seine-Saint-Denis

Sources : *Service de PMI - Conseil général de Seine-Saint-Denis - septembre 2008, exploitation ORS Ile-de-France*

Carte n° 6 :

Implantation des centres départementaux de dépistage et de prévention sanitaires (CDDPS) et des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en Seine-Saint-Denis



** centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST*
Source : *Conseil général de Seine-Saint-Denis - 2008, exploitation ORS Ile-de-France*

Graphique n° 9 :

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	France métro.
Morbidité et mortalité : VIH/sida										
40. Découvertes de séropositivité pour 100.000 hbts	58,8	12,1	8,0	nd	17,9	35,3	nd	21,7	26,5	10,3
41. Découvertes de séropositivité au stade tardif (%)	24,2	20,0	42,9	25,0	27,7	32,2	21,4	31,8	26,8	27,6
42. Nombre de décès liés au VIH/sida	76	11	24	26	31	48	34	20	270	728
Morbidité et mortalité : tuberculose										
43. Nombre annuel de cas déclarés de tuberculose (TB)	605	147	129	165	185	459	175	221	2086	5589
44. Incidence de la TB chez les Français (pr 100.000)	12,4	6,8	7,2	7,0	6,0	14,3	6,4	8,6	8,4	5,4
45. Incidence de la TB chez les étrangers (pr 100.000)	112,9	49,4	41,0	35,6	51,6	109,0	61,6	81,8	79,0	56,2
Morbidité et mortalité : santé mentale*										
46. Taux de suicide - hommes (pr 100.000)	4,9	16,6	16,3	19,6	10,1	7,8	4,1	17,6	11,3	23,6
47. Taux de suicide - femmes (pr 100.000)	2,5	5,6	7,5	6,3	5,6	3,7	2,8	6,8	4,9	7,9
48. TSI médico-sociale des patho. psy. - hommes	159,5	147,4	114,5	132,5	127,8	158,4	144,4	139,7	141,5	149,1
49. TSI médico-sociale des patho. psy. - femmes	159,2	174,8	131,9	155,8	136,7	173,7	152,4	145,6	153,6	158,6
Morbidité : autres*										
50. TSI médico-sociale du diabète - hommes	305,2	381,0	293,3	346,9	316,6	455,1	381,0	415,0	356,0	320,2
51. TSI médico-sociale du diabète - femmes	165,5	256,0	190,1	237,5	188,7	346,7	241,4	288,6	230,4	221,0
52. TSI médico-sociale de la mal. d'Alzheimer - hommes	36,8	43,7	42,1	45,7	42,5	34,7	39,6	43,7	40,7	36,5
53. TSI médico-sociale de la mal. d'Alzheimer - femmes	48,8	54,6	51,8	59,8	51,6	45,4	48,9	60,3	51,9	52,5
Addictions et conséquences sanitaires*										
54. Usagers réguliers d'alcool à 17 ans (%)	11,0	7,0	8,0	7,0	11,0	3,0	5,0	6,0	7,0	8,9
55. TSM prémat. par alcoolisme et cirrhose - hommes	9,4	13,3	13,0	15,4	15,2	14,4	12,5	17,2	13,4	18,8
56. TSM prémat. par alcoolisme et cirrhose - femmes	3,0	5,3	5,4	5,4	4,4	6,0	4,6	5,8	4,8	6,0
57. Usagers quotidiens de tabac à 17 ans (%)	35,0	27,0	23,0	23,0	26,0	20,0	20,0	22,0	25,0	28,9
58. TSM prémat. par cancers poumon et larynx - hommes	25,4	30,7	25,0	26,8	26,9	32,3	30,2	28,1	27,9	33,0
59. TSM prémat. par cancers poumon et larynx - femmes	10,2	9,0	8,7	8,1	9,4	8,7	10,5	8,5	9,3	9,1
60. Usagers réguliers de cannabis à 17 ans (%)	12,0	8,0	6,0	10,0	9,0	5,0	5,0	8,0	8,0	7,3
61. Ventes de Subutex® en pharmacie pr 100 hbts	32,9	15,0	13,3	15,6	14,9	27,9	16,6	14,0	20,6	23,1
62. Nombre annuel de décès par surdose	4	3	6	8	4	4	0	7	36	275

Notes sur les indicateurs (définition, année de production, sources)

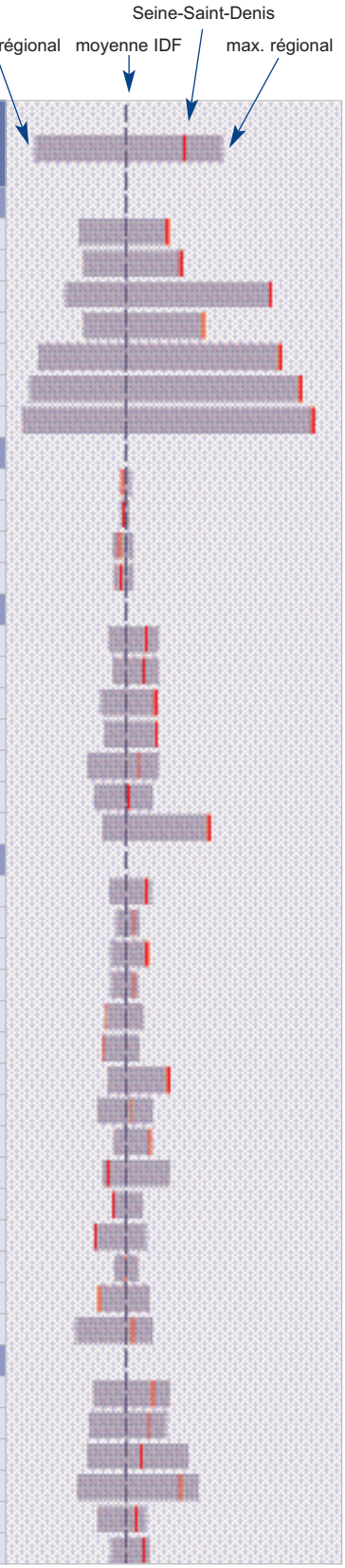
1. 2007, Insee. **2.** 2006, Insee, exploitation ORS IDF. **3.** % de personnes de ≥ 15 ans non scolarisées n'ayant jamais été scolarisées ou ayant été scolarisées jusqu'en primaire ou jusqu'au collège sans diplôme, 2006, Insee, exploitation ORS IDF. **4.** Données provisoires en moyenne trimestrielle et corrigées des variations saisonnières, 1er trimestre 2010, Insee. **5.** Enfants de < 20 ans vivant dans un ménage sous le seuil de revenus de 903 euros par unité de consommation, 2006, Mipes **6.** 2009, Cnamts, MSA, RSI, Insee **7.** 2006, Insee, exploitation ORS IDF **8-11.** 2007, Insee **12-13.** 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **14-15.** Mortalité avant 65 ans, 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **16-17.** Mortalité avant 65 ans attribuable à certains comportements individuels, 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS IDF. Les écarts importants de taux observés entre les départements et la France viennent en grande partie de la différence de déclaration des décès par suicide **18.** 2006-2008, Insee **19-20.** 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **21-22.** Mortalité avant 65 ans, 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **23-24.** 2006-2008, Cnamts, MSA, RSI, Canam, exploitation ORS IDF **25-26.** 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **27-28.** 2006-2008, Cnamts, MSA, RSI, Canam, exploitation ORS IDF **29.** 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **30-33.** 2006-2008, Cnamts, MSA, RSI, Canam, exploitation ORS IDF **34-35.** 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **36-37.** 2006-2008, Cnamts, MSA, RSI, Canam, exploitation ORS IDF **38-39.** Incidence des accidents vasculaires cérébraux, 2006-2008, Cnamts, MSA, RSI, Canam, exploitation ORS IDF **40.** Estimation InVS des découvertes de séropositivité, données au 31.12.2008 corrigées pour la sous-declaration, les délais et les valeurs manquantes - nd : non dispo. car transmission irrégulière et/ou sous-déclaration importante. Pour Paris : à considérer avec prudence (transmission irrégulière + données manquantes). Données IDF et France entière issues du BEHWeb n°2, Novembre 2009. Insee : données du recensement 2006 **41.** stade sida ou symptomatique non sida, données, hors stade clinique non renseigné, au 31.12.2008, InVS, exploitation ORS IDF **42.** 2007, Inserm CépiDc **43.** 2008, InVS **44-45.** 2006, InVS, Insee, exploitation ORS IDF **46-47.** Sous-déclaration des décès par suicide dans les départements franciliens relevant territorialement de l'Institut médico-légal de Paris (hors Val-d'Oise et Yvelines), 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **48-53.** 2006-2008, Cnamts, MSA, RSI, Canam, exploitation ORS IDF **54.** Usage au moins 10 fois au cours du dernier mois, 2008, OFDT, Escapad **55-56.** Mortalité avant 65 ans, 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS IDF **57.** 2008, OFDT, Escapad 2008 **58-59.** Mortalité avant 65 ans, 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS IDF **60.** Usage au moins 10 fois au cours du dernier mois, 2008, OFDT, Escapad **61.** Ventes annuelles en pharmacie de ville pour 100 habitants de 20-39 ans, exprimé en nombre "théorique" de boites de comprimés de Subutex® dosés à 8 mg, 2008, Iliad/OFDT - InVS **62.** 2006, Iliad/OFDT - CépiDc.

Source : Rapport de l'ORS (Observatoire Régional de Santé) sur le profil socio-sanitaire des Franciliens

Graphique n° 10 :

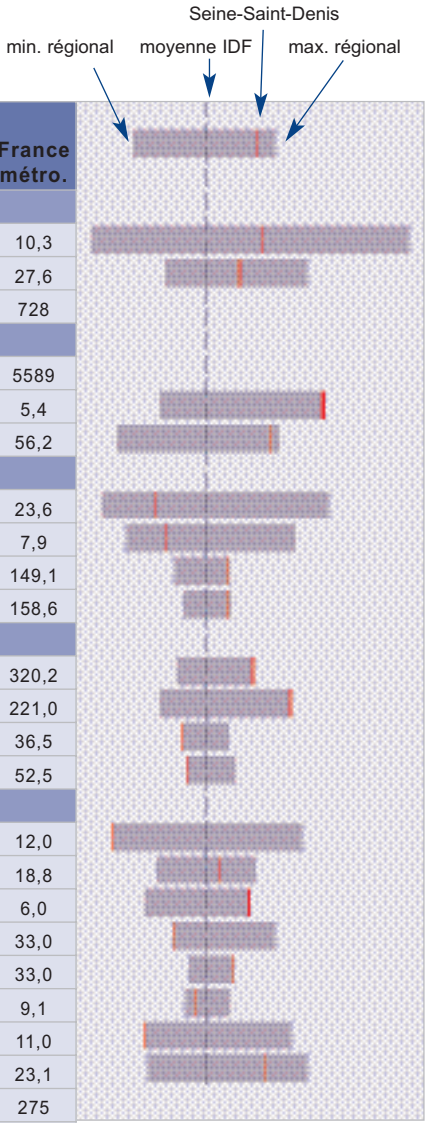
Indicateurs socio-sanitaires

	Seine-Saint-Denis	Ile-de-France	France métro.
Caractéristiques socio-démographiques			
1. Indice conjoncturel de fécondité	2,37	1,99	1,96
2. Familles monoparentales (en %)	19,8	15,8	13,1
3. Personnes ≥ 15 ans peu/pas diplômées (en %)	20,2	12,1	13,7
4. Taux de chômage localisé parmi les actifs	11,4	8,4	9,5
5. Enfants vivant dans un ménage pauvre (en %)	33,4	19,5	nd
6. Bénéficiaires de la CMUC (en %)	10,6	5,9	5,8
7. Population vivant dans des ZUS (en %)	20,5	11,0	6,8
Espérance de vie			
8. Espérance de vie à la naissance - hommes	77,9	78,0	77,5
9. Espérance de vie à la naissance - femmes	84,1	84,9	84,3
10. Espérance de vie à 60 ans - hommes	22,2	22,9	21,9
11. Espérance de vie à 60 ans - femmes	26,7	27,3	26,7
Mortalité toutes causes*			
12. TSM générale - hommes	701,4	639,9	722,0
13. TSM générale - femmes	402,3	371,4	394,8
14. TSM prématurée - hommes	269,2	236,6	273,8
15.TSM prématurée - femmes	135,2	118,6	122,7
16. TSM prématurée évitable - hommes	79,1	74,8	103,2
17. TSM prématurée évitable - femmes	24,4	24,1	29,0
18. Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances)	5,4	3,9	3,6
Morbidité et mortalité : cancers*			
19. TSM par cancers - hommes	246,8	225,1	243,0
20. TSM par cancers - femmes	125,9	120,8	118,0
21. TSM prématurée par cancers - hommes	101,3	92,4	104,3
22. TSM prématurée par cancers - femmes	59,5	57,2	57,5
23. TSI médico-sociale des cancers - hommes	396,2	433,9	435,3
24. TSI médico-sociale des cancers - femmes	317,9	355,0	346,1
25. TSM par cancer du poumon - hommes	70,1	58,5	62,9
26. TSM par cancer du poumon - femmes	17,1	16,7	14,3
27. TSI médico-sociale du cancer du poumon - hommes	55,2	49,8	50,1
28. TSI médico-sociale du cancer du poumon - femmes	17,2	18,7	15,5
29. TSM par cancer du sein - femmes	24,8	26,3	24,8
30. TSI médico-sociale du cancer du sein - femmes	133,6	155,1	149,4
31. TSI médico-sociale du cancer colorectal - hommes	42,3	42,0	43,0
32. TSI médico-sociale du cancer colorectal - femmes	27,6	31,5	30,8
33. TSI médico-sociale du cancer du col de l'utérus	9,1	8,8	8,7
Morbidité et mortalité : maladies cardiovasculaires*			
34. TSM par maladies cardiovasculaires - hommes	163,1	145,1	177,0
35. TSM par maladies cardiovasculaires - femmes	94,2	84,8	103,1
36. TSI médico-sociale hypertension artérielle - hommes	258,2	241,2	181,6
37. TSI médico-sociale hypertension artérielle - femmes	250,5	199,1	158,0
38. TSI médico-sociale des AVC - hommes	68,8	65,5	57,0
39. TSI médico-sociale des AVC - femmes	43,2	39,8	38,9



* TSM : Taux standardisé de mortalité pour 100.000 et TSI : Taux standardisé d'incidence pour 100.000
Standardisation sur la population européenne.

	Seine-Saint-Denis	Ile-de-France	France métro.
Morbidité et mortalité : VIH/sida			
40. Découvertes de séropositivité pour 100.000 hbts	35,3	26,5	10,3
41. Découvertes de séropositivité au stade tardif (%)	32,2	26,8	27,6
42. Nombre de décès liés au VIH/sida	48	270	728
Morbidité et mortalité : tuberculose			
43. Nombre annuel de cas déclarés de tuberculose (TB)	459	2086	5589
44. Incidence de la TB chez les Français (pr 100.000)	14,3	8,4	5,4
45. Incidence de la TB chez les étrangers (pr 100.000)	109,0	79,0	56,2
Morbidité et mortalité : santé mentale*			
46. Taux de suicide - hommes (pr 100.000)	7,8	11,3	23,6
47. Taux de suicide - femmes (pr 100.000)	3,7	4,9	7,9
48. TSI médico-sociale des patho. psy. - hommes	158,4	141,5	149,1
49. TSI médico-sociale des patho. psy. - femmes	173,7	153,6	158,6
Morbidité : autres*			
50. TSI médico-sociale du diabète - hommes	455,1	356,0	320,2
51. TSI médico-sociale du diabète - femmes	346,7	230,4	221,0
52. TSI médico-sociale de la mal. d'Alzheimer - hommes	34,7	40,7	36,5
53. TSI médico-sociale de la mal. d'Alzheimer - femmes	45,4	51,9	52,5
Addictions et conséquences sanitaires*			
54. Usagers réguliers d'alcool à 17 ans (%)	3,0	7,0	12,0
55. TSM prémat. par alcoolisme et cirrhose - hommes	14,4	13,4	18,8
56. TSM prémat. par alcoolisme et cirrhose - femmes	6,0	4,8	6,0
57. Usagers quotidiens de tabac à 17 ans (%)	20,0	25,0	33,0
58. TSM prémat. par cancers poumon et larynx - hommes	32,3	27,9	33,0
59. TSM prémat. par cancers poumon et larynx - femmes	8,7	9,3	9,1
60. Usagers réguliers de cannabis à 17 ans (%)	5,0	10,0	11,0
61. Ventes de Subutex® en pharmacie pr 100 hbts	27,9	20,6	23,1
62. Nombre annuel de décès par surdose	4	36	275



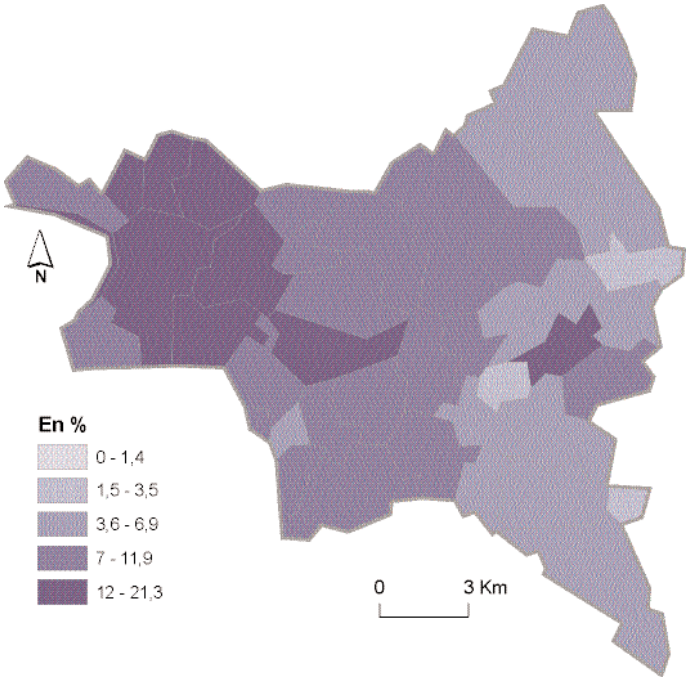
Notes sur les indicateurs (définition, année de production, sources)

1. 2007, Insee. **2.** 2006, Insee, exploitation ORS IDF. **3.** % de personnes de ≥ 15 ans non scolarisées n'ayant jamais été scolarisées ou ayant été scolarisées jusqu'en primaire ou jusqu'au collège sans diplôme, 2006, Insee, exploitation ORS IDF. **4.** Données provisoires en moyenne trimestrielle et corrigées des variations saisonnières, 1er trimestre 2010, Insee. **5.** Enfants de < 20 ans vivant dans un ménage sous le seuil de revenus de 903 euros par unité de consommation, 2006, Mipes **6.** 2009, Cnamts, MSA, RSI, Insee **7.** 2006, Insee, exploitation ORS IDF **8-11.** 2007, Insee **12-13.** 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **14-15.** Mortalité avant 65 ans, 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **16-17.** Mortalité avant 65 ans attribuable à certains comportements individuels, 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS IDF. Les écarts importants de taux observés entre les départements et la France viennent en grande partie de la différence de déclaration des décès par suicide **18.** 2006-2008, Insee **19-20.** 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **21-22.** Mortalité avant 65 ans, 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **23-24.** 2006-2008, Cnamts, MSA, RSI, Canam, exploitation ORS IDF **25-26.** 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **27-28.** 2006-2008, Cnamts, MSA, RSI, Canam, exploitation ORS IDF **29.** 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **30-33.** 2006-2008, Cnamts, MSA, RSI, Canam, exploitation ORS IDF **34-35.** 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **36-37.** 2006-2008, Cnamts, MSA, RSI, Canam, exploitation ORS IDF **38-39.** Incidence des accidents vasculaires cérébraux, 2006-2008, Cnamts, MSA, RSI, Canam, exploitation ORS IDF **40.** Estimation InVS des découvertes de séropositivité, données au 31.12.2008 corrigées pour la sous-declaration, les délais et les valeurs manquantes - nd : non dispo. car transmission irrégulière et/ou sous-déclaration importante. Pour Paris : à considérer avec prudence (transmission irrégulière + données manquantes). Données IDF et France entière issues du BEHWeb n°2, Novembre 2009. Insee : données du recensement 2006 **41.** stade sida ou symptomatique non sida, données, hors stade clinique non renseigné, au 31.12.2008, InVS, exploitation ORS IDF **42.** 2007, Inserm CépiDc **43.** 2008, InVS **44-45.** 2006, InVS, Insee, exploitation ORS IDF **46-47.** Sous-déclaration des décès par suicide dans les départements franciliens relevant territorialement de l'Institut médico-légal de Paris (hors Val-d'Oise et Yvelines), 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee **48-53.** 2006-2008, Cnamts, MSA, RSI, Canam, exploitation ORS IDF **54.** Usage au moins 10 fois au cours du dernier mois, 2008, OFDT, Escapad **55-56.** Mortalité avant 65 ans, 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS IDF **57.** 2008, OFDT, Escapad 2008 **58-59.** Mortalité avant 65 ans, 2005-2007, Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS IDF **60.** Usage au moins 10 fois au cours du dernier mois, 2008, OFDT, Escapad **61.** Ventes annuelles en pharmacie de ville pour 100 habitants de 20-39 ans, exprimé en nombre "théorique" de boites de comprimés de Subutex® dosés à 8 mg, 2008, Iliad/OFDT - InVS **62.** 2006, Iliad/OFDT - CépiDc.

Nous remercions Frédéric Imbert, ORS Alsace, de l'aide apportée pour la réalisation des graphiques.

Carte n° 3 :

Part des bénéficiaires de la CMUC par commune au 31 décembre 2008

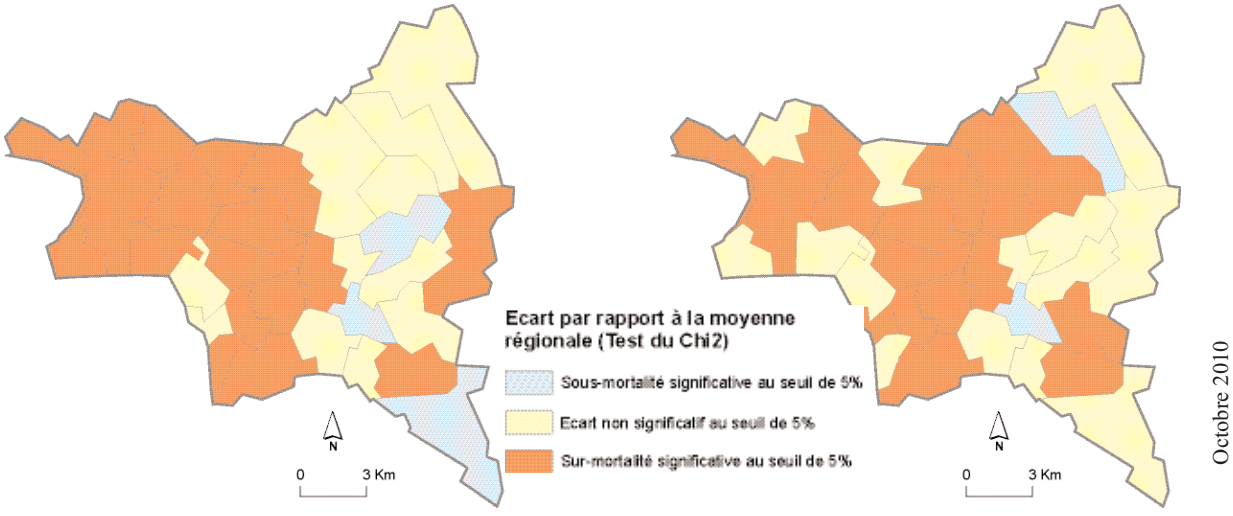


Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee

Carte n° 4 :

Niveau de mortalité prématurée (< 65 ans) chez les hommes par canton* - période 2004-2007

Niveau de mortalité prématurée (< 65 ans) chez les femmes par canton* - période 2004-2007



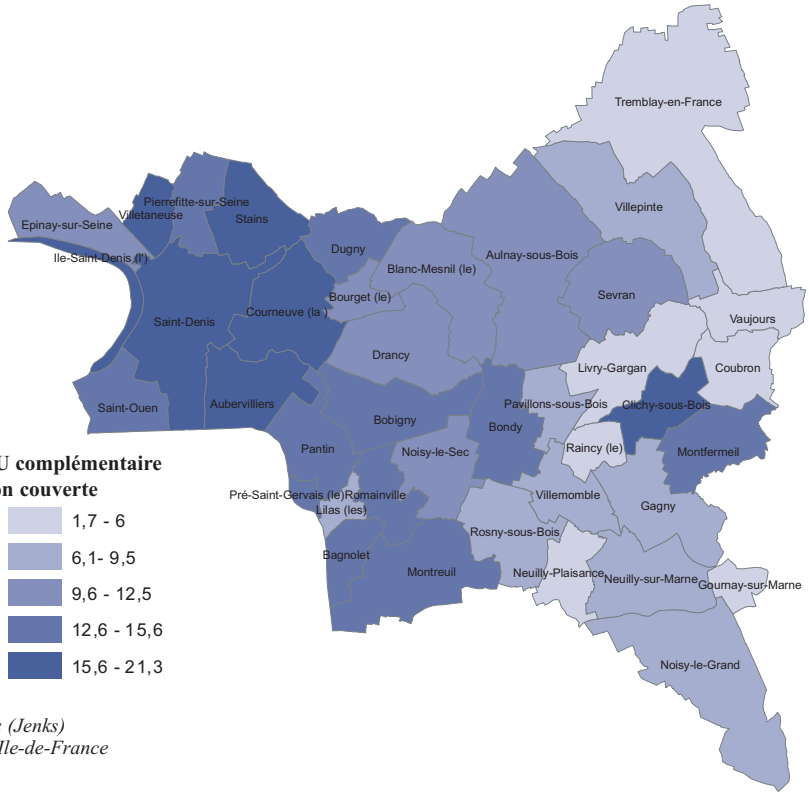
Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS Ile-de-France

Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS Ile-de-France

Octobre 2010

Carte n° 5 :

Proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2007 par commune



nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire rapporté à l'ensemble de la population couverte

- 1,7 - 6
- 6,1- 9,5
- 9,6 - 12,5
- 12,6 - 15,6
- 15,6 - 21,3

Méthode de discrétisation : seuils naturels (Jenks)
Sources : *Cnam, Insee, exploitation ORS Ile-de-France*

Graphique n° 11 :

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) en Ile-de-France

	Nombre de Pass
Paris	14
Hauts-de-Seine	6
Seine-Saint-Denis*	6
Val-de-Marne	6
Grande couronne	21
Ile-de-France	53
France	372

Sources : *Ddass, Drass, situation au 31 décembre 2004*

Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS

Recommandations et indicateurs

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE,
DES SPORTS
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Préface

Faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus démunies est une priorité de santé publique.

Tous les patients ont droit à des soins de qualité et à la prévention. Cependant, l'accès effectif à ces droits nécessite pour les personnes en difficulté sociale des modes d'organisation et d'action spécifiques.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), instaurées dans les établissements de santé par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions, représentent un outil efficace pour faciliter l'accès au système de santé et la prise en charge des personnes démunies. Les différentes enquêtes menées ont montré que ces permanences ont des modes d'organisation variés.

Les présentes recommandations visent à proposer, sous la forme d'un tableau synthétique, de bonnes pratiques d'organisation d'une PASS comme autant de pistes pour rendre le meilleur service aux usagers en situation de précarité. Elles permettent aux PASS existantes de s'évaluer et aux futures PASS de concevoir leur projet pour répondre aux objectifs qui leur sont fixés.

Pour réussir sa mission, une permanence d'accès aux soins de santé doit être en mesure de créer des partenariats forts tant au sein de l'hôpital qu'avec les acteurs sociaux, le tissu associatif, les réseaux de santé, la médecine de ville, les cabinets dentaires…

La tâche est complexe, les moyens forcément limités, mais le dynamisme des projets ne fait pas défaut et montre la capacité des établissements de santé à répondre aux missions de service public.

Annie Podeur
Directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Recommandations sur l'organisation d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

Les PASS ont pour mission de rendre effectif l'accès et la prise en charge des personnes démunies non seulement à l'hôpital, mais aussi dans les réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

A ce jour, près de 400 permanences d'accès aux soins de santé sont implantées dans les établissements de santé : pour la plupart dans les centres hospitaliers disposant d'un service d'urgences. Seize millions d'euros ont été accordés depuis 1999 pour leur fonctionnement par les lois de financement de la sécurité sociale. Ces financements pérennes, intégrés dans les budgets des établissements de santé, sont pris en charge au titre des missions d'intérêt général.

Méthodologie

Les recommandations qui vous sont présentées ont été établies à partir :

> d'une étude réalisée en 2003 par la DHOS sur l'ensemble des PASS, portant sur l'organisation des PASS et sur les caractéristiques socio-médicales des patients accueillis un jour donné ;

> d'une étude commandée en 2003 par l'agence nationale d'accréditation des établissements de santé (Anaes), recensant l'activité et les caractéristiques socio-médicales des patients accueillis dans 20 PASS pendant 6 mois ;

> du deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions, réalisé par l'IGAS en 2003 ;

> des retours d'expériences recueillis depuis auprès des acteurs opérationnels lors de journées régionales ou de formations.

Ces recommandations ont été validées auprès d'un comité de pilotage composé de représentants de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, de la direction générale de la santé, de la direction de la population et des migrations, des agences régionales de l'hospitalisation, des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, ainsi que de directeurs d'établissements, de médecins coordonnateurs, d'assistants sociaux et d'infirmiers travaillant dans les PASS.

Ont été, en outre, recueillis les avis de la Haute autorité de santé, de différents représentants institutionnels concernés ainsi que d'associations intervenant auprès des personnes démunies.

Présentation

Les présentes recommandations visent à proposer, dans un tableau synthétique, des axes de réflexion sur les modes d'organisation d'une PASS et sur l'évaluation des services qu'elles rendent aux usagers en situation de précarité.
Il s'agit de permettre aux établissements et aux professionnels d'une PASS, ainsi qu'à ses différents partenaires, de réaliser un diagnostic de l'organisation en place et de définir s'il y a lieu des étapes de progrès. Ces recommandations s'organisent autour de deux axes :

> mettre en place une organisation efficace des PASS (moyens mis en œuvre) ;

> mesurer l'efficacité de la PASS et adapter son organisation et son action aux besoins évolutifs des personnes démunies du territoire de santé (résultats obtenus).

À chaque recommandation sont associés des indicateurs et des commentaires.

Objectif : Rendre effectif l'accès aux systèmes de santé aux personnes

Mettre en place une

L'établissement définit l'organisation, les actions et les moyens de la PASS à partir d'une analyse des besoins des populations pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), volet du plan régional de santé publique

	Recommandations d'organisation
ÉTAPE MINIMALE	**1. Structurer les relations avec les acteurs internes** 1.1 Identifier les référents clés mobilisés au sein de l'établissement de santé pour conduire les missions de la PASS. La PASS s'appuie sur la mobilisation de 4 catégories d'acteurs clefs : équipe de direction, service social, encadrement infirmier, médecin coordonnateur. Elle définit leur rôle, les modalités de leurs interventions et de leurs échanges.
	1.2 Articuler le rôle de la PASS avec celui des professionnels chargés du suivi sanitaire, social, administratif des patients : équipes de soins, service social de l'hôpital, assistant de service social affecté à la structure des urgences, bureau des entrées, services financiers.
	2. Structurer les relations avec les acteurs externes 2.1 Installer un comité de pilotage dynamique incluant des acteurs externes stratégiques : référent du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, représentants de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, des caisses d'assurance maladie, du conseil général (centres de protection maternelle et infantile), des centres communaux d'action sociale, des services municipaux de santé, des centres d'examens de santé, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, des centres locaux d'information et de coordination, des ateliers santé ville (plans locaux de santé publique), des médecins libéraux, pharmaciens, dentistes, des autres établissements de santé (dont établissements de soins de suite), du secteur psychiatrie (dont équipes mobiles santé précarité), des lits haltes soins santé, des espaces solidarité insertion, des centres d'hébergement d'urgence, des centres d'accueil de demandeurs d'asile, des associations, des représentants d'usagers.
	2.2 Formaliser le contenu des partenariats (par courrier, par convention…), afin de pérenniser les liens existants entre la PASS et les autres membres du réseau prenant en charge les différents aspects de la précarité.
	3. Développer des outils opérationnels 3.1 Formaliser une organisation partagée intra-hospitalière et extra-hospitalière (notamment avec les membres du réseau de prise en charge de la précarité) : protocoles de repérage, de circulation, d'accompagnement, de suivi des personnes démunies, protocoles d'accès aux droits d'admission immédiate à la couverture maladie universelle complémentaire, d'instruction prioritaire à l'aide médicale d'État, d'accès aux médicaments, aux consultations, aux services spécialisés (notamment de santé mentale) aux services de soins de suite, fiches de lien avec les partenaires externes, fiche de liaison topographique de la PASS.
	3.2 Initier au sein de l'établissement, une réflexion éthique, ponctuelle ou régulière, sur les questions posées par l'accueil et la prise en charge médicale des personnes en situation de précarité (ex : réflexion éthique sur le partage et les modes de transmission d'un dossier médical et social dans le cadre d'un réseau).
	4. Communiquer sur le rôle de la PASS Informer des règles du jeu (dont le repérage des personnes en situation de précarité) les services, les partenaires externes (dont médecins de ville). Mettre en place une signalétique adaptée pour rendre la PASS visible et accessible aux patients et à l'ensemble du personnel.
ÉTAPE OPTIMALE	**5. Rédiger un rapport d'activité annuel de la PASS** Présenter les objectifs formalisés, le suivi de l'activité (nombre, origine géographique des patients reçus, types de pathologies, problèmes sociaux rencontrés, nombre de dossiers instruits par type de droits : couverture maladie universelle, couverture maladie universelle complémentaire, aide médicale d'État…, nombre d'actions hors les murs), le suivi des ressources et des dépenses (mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, ressources des collectivités territoriales, de l'État, des caisses d'assurance maladie…).
	6. Valoriser et développer les compétences Développer des outils de mise en commun de compétences des professionnels des PASS (connaissance des publics, maîtrise des techniques d'entretien social, réactivité aux problématiques des nouveaux publics, aux nouvelles réglementations) auprès de l'ensemble du personnel administratif, socio-éducatif, médical et soignant : actions de sensibilisation/formation, promotion de la PASS comme terrain de stage pour les professionnels de santé ou futurs professionnels (module santé publique dans les Instituts de soins infirmiers).
	7. Inscrire la PASS dans des démarches qualité Des programmes conduits au sein des réunions de concertation pluridisciplinaires ou des réseaux ville-hôpital, autour de l'évaluation des protocoles et de leur application, ou évaluant la pertinence des admissions en hospitalisation pourront être valorisés au travers de la certification ou dans le cadre de l'obligation individuelle d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Les personnes en situation de précarité sont mentionnées dans la référence 37.a (sortie du patient) du manuel de certification V 2007.

et des ressources disponibles sur son territoire, articulée avec le diagnostic initial du programme régional (PRSP).

	Indicateurs	Commentaires
INDICATEURS DE MOYENS OU DE MISE EN ŒUVRE	Nombre, qualité, temps dédié des référents de la PASS, fiches de postes, planning d'interventions. Modalités d'organisation et fréquence de leurs échanges, relevés de décisions des réunions.	Un des référents peut être désigné pour faire le lien avec les associations.
	Utilisation de protocoles formalisés avec les services (exemple avec la pharmacie, les urgences).	Depuis mai 2006, l'article D 6124-21 du CSP prévoit qu'un assistant de service social est affecté à la structure des urgences afin d'organiser la prise en charge sanitaire et sociale adaptée des patients à leur sortie de cette structure.
	Composition du comité de pilotage. Fréquence des réunions du comité de pilotage et des groupes thématiques s'il y a lieu, ordre du jour, compte rendu. Présence de la PASS dans les instances et réseaux locaux se préoccupant de la précarité et de la santé.	Un comité de pilotage large renforce le portage stratégique de la PASS, mais est plus difficile à animer. Des réunions thématiques, notamment réunions de résolution de problèmes peuvent être pertinentes.
	Nombre de partenariats formalisés (conventions, courriers…) avec les acteurs externes sanitaires et sociaux. Descriptif des partenariats.	
	Nombre et types de protocoles formalisés, utilisés.	Un protocole de repérage des patients n'est pas une indication d'orientation systématique vers la PASS. Il doit identifier leur situation par rapport aux droits (sans droit, droits potentiels, droits ouverts).
	Nombre de réunions, nombre et qualité des participants, thèmes de réflexion, avis formulés, compte rendu des échanges.	La référence 2b du manuel de la certification mentionne la conduite d'une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient.
	Nombre de supports de communication et modalités de diffusion. Effectivité de la diffusion. Public touché.	Exemple de cible de diffusion : union régionale des médecins libéraux. Signalétique : proposer par exemple un logo unique de la PASS lisible par tous les patients (analphabètes…).
	Présentation annuelle du rapport au conseil d'administration, au comité technique d'établissement, à la commission médicale d'établissement, à la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, à la conférence régionale de santé et à l'ensemble des partenaires financiers, compte rendu des discussions.	Il est essentiel d'établir une connexion entre les partenaires financiers pour rendre lisible leur nécessaire complémentarité. Les établissements peuvent créer un groupe transversal « précarité » chargé de produire un rapport sur l'activité, les initiatives des pôles, les modes de prises en charge des publics précaires.
	Nombre, qualité des bénéficiaires de ces actions. Inscription des thématiques relatives à la précarité dans les plans de formation de l'établissement.	La référence 8.c du manuel de certification mentionne : « la formation continue contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des professionnels ».
	PASS inscrite dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles de médecins, dans une démarche de certification.	Les PASS peuvent également être prises en compte dans les références suivantes du manuel de certification : 19.a (adaptation de l'information aux capacités et facultés de compréhension du patient), 24.b (prise en compte des différents besoins, dont social, du patient dans le projet thérapeutique), 25.a à 25.f (situations nécessitant une prise en charge adaptée), 36.a (adaptation de l'éducation thérapeutique).

Objectif : Rendre effectif l'accès aux systèmes de santé aux personnes

Mesurer l'efficacité

La PASS évalue les résultats et la performance de son organisation et de son action pour l'adapter aux besoins évolutifs des

	Recommandations
ÉTAPE MINIMALE	**1. Évaluer la stratégie développée par la PASS** Évaluer l'effectivité du portage par le conseil d'administration, la direction, la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement, le comité de pilotage, le pôle de rattachement. Évaluer l'implication des professionnels de la PASS et des partenaires externes. Évaluer si la PASS est un dispositif transversal ou une filière spécifique pour le public en situation de précarité, si elle mène une action vers les publics ou a une logique de guichet. Évaluer sa capacité à accueillir les différents patients quelle que soit leur situation administrative (sans droit, droits potentiels, droits ouverts).
ÉTAPE MINIMALE	**2. Évaluer les modalités de fonctionnement de la PASS** Évaluer le type de prestations offertes : prise en charge pluridisciplinaire, accès facilité à des consultations spécialisées*, adaptation des horaires aux besoins des usagers, interprétariat, accompagnement, mise en lien du patient avec les acteurs du réseau ville hôpital social et sanitaire afin que la continuité des soins soit garantie jusqu'à l'effectivité du retour au droit commun.
ÉTAPE OPTIMALE	**3. Évaluer l'impact de la PASS** Effectivité de l'accès aux soins (préventifs et curatifs) sur le territoire, qualité du maillage entre les acteurs sanitaires et sociaux et de l'accès des patients avec les acteurs de ce réseau, effectivité et taux du retour au droit commun (droits sociaux et médecin traitant…), efficacité de la réponse à l'usager.
ÉTAPE OPTIMALE	**4. Évaluer l'adéquation de la réponse de la PASS aux besoins** Évaluer le nombre et le type de bénéficiaires par rapport au public cible (existence de populations n'accédant pas aux soins sur le territoire, nombre de nouveaux bénéficiaires par rapport aux anciens bénéficiaires), l'activité, les types de prestations offertes, les modalités de fonctionnement (horaires journaliers, amplitude hebdomadaire, localisation…).
ÉTAPE OPTIMALE	**5. Évaluer la satisfaction des usagers** Réaliser des enquêtes de satisfaction des patients en situation de précarité, ou auprès des partenaires qui les prennent en charge, s'insérer dans les démarches de l'établissement en matière d'évaluation de la satisfaction des usagers.

en situation précaire et leur assurer une prise en charge de qualité

de la PASS

personnes démunies du territoire

	Indicateurs	Commentaires
INDICATEURS DE RÉSULTATS ET DE PERFORMANCE	Présence des problématiques concernant l'accès aux soins des personnes démunies dans les rapports d'activité et discussion avec les institutionnels concernés (direction, conseil d'administration, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, agence régionale de l'hospitalisation, partenaires externes…). Implication des partenaires externes : constitution ou participation à un réseau sanitaire et social formalisé sur le territoire (réseau précarité ville…). Actions correctives.	
	Existence et utilisation effective de protocoles formalisés, fluidité obtenue pour la circulation des personnes accueillies. Plages horaires proposées et demandes de consultations en dehors des horaires. Nombre moyen de consultations médicales délivrées avant l'effectivié du retour au droit commun.	L'un des objectifs des PASS est de permettre aux personnes de recouvrer leurs droits et d'accéder aux soins dans le cadre du droit commun y compris aux consultations spécialisées. * Consultations spécialisées : gynécologie, consultations d'information de dépistage anonyme et gratuit, centres d'information de dépistage de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, dispensaires antivénériens, centre de lutte antituberculeux, unités de coordination tabacologiques, équipe de liaison et de soins en addictologie, odontologie…
	Flux des patients accueillis à l'hôpital/à la PASS. Nombre de patients pris en charge dans le cadre d'un réseau précarité sur le territoire. Nombre de liens formalisés entre la PASS et les partenaires externes (ex : médecins libéraux, centres de santé) pour prendre en charge des personnes démunies. Existence et utilisation effectives d'outils : fiches de suivi social, de suivi médical avec les membres du réseau, fiches de transmission pour s'assurer de la réussite de l'orientation. Rapprochement avec les bilans établis par les centres d'examens de santé de l'assurance maladie.	Dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles, un indicateur pour évaluer le retour au droit commun peut être recherché.
	Analyse des données : activité/moyens accordés, flux des patients à l'hôpital/à la PASS, types de précarité, taux de retour à la PASS en raison de perte des droits sociaux. Présentation de ces analyses à la direction, au conseil d'administration à la commission médicale d'établissement, aux partenaires externes… (commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation). Actions correctives.	Les types de précarité sont différents par exemple selon que les personnes sont en zone rurale ou en zone urbaine. Des enquêtes peuvent être menées auprès des assistants sociaux et des associations sur les usagers potentiels de la PASS (malades ayant des problèmes financiers, sans couverture complémentaire).
	Consultation des usagers par une enquête qualitative ponctuelle. Expression au comité de pilotage de la PASS de la satisfaction des membres du réseau précarité concernant l'action de la PASS.	

Textes sur la prise en charge sociale dans les établissements de santé

Textes fondateurs des PASS et des PRAPS

La loi d'orientation n° 98-657 du 29 JUILLET 1998 relative à la lutte contre les exclusions introduit dans le code de santé publique (CSP) l'article L.6112-6 qui prévoit la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé, par les établissements de santé « *dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)* », « *qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, visant à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits* ».

L'article L1411-11 du CSP prévoit que le plan régional de santé publique (PRSP), comporte parmi ses programmes et actions, « *un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)* ».

La circulaire DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) de 3e génération (2008-2010) donne des recommandations pour l'élaboration des PRAPS de 3e génération.

Contribution des établissements à la lutte contre l'exclusion

Selon les articles L.6112-1, 7° et L.6112-2 du CSP, incombe aux établissements de santé la mission de service public de contribuer « *à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux* ».
Il leur appartient aussi de garantir « *l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent* », de veiller « *à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. À cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation* ».

Organisation d'une prise en charge sanitaire et sociale adaptée aux urgences

En outre, depuis mai 2006, des dispositions réglementaires, prévoient qu'un « *assistant de service social est affecté pour tout ou partie de son temps à la structure des urgences* ». Il est notamment chargé d'organiser la « *prise en charge sanitaire et sociale adaptée* » des patients à leur sortie de cette structure.

Financement des PASS au titre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

L'arrêté du 23 mars 2007 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale précise notamment que sont pris en charge « *au titre de la mission d'assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux et des dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci, les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L.6112-6 du code de la santé publique et la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.* »

LE SOCIAL À L'HOPITAL

L'ACCÈS AUX SOINS DES POPULATIONS EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIALE

Jérémy Geeraert

Jérémy Geeraert
LE SOCIAL À L'HOPITAL
L'ACCÈS AUX SOINS DES POPULATIONS EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIALE
LE SOCIAL À L'HOPITAL
L'ACCÈS AUX SOINS DES POPULATIONS EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIALE
Jérémy Geeraert
Jérémy Geeraert **LE SOCIAL À L'HOPITAL**
Jérémy Geeraert **LE SOCIAL À L'HOPITAL**
Jérémy Geeraert **LE SOCIAL À L'HOPITAL**