



HAL
open science

L'accès aux soins des migrants : focus sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Camille Loustalot-Forest

► To cite this version:

Camille Loustalot-Forest. L'accès aux soins des migrants : focus sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé. Science politique. 2017. dumas-01785370

HAL Id: dumas-01785370

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01785370v1>

Submitted on 9 Jul 2018

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

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

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

Institut d'Etudes Politiques

Camille LOUSTALOT-FOREST

L'ACCÈS AUX SOINS DES MIGRANTS

Focus sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Année 2016-2017

Master : « Politiques publiques de santé »

Sous la direction de Pierre MICHELETTI

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
Institut d'Etudes Politiques de Grenoble
Année universitaire 2016-2017



L'accès aux soins des migrants : focus sur les
Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Camille LOUSTALOT-FOREST

Master 2 Politiques Publiques de Santé
Sous la direction de Pierre Micheletti
Jury : Pierre Micheletti et Dominique Mansanti
Travail soutenu le mardi 12 septembre 2017

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier Pierre Micheletti, mon tuteur de mémoire, pour son suivi, ses conseils et son accompagnement tout au long de l'année. Je remercie également Dominique Mansanti pour avoir accepté d'être membre du jury.

De plus, je souhaite exprimer ma gratitude auprès de toutes les personnes qui m'ont accompagné dans ce travail, en stage ou à l'extérieur, en acceptant de me rencontrer ou tout simplement pour m'orienter, pour leur temps et leur bienveillance.

Dans le cadre de mon Master 2 Politiques Publiques de santé, j'ai également une pensée pour l'ensemble des intervenants qui ont su rendre cette année riche d'enseignements. Je remercie particulièrement Marie Estelle Binet pour son dévouement et son implication dans le master et auprès des étudiants.

Sommaire

Sommaire.....	4
Liste des sigles.....	5
Introduction	6
Première partie - Le cadre juridique français induit-il une discrimination de fait dans l'accès aux soins des migrants ?.....	14
A. À protection sociale différente, prise en charge différente ?.....	14
B. Un système de santé pour tous ou en contradiction avec le principe d'égal accès aux soins ?.....	21
C. Un accès à la protection sociale et au système de santé conduisant à des discriminations dans l'accès aux soins ?.....	26
Deuxième partie – Vers une redéfinition du rôle des PASS.....	30
A. Replacer les PASS dans leur environnement : entre contexte local et objectifs spécifiques	30
B. Quel rôle pour les PASS par rapport à un certain public ?.....	36
C. Une redéfinition du rôle des PASS qui tend vers de la « discrimination » ?	41
Troisième partie – Des pratiques des acteurs et leur influence dans l'accès aux soins	48
A. Quel sens donné aux pratiques et perception de la PASS par les professionnels ?.....	48
B. ...qui auraient des conséquences sur les pratiques professionnelles au sein des PASS : entre pragmatisme et idéaux.....	54
C. De l'influence des perceptions et pratiques professionnelles sur les possibles discriminations dans l'accès aux soins.....	59
Conclusion et recommandations.....	64
Bibliographie	68
Annexes	74
Table des illustrations.....	160
Table des matières	161

Liste des sigles

AME : Aide Médicale d'État

ARS : Agence Régionale de Santé

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isère

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Complémentaire Couverture Maladie Universelle

CNLE : Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

COMEDE : Comité pour la Santé des Exilés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSUV : Dispositif de Soins Urgents et Vitaux

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

HCL : Hospices Civils de Lyon

GHM : Groupe Hospitalier Mutualiste

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MDM : Médecins du Monde

MIG : Mission d'Intérêt Général

OFII : Office Français pour l'Immigration et l'Intégration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Plan Régional de Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PUMa : Protection Universelle Maladie

Introduction

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »

Article 25.1 de la Déclaration Universelle des Droits de l'homme, Décembre 1948

La remise en cause d'un accès à la santé pour tous, sans conditions aucune, est assez rare en France et en Europe. En France, de nombreux dispositifs existent pour permettre à chacun de se soigner : accès aux services d'urgence sans conditions, médecins de ville et pharmacies de garde, protection sociale quasiment universelle. Le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, repris par la Constitution du 4 octobre 1958, reconnaissant « le droit à la protection sociale », considère en effet que faciliter l'accès de chacun au système de droit commun et assurer l'égalité de tous face au système de santé font partie des droits fondamentaux.

Le droit à la santé étant considéré comme un droit fondamental, il convient donc de donner à chacun la possibilité d'y avoir droit de manière effective. C'est ce qu'on appelle l'accès aux soins. Il s'agit d'un droit parmi les plus fondamentaux de la personne malade, constituant, comme le considère François Ponchon¹, comme la marque d'une organisation sanitaire plaçant le malade au cœur des préoccupations des professionnels de santé.

Par « chacun », on entend normalement l'ensemble de la population, et donc également les migrants, qu'ils soient en situation irrégulière ou non, et qu'on peut définir, selon l'INSEE, comme des « nés à l'étranger de parents étrangers ».

Le politiste Didier Fassin considère dans Le gouvernement des corps que « la maladie et la souffrance offrent une base minimale pour un consensus politique de tolérance et même de reconnaissance de l'étranger »². De fait, la France, comme nombre de ses voisins européens, s'est engagée à défendre le droit de chacun, migrants compris, à la santé dans une série de traités et déclarations faisant référence aux droits de l'homme. Myriam Hachimi Alaoui et Alexandra Nacu rappellent par exemple que depuis 2006, aux yeux de la Commission nationale consultative des

1 PONCHON, François, *Les droits du patient à l'hôpital*, Presses Universitaires de France, 1999, 127 pages (Que sais-je)

2 FASSIN, Didier, *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2004, 160 pages.

droits de l'homme, « *la jouissance des droits fondamentaux doit être déconnectée des préoccupations des politiques migratoires* ». ³

Néanmoins, comme le dénoncent quotidiennement de nombreuses associations, des difficultés existent malgré tout dans l'accès aux soins des migrants, même en se tenant à une définition aussi large que celle proposée par l'INSEE. Le terme de migrant correspondant à un ensemble très large de situations, il pourrait ne pas sous-entendre des difficultés d'accès aux soins et au système de santé pour toutes les personnes rentrant dans la « catégorie migrant ». Cependant, dans le domaine de la santé, migrants et précarité sont souvent très proches. Il a été en effet assez largement démontré que les migrants font souvent face à un ensemble de difficultés qui les rapprochent, dans leur accès aux soins et au système de santé, des personnes en situation de précarité : par exemple, dans son rapport réalisé en 2011-2012 sur l'état de santé des immigrés, l'IREPS Rhône-Alpes considère que « *l'état de santé des immigrés est aujourd'hui considéré comme un véritable enjeu de santé publique en raison de la fragilisation économique et sociale que peuvent connaître certains d'entre eux et qui participe à la détérioration de leur état de santé.* » ⁴

On rentre donc dans le champ, évidemment très large, des politiques sociales, historiquement marquées. Prenons par exemple l'accueil des pauvres à l'hôpital : Anne Nardin ⁵ le définit comme oscillant entre fierté et malédiction et considère que faire un arrêt sur image de l'histoire de l'hôpital permettrait de prendre « *la pleine mesure du poids qui pèse toujours sur l'institution compte tenu de sa destination exclusivement sociale pendant plus d'un millénaire* ». Elle repère ainsi des « *ambivalences profondes dans la trajectoire de l'hôpital* », ambivalences pouvant s'appliquer à l'ensemble du système de santé français.

En effet, même si définir de manière exhaustive les missions d'un établissement de santé n'est pas aisé, le Code de la Santé Publique considère que la mission principale d'un hôpital est l'hospitalisation des patients. Il ajoute pourtant également, dans son article L6212-1, quatorze missions de service public. On y trouve notamment la permanence des soins, les actions de prévention et d'éducation pour la santé, ou encore la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes, ainsi que les associations qui œuvrent dans ce domaine.

Ces missions correspondent en partie à une réalité ancienne d'accueil des franges les plus démunies de la population par l'hôpital ; réalité qui s'est matérialisée, au fil du temps, par divers

3 HACHIMI ALAOUI, Myriam et NACU, Alexandra, Soigner les étrangers en situation irrégulière, *Hommes et migrations*, 2010, n°1284.

4 IREPS Rhône-Alpes, *Programme régional d'intégration des populations immigrées en Rhône-Alpes, Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées*, septembre 2012.

5 NARDIN, Anne, L'accueil des pauvres à l'hôpital, entre fierté et malédiction », dans BRECHAT, Pierre-Henri (sous la dir.), *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP, 2012, pages 9-22 (« Hors collection »).

dispositifs, comme le montre Isabelle Parizot tout au long de son ouvrage « *Soigner les exclus* »⁶. Mais l'action sociale de l'hôpital s'est concrétisée, dans notre organisation sanitaire actuelle, suite à la loi n°98-657 de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Cette loi présente deux orientations fondamentales : un traitement des exclusions, en affirmant la complexité et la diversité des processus d'exclusion qu'elle entend combattre ; et l'accès aux droits fondamentaux. La loi considère en effet que le problème des personnes en difficulté n'est pas de disposer de nouveaux droits mais d'avoir effectivement accès aux droits fondamentaux existants. L'essentiel des dispositifs mis en œuvre visent donc à créer les conditions et les procédures par lesquelles cet accès aux droits sera mieux garanti

Cette loi donne également naissance aux PASS : les Permanences d'accès aux soins de santé). Ces structures médico-sociales sont définies dans le Code de la Santé Publique : il précise que :

*« Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits »*⁷

(Art. L. 711-7-1 Code de la Santé Publique).

Dans la continuité des deux titres de la loi de 1998, accès aux droits et prévention des exclusions, les PASS ont donc deux missions principales : faciliter l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité, mais aussi accompagner les personnes en situation de précarité dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Les PASS doivent proposer un accompagnement médico-social personnalisé, et remédier aux défauts de couverture sociale éventuels. Elles peuvent également éventuellement répondre à des difficultés diverses : logement, illettrisme ou barrière linguistique trop importante, ou encore isolement social de la personne.

De fait, les PASS semblent être un acteur essentiel de la mission sociale de l'hôpital, même si ce dernier n'a plus à jouer le rôle d'action sociale qui était le sien pendant des siècles. Il doit au contraire s'adapter, et répondre à cette mission sociale en s'ouvrant vers l'extérieur et en accompagnant vers d'autres dispositifs. C'est dans ce cadre que la PASS s'inscrit : permettre à tous d'accéder à tous les soins, au sein de l'hôpital et en dehors.

6 PARIZOT, Isabelle, *Soigner les exclus, Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003, 308 pages (Le Lien social).

7 Code de la Santé Publique, article L. 711-7-1

Pour ce travail de recherche dans le cadre du Master 2 « Politiques publiques de santé » de Sciences Po Grenoble, il semblait donc intéressant de travailler sur les PASS et sur leur rôle spécifique dans l'accès aux soins des migrants. Nous avons en effet effectué, pendant la première partie de cette année de Master 2 Politiques publiques de santé, un stage au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), au sein de la Direction générale et plus spécifiquement de la Direction des Affaires Internationales. Préalablement, nous avons également effectué un stage aux Hospices Civils de Lyon, dans le Pôle d'Activités Médicales de Chirurgie du Centre Hospitalier Lyon Sud. Dans ce cadre, nous avons notamment rencontré de nombreux agents administratifs du Service d'accueil des urgences, du service social de l'hôpital, et du Bureau des Admissions, avec qui nous avons échangé de manière informelle sur la prise en charge d'un public étranger à l'hôpital. Pour cette raison, et étant donné notre place au CHU de Grenoble, nous avons souhaité travailler sur cette thématique, celle de la prise en charge des publics étrangers, ou migrants, dans le système de soins français. Travaillant en majorité sur l'accueil et la gestion des patients étrangers déjà hospitalisés, nous avons, de plus, souhaité élargir notre champ de compétence et nous intéresser à l'accès aux soins des étrangers en dehors de l'hospitalisation. Étudier le rôle des PASS dans ce processus semblait donc opportun car proche à la fois de notre jeune parcours professionnel et de nos préoccupations citoyennes, dans un contexte international et européen propice à une réflexion sur la thématique des droits de l'homme pour les migrants, et notamment du droit à la santé.

Après avoir décidé d'étudier l'accès aux soins des étrangers via les PASS, il fallait donc tout d'abord de s'interroger sur le « public » des dites PASS. Les publics concernés sont en effet les plus précaires ou démunis. On peut définir la précarité comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et famille d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux.* »⁸. Cela correspond donc à une multitude de situations : personnes sans-abri, jeunes en décrochage, migrants, etc.

Pourtant, nous n'avons qu'une connaissance imparfaite de ces dispositifs, et nous avons donc longtemps cru qu'ils étaient fréquentés par un public très large, regroupant l'ensemble des personnes pouvant se trouver exclues, d'une manière ou d'une autre, du fonctionnement classique du système de soins. Initialement, nous avons donc pour objectif de déterminer si le fait d'être migrant avait une incidence quelconque sur la prise en charge proposée au sein des PASS, et dans le prolongement, dans l'ensemble du système de santé français. Néanmoins, l'avancée de nos travaux nous a finalement menés à une question plus large, concernant les discriminations dont pourraient être victimes les migrants de manière générale dans leur accès aux soins.

Comme nous le verrons plus largement par la suite, la plupart des PASS que nous avons étudiées accueillent en grande partie un public migrant, ce dernier étant quasi-systématiquement exclu du système de soins. Comparer deux types de public quand la file active d'une PASS se

8 WRESINKI, Joseph, Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Paris, Journal officiel, 1987.

résume, dans la grande majorité des cas, à un seul de ces publics, n'est donc sans doute pas le plus pertinent. Toutefois, deux éléments sont à retenir et à préciser en ce qui concerne le public des PASS. Il faut tout d'abord avoir en tête que même si actuellement, la plupart des PASS accueillent en majorité un public migrant, ce cas de figure n'est pas systématique pour autant. Le public accueilli par chaque PASS dépend également, comme nous le verrons par la suite, du contexte local, de l'historique de création de la PASS, et de l'orientation souhaitée pour cette dernière.

De plus, le fait même d'avoir souhaité traiter une question de départ qui se retrouve légèrement biaisée est intéressant pour notre réflexion. En effet, il conviendra de se pencher sur cette évolution du public des PASS, et des significations ou des conséquences que cela pourrait avoir en termes d'accès aux soins et de discrimination à cet égard.

Le législateur a déterminé un ensemble de critères et de circonstances pouvant faire l'objet de discriminations. Ainsi, au sens juridique, une personne ou un groupe est victime de discrimination si trois critères sont réunis. Il faut tout d'abord être en présence d'un traitement défavorable ou inégal comparé à d'autres personnes ou d'autres situations ; mais aussi qu'il soit fondé sur un des vingt-trois critères interdits par la loi : origine, sexe, situation de famille, grossesse, apparence physique, particulière vulnérabilité résultant d'une situation économique, apparente ou connue de son auteur, patronyme, lieu de résidence, état de santé, perte d'autonomie, handicap, caractéristiques génétiques, mœurs, orientation sexuelle, identité de genre, âge, opinion politique, activités syndicales, capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée.⁹

Il faut également que ce traitement défavorable intervienne dans un domaine spécifié par la loi, par exemple l'accès à l'emploi, au logement, l'éducation, ou la « fourniture de biens et services ». Pour l'ensemble de ces situations, la discrimination est illégale et sanctionnée.

Mais de manière plus large, le terme « discrimination » renvoie au fait de distinguer et de traiter différemment (le plus souvent plus mal) quelqu'un ou un groupe par rapport au reste de la collectivité. Dès lors, nous souhaitons savoir si les migrants, au sens large, pourraient être victimes de discriminations dans leur accès aux soins et au système de santé. Pour cela, deux grandes thématiques ont été abordées, qui rejoignent les titres de la loi de 1998 et les objectifs des PASS : l'accès aux soins et la prévention des exclusions, via l'accès au système de soins de droit commun.

En somme, il conviendra de se demander dans quelle mesure les migrants souffrent de discrimination dans leur accès aux soins, et notamment dans le cadre des permanences d'accès aux soins de santé ?

9 Code pénal, article 225-1 modifié par la loi n°2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité citoyenne

Méthodologie

Pour répondre à cette problématique, nous nous devons d'être méthodiques. Pour cela, il fallait tout d'abord définir quels éléments nous permettraient de répondre à notre réflexion. Nous avons choisi de travailler de plusieurs manières : étude de corpus législatifs et de rapports associatifs ; travail d'analyse des données fournies par les différentes PASS, mais surtout entretiens semi-directifs avec les acteurs directement impliqués dans l'accès aux soins des migrants (principalement dans les PASS de la région et l'Agence Régionale de Santé). En effet, comme le précisent Stéphane Beaud et Florence Weber dans leur Guide de l'enquête de terrain¹⁰, « *entretiens et observations font progresser l'enquête de concert* » : les entretiens permettent d'acquérir une diversité de points de vue essentiels afin d'avoir une vision la plus large possible des PASS. Néanmoins, il faut bien prendre garde à rencontrer des acteurs apportant réellement un plus à la réflexion, par leur situation ou la « singularité du point de vue ». Mener des observations aurait également, comme l'indiquent les auteurs cités plus haut, permis d'obtenir une autre vision des PASS et de l'accès aux soins : cela n'a malheureusement pas été possible, mais aurait sans doute apporté beaucoup à notre travail.

Nous avons donc réalisé neuf entretiens, tous en présentiel, et ils ont tous, sauf un¹¹, été enregistrés. Les personnes interrogées sont toutes basées sur Lyon ou Grenoble.

En effet, pour mener à bien ce projet, travailler sur un bassin de vie tel que l'agglomération grenobloise, semblait tout d'abord à la fois adapté et réaliste. Nous avons en premier lieu l'intention de travailler exclusivement sur Grenoble et sa métropole. Il s'agissait en effet d'un périmètre à la fois assez étendu pour qu'on y puisse y trouver l'ensemble des dispositifs institutionnels et associatifs existants, sans être une ville de taille trop importante qui aurait pu compliquer la recherche.

Nous avons également décidé de centrer une grande partie de notre travail sur les PASS, ces dernières étant essentielles dans l'accès aux soins des migrants. Nous disposons d'un accès privilégié au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et à sa PASS, tout en ayant la possibilité de rencontrer les acteurs des autres PASS du territoire grenoblois. Ont ainsi été rencontrés, sur le territoire de Grenoble, les trois PASS, à savoir celle du CHU, celle du Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI) et celle du Groupe Hospitalier Mutualiste (GHM) ; ainsi que le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde (MDM). Nous avons également pu nous entretenir avec la Délégation départementale de l'Agence Régionale de Santé (ARS), et notamment le service de Prévention et promotion de la santé.

10 BEAUD, Stéphane et WEBER, Florence, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2011, 334 pages (Collection Repères).

11 Un bruit de fond sur l'enregistrement ne permet pas de retranscrire les propos en intégralité.

Mais au fil de nos recherches, nous avons également eu la possibilité de rencontrer la coordinatrice générale des PASS sur la région Auvergne Rhône-Alpes, poste financé par l'ARS et basé à Lyon. Par la suite, nous avons donc finalement étendu nos recherches à la région lyonnaise, permettant de multiplier les retours d'expérience de différentes PASS. Sur ce territoire, la PASS des Hospices Civils de Lyon (HCL), celle du Centre Hospitalier le Vinatier, et celle du Centre Hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc ont également été rencontrées.

C'est donc neuf entretiens qui ont été réalisés, dont six dans des PASS, un dans une association (MDM), et deux au sein de l'ARS. À ce stade, il convient donc de s'interroger sur la représentativité des PASS interrogées. Plusieurs points méritent d'être soulevés. Tout d'abord, comme nous l'avons évoqué plus haut, il doit être rappelé que les PASS sont chacune, forcément, différentes, car le fruit d'un contexte local, d'une histoire, d'une volonté engagée par une direction ou par le personnel d'aller vers telle ou telle direction. Il ne s'agit donc pas de mener une comparaison entre plusieurs PASS, ou entre deux agglomérations, mais bien de réfléchir de manière plus large au rôle des PASS dans l'accès à la santé des migrants. Les spécificités de chaque PASS, si elles doivent être soulignées, ne seront donc qu'un élément de contexte local, et non pas des éléments de réponse à nos questions.

De plus, les spécificités mises en avant par les personnes que nous avons rencontrées dépendent également grandement du profil de la personne interrogée. Les postures et domaines de compétence seront logiquement différents entre un médecin référent, responsable du dispositif PASS, une assistante sociale, ou un psychologue. De la même manière que précédemment, il faut donc prendre en compte cette donnée dans l'analyse des discours et des postures des enquêtés. Mais dans ce cas-là, notre propre position doit également être analysée. Notre posture d'étudiant en sciences politiques nous a conféré une position assez confortable, bien que sujette à des formes de surveillance assurées par les enquêtés eux-mêmes, comme l'évoque Pierre Fournier dans *Des observations sous surveillance*¹². Il convient également d'être attentif à un autre type de surveillance, ou plutôt, d'auto-surveillance : nos présupposés et nos attentes devront toujours être présents et pris en compte dans notre analyse.

Le second volet méthodologique repose sur une analyse de différents documents : étude de la législation relative notamment à l'accès aux droits et aux différents « statuts » possibles pour les migrants ; analyse des rapports d'activité ou de plaidoyer de certaines associations comme Médecins du Monde ou ATD Quart Monde ; et littérature scientifique ou sociologique relatives aux thématiques abordées. Un dernier volet concerne le travail quantitatif : étant donné la pluralité des PASS et la non-représentativité des PASS étudiées, des statistiques à proprement parler n'ont pas été utilisées pour notre recherche. Néanmoins, les rapports d'activité des différentes PASS peuvent être utilisés, pour contextualiser la réflexion, ou illustrer certains propos.

12 FOURNIER, Pierre, *Des observations sous surveillance*, *Genèses*, 1996 n°24, pages 103-119.

À ce stade, nous pouvons également pointer un manque évident dans notre travail : l'absence de rencontre avec les représentants des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et notamment celle de l'Isère. Travailler sur l'accès aux soins et sur les ouvertures de droits réalisées dans les PASS sans avoir le témoignage de cet acteur primordial est en effet regrettable. Des associations d'usagers ou d'aide aux migrants auraient également pu être rencontrées, mais nous avons réellement pour objectif de centrer notre réflexion sur les PASS comme dispositif fondamental de l'accès aux soins des migrants.

Accès aux droits, place des PASS et de leurs acteurs

Pour mener à bien ce travail et répondre à notre interrogation concernant les discriminations dont pourraient être victimes les migrants, trois grandes thématiques se dégagent comme pouvant avoir une influence sur l'accès aux soins. Nous les traiterons donc dans trois parties distinctes, bien que les interactions entre chaque facteur existent logiquement.

La première thématique abordée concernera l'accès aux droits, et notamment le cadre juridique français : on se demandera s'il induit une discrimination de fait à l'égard des migrants, qui se répercute dans les PASS. En effet, il semblerait que les différents statuts migratoires, menant à une catégorisation des migrants, soit presque en contradiction avec le principe d'égal accès aux soins ; et qu'ils aient des répercussions directes dans les PASS, chargées, comme on l'a vu, de prévenir les exclusions en permettant au plus grand nombre de se rediriger vers le droit commun.

Par la suite, il conviendra de s'intéresser à l'ancrage des PASS sur un territoire donné dans la prise en charge des migrants : l'articulation avec d'autres acteurs, la redéfinition du rôle et des publics des PASS et les nécessités de coordination et de partenariat pour ces derniers sont en effet autant de facteurs qui incitent à imaginer les PASS comme ayant vocation à être quasi-exclusivement dédiées à l'accueil de publics migrants.

Enfin, cette évolution vers une spécialisation d'une grande partie des PASS dans la prise en charge de migrants aurait, semble-t-il, des conséquences certaines dans les pratiques des professionnels des PASS. Ces dernières sont en effet un espace, nous le verrons, propice à la recherche de situations innovantes permettant de répondre aux besoins de leurs usagers. Dès lors, il conviendra d'étudier les objectifs des acteurs des PASS, et leur marge de manœuvre, pour, semble-t-il, réduire les discriminations dont seraient victimes leur public ; tout en assurant un travail d'équilibriste entre prise en charge « classique » et innovation continue.

Première partie - Le cadre juridique français induit-il une discrimination de fait dans l'accès aux soins des migrants ?

Dans cette première partie, il s'agira de se demander tout d'abord si les différents statuts migratoires (et les droits à la protection sociale qui en découlent) ne mènent pas de fait à une catégorisation des migrants et donc une différence dans la prise en charge (A), puis si cela n'entre presque pas en contradiction avec le principe d'égal accès aux soins (B), et enfin, si cela peut être considéré comme de la discrimination (C).

A. À protection sociale différente, prise en charge différente ?

Afin d'étudier tout d'abord les difficultés dans l'accès aux soins des migrants qui pourraient être liées à la thématique de l'accès aux droits, il faut premièrement dresser un panorama des différentes couvertures maladies existantes (1), puis s'intéresser aux possibilités et restrictions relatives à cet accès aux droits (2), afin de se demander si ces restrictions peuvent être vues comme discriminantes (3).

1. Des couvertures maladie variables

Lorsque l'on s'intéresse à l'accès aux soins des migrants, l'une des problématiques principales, quasiment systématiquement évoquée, concerne l'accès aux droits et à la protection maladie. En effet, la France est au cœur d'un système particulièrement complexe, composé d'un système général, qui protège la majorité de la population. Il fonctionnait, jusqu'à ces dernières années, par une affiliation soit par le travail, soit par un proche (notamment pour les enfants) ou par un régime spécial, et de statuts destinés à des cas plus particuliers.

Ainsi, la Couverture Maladie Universelle (CMU) était née de la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Elle correspondait à une prise en charge des dépenses de santé pour les personnes qui n'étaient pas inscrites à la Sécurité Sociale ou ayant-droit, en donnant droit à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie : remboursement des consultations, des

soins médicaux et des médicaments. La CMU a toutefois été modifiée, comme l'ensemble du système, 1^{er} janvier 2016, avec la création de la PUMa, la Protection Maladie Universelle, qui pose le principe que « *toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie.* »¹³ La Sécurité Sociale la décrit donc comme l'aboutissement de la démarche débutée avec la loi de 1998, en visant à « *ouvrir des droits à l'assurance maladie aux personnes résidant en France de façon stable et régulière, et qui ne relevaient d'aucune couverture maladie obligatoire.* »

Son pendant, la CMU complémentaire (CMU-C) permet une prise en charge gratuite à 100 % des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais (tiers-payant) à condition de respecter le parcours de soins coordonnés. Elle se définit comme une « *couverture maladie complémentaire gratuite destinée à faciliter l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources et résidant en France de façon stable et régulière* »¹⁴.

Disposer de faibles ressources, mais surtout « *résider en France de façon stable et régulière* » constituent donc des conditions *sine qua none* pour pouvoir être affilié à une couverture maladie en France. Si la régularité du séjour en France est absente, il est également possible de disposer de l'Aide Médicale d'État, ou AME, selon l'article 251, alinéa 1, 2 et 3 du Code de l'Action sociale et des familles. Il s'agit en effet d'un dispositif permettant aux personnes en situation irrégulière, et donc logiquement exclues de la couverture classique ou de la CMU-C, d'accéder malgré tout aux soins, après trois mois de présence effective sur le territoire français : il ouvre droit à la prise en charge de 100 % des soins, avec dispense d'avance des frais, pendant un an, et est renouvelable.

Si la personne n'est pas admissible à l'AME (essentiellement si elle n'est pas présente sur le territoire depuis plus de trois mois, ou si elle se retrouve dans l'incapacité de le prouver), elle pourra malgré tout, en cas de besoin urgent, bénéficier du Dispositif de Soins Urgents et Vitaux (DSUV, également appelé AME Soins Urgents dans le langage courant). Il peut par exemple s'agir de soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital, ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé, de soins destinés à éviter la propagation d'une maladie, des soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né, des interruptions de grossesse, et des soins dispensés à des mineurs.

CMU-C et AME sont donc deux « catégories » administratives qui peuvent concerner directement les migrants ; et qui sont réellement distinctes : si l'application concrète de la protection maladie, une fois cette dernière acceptée, est assez similaire (avance des frais), les conditions

13 Informations sur la Protection Universelle Maladie : <https://www.ameli.fr/isere/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>

14 Informations sur la CMU complémentaire : <https://www.ameli.fr/isere/assure/droits-demarches/difficultes-financieres/complementaire-sante/cmu-complementaire>

requis pour leur attribution sont pourtant bien différentes. Il convient donc désormais de s'intéresser à ces clauses requises, ainsi qu'aux difficultés pouvant exister durant ce processus.

On retrouve l'ensemble des caractéristiques des différentes protections sociales envisageables dans le tableau suivant, réalisé par l'Ordre de Malte en 2016-2017 :

Nom du dispositif	AME Aide Médicale d'Etat	PUMA (ex-CMU de base) Protection Universelle Maladie	CMU-C Couverture Maladie Universelle- Complémentaire	ACS Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
Part obligatoire ²⁰	Oui	Oui	Non	Non
Part complémentaire ²¹	Oui	A la charge du patient ou de sa complémentaire santé.	Oui	Oui
Pour qui ?	Étrangers sans papiers.	Personnes qui ne relèvent d'aucune assurance maladie obligatoire.	Personnes disposant de faibles ressources.	Personnes disposant de ressources faibles, mais légèrement au-dessus du plafond d'attribution de la CMU-C.
Conditions	Résider en France de manière continue depuis au moins 3 mois. Avoir des ressources inférieures à un plafond.	Travailler ou résider en France de manière régulière et continue depuis au moins 3 mois.	Résider en France de manière régulière et continue depuis au moins 3 mois. Avoir des ressources inférieures à un plafond.	Résider en France de manière régulière et continue depuis au moins 3 mois. Avoir des ressources légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C.
Prestations prises en charge	Consultations médicales, examens, médicaments, hospitalisation. Pas de forfaits supplémentaires pour les lunettes, prothèses auditives, soins dentaires.	Consultations médicales, examens, médicaments. Le forfait journalier en cas d'hospitalisation reste à charge.	Consultations médicales, examens, médicaments, hospitalisation. Forfaits de prise en charge pour soins dentaires, lunettes, prothèses auditives.	Aide financière pour payer un contrat de complémentaire santé.
Dépense d'avance de frais	Oui	Non	Oui	Oui
Dépassement d'honoraires	Restent à charge.	Restent à charge.	Non applicables.	Non applicables.
Validité	1 an. Renouvelable sur demande.	Continue, tant que les conditions sont remplies.	1 an. Renouvelable sur demande.	1 an. Renouvelable sur demande.
Aides sociales complémentaires	Non	Non	Accès aux tarifs sociaux des fournisseurs d'énergie. Réductions sur les abonnements de transport.	Accès aux tarifs sociaux des fournisseurs d'énergie.

Image 1 : Dispositifs de protection maladie. Source : ORDRE DE MALTE, Santé et accès aux soins des personnes démunies en France, 2016-2017

2. Des accès à la protection maladie parfois complexes

De fait, les migrants, pour la plupart nouvellement arrivés en France¹⁵, se trouvent rapidement confrontés à la problématique de l'ouverture de leurs droits, nécessaire pour intégrer le droit commun. Certaines de ces difficultés sont connues de tous dans le processus qui permet aux migrants d'accéder à leurs droits.

Tout d'abord, les associations et les différents acteurs insistent régulièrement sur les problématiques liées au fonctionnement des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM). Les pièces demandées par les Caisses pour constituer les demandes d'affiliation, qu'il s'agisse de la CMU-C ou de l'AME, peuvent en effet varier selon les départements : les Caisses étant organisées par département, chacune est libre de travailler comme elle le souhaite et de demander les pièces qu'elle juge nécessaire. Ce constat est partagé par un ensemble d'acteurs sur le territoire étudié : ainsi, lors d'un de nos entretiens, il nous a été dit que « *c'est la Sécu qui choisit, qui décide* »¹⁶ De même, une seconde personne que nous avons rencontré nous a expliqué que « *pour la Sécu sociale, normalement, c'est la même règle, c'est la France, mais il n'y a pas les mêmes règles dans toutes les CPAM. Il y a des CPAM où il est plus facile que dans d'autres d'avoir des papiers* »¹⁷.

Ces difficultés peuvent être interprétées de manières diverses. De fait, comme le précise le Guide pratique pour les professionnels, réalisé par le Comité pour la santé des exilés (Comede), trois variables déterminent le système de protection maladie dont dépendra la personne migrante : nature de la résidence en France, ancienneté de la résidence et statut administratif du séjour. Suite à ce constat, de nombreux obstacles peuvent apparaître, notamment à cause des décisions des CPAM, mais aussi, plus simplement, par logistique pure. La domiciliation pose par exemple des problèmes récurrents : il s'agit d'un droit, reconnu par les textes, mais qui reste « *encore largement entravé dans la pratique* »¹⁸, mais d'autres entraves peuvent exister, comme la complexité du dispositif ou la rigueur nécessaire dans l'envoi des pièces (un décalage d'un jour pouvant déjà annuler toute une procédure et nécessiter de repartir de zéro).

Dès lors, comment percevoir ces difficultés ? Une association comme Médecins du Monde est par exemple critique quant au fait que les Caisses puissent avoir une libre interprétation des

15 En 2015, dans son rapport d'activité, l'association Médecins du Monde dénombreait par exemple parmi la file active de ses Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation, presque 70 % de personnes présentes sur le territoire français depuis moins d'un an.

16 Entretien 1, e1.

17 Entretien 7, e6.

18 COMITE POUR LA SANTÉ DES EXILES, Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels, 2015.

textes : cela conduirait à des « *justificatifs qui étaient demandés à des personnes de manière abusive et totalement injustifiée* ». ¹⁹

Il est intéressant d'étudier ce discours en ayant en tête le travail de Caroline Izambert, doctorante à l'EHESS, qui propose dans son article « *Trente ans de régression dans l'accès aux soins* » ²⁰ une analyse de l'accès à la sécurité sociale pour tous et notamment pour les étrangers depuis les années 1970. Elle considère en effet que cet accès s'est retrouvé confiné « *à l'intersection de deux champs des politiques publiques* » : entre une reformulation des politiques d'immigration et une fermeture des frontières pour les travailleurs, et de l'autre côté, une généralisation de la Sécurité sociale qui s'est poursuivie (cette dernière ayant originellement l'intention d'être universelle mais ayant exclu de fait des catégories de la population, comme les chômeurs ou les étrangers sans ayant-droits et sans activité professionnelle).

Partant de ce constat, elle dresse par la suite un inventaire des différentes lois promulguées des années 1970 aux années 1990, et explique comment elles ont participé à la légitimation du critère de régularité dans l'accès à la protection sociale des étrangers. Ce « *glissement de légitimité* » s'est notamment opéré avec la loi Pasqua du 24 août 1993, réduisant l'accès à la Sécurité sociale des étrangers en situation irrégulière, et les cantonnant donc à des dispositifs relevant de l'humanitaire. On verra par la suite que les PASS peuvent être considérées parmi ces derniers.

3. ...pouvant être considérés comme une contrainte pour l'accès aux soins ?

Ces restrictions dans l'accès aux soins des migrants, qu'ils soient demandeurs d'asile ou en situation irrégulière sur le territoire, peuvent également être étudiées comme faisant partie des déterminants de l'accès aux soins. Il convient, avant de détailler le propos, de bien marquer la distinction entre déterminants de la santé et déterminants de l'accès aux soins. En effet, ces deux termes peuvent facilement être confondus. Au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé, on entend par déterminants de la santé « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* » ²¹. De nombreuses classifications et typologies des déterminants de santé existent : nous retiendrons les travaux de Dahlgren et Whitehead ²². Depuis 1991, leur modélisation en arc-en-ciel,

19 Entretien 2, e7.

20 IZAMBERT, Caroline, Trente ans de régressions dans l'accès aux soins, *GISTI*, 2010, n°86.

21 Informations sur les déterminants de santé (OMS) : http://www.who.int/social_determinants/fr/

22 DAHREN, Goran, WHITEHEAD, Margaret, Policies and strategies to promote social equity in health, Institute of Future Studies, Stockholm, 1991.

retenant quatre catégories de déterminants (facteurs liés au sexe et à l'âge, facteurs liés au style de vie personnel, réseaux sociaux et communautaires et conditions socio-économiques, culturelles et environnementales) est l'une des plus utilisées quand on traite de cette thématique.

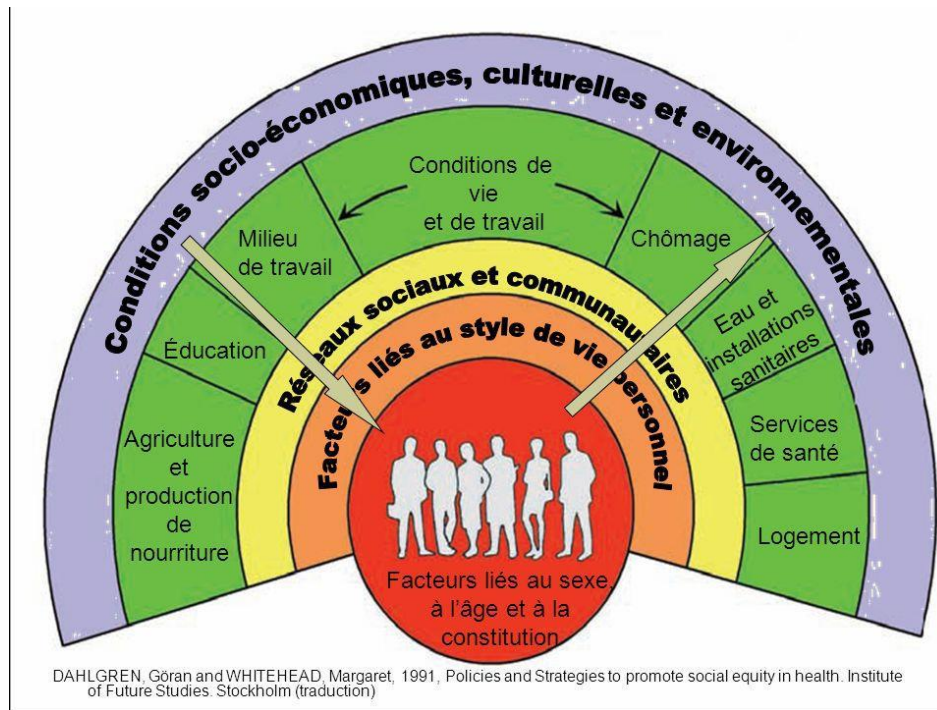


Image 2 : Les déterminants de santé. DAHLGREN, Goran, et WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies, Stockholm.

Une seconde typologie permet de classer les déterminants de la santé en différents facteurs : géographiques, génétiques, politiques, psycho culturels, démographiques, socio-économiques, ou encore relatifs au système de santé et de soins.

En ce sens, ils sont à distinguer des déterminants de l'accès aux soins ; qui peuvent parfois être confondus avec les premiers. Réfléchir sur l'accès aux soins et ses déterminants revient à traiter de la notion d'accessibilité : on se penchera en effet sur les contraintes qui peuvent peser dans la possibilité d'accéder aux soins. Ces dernières sont plurielles, et peuvent se regrouper en sept catégories : on trouve les déterminants fonctionnels (le fonctionnement du système de santé en tant que tel), politiques, administratifs et légaux, psychosociaux, financiers, culturels et géophysiques.

Les restrictions qui existent dans l'accès aux soins des étrangers à la couverture maladie peuvent être, de fait, interprétées de différentes manières. Ainsi, on peut imaginer qu'il s'agit de contraintes fonctionnelles : le système de santé dans sa complexité ne permettrait pas aux étrangers d'accéder facilement aux soins. On peut également suggérer qu'on fait face à des contraintes administratives et légales, qui ont vocation à être résorbées avec le temps (lorsque la situation migratoire se régularise ou lorsque le temps de présence requis sur le territoire français est dépassé).

Néanmoins, il semble compliqué d'étudier la contrainte administrative sans se pencher sur l'aspect politique de l'accès aux soins. Céline Gabarro l'explique bien à propos de la Couverture maladie universelle :

« Cette loi, qui se voulait universelle (visant à ce que toute personne résidant en France puisse accéder aux soins), laisse finalement les personnes en situation irrégulière à la porte du système. Elles continueront à dépendre de l'aide médicale alors réformée pour éviter l'inégalité de traitement sur le territoire et devient l'aide médicale d'État (AME) [...]. Au départ, aucune condition de durée de séjour ne s'applique à l'AME, tandis que pour bénéficier de la CMU, les étrangers en situation régulière doivent prouver qu'ils résident en France depuis plus de trois mois. Les étrangers en situation régulière ne justifiant pas de cette « stabilité de résidence » peuvent alors bénéficier de l'AME les trois premiers mois de leur séjour. Cependant en décembre 2003, le Parlement décide d'ajouter une condition de stabilité à l'octroi de l'AME. »²³

(GABARRO, Céline, CPAM : le soupçon érigé en pratique, *Plein droit*, 2012, volume 92, n°1, pages 16-19)

On voit donc bien, avec cet ajout de la condition de résidence pour bénéficier de l'AME, que la question de l'accès aux soins est éminemment politique. Dès lors, il est possible d'affirmer que les diverses restrictions permettant d'accéder aux soins induisent de fait une différence dans la protection maladie. Nous allons désormais voir que le système de soins français est pourtant conscient de ces différences, qu'il prend en compte grâce à des dispositifs spécifiques.

²³ GABARRO, Céline, CPAM : le soupçon érigé en pratique, *Plein droit*, 2012, volume 92, n°1, pages 16-19.

B. Un système de santé pour tous ou en contradiction avec le principe d'égal accès aux soins ?

Après avoir réfléchi aux différences qui pourraient être induites par les divers « statuts » de l'Assurance Maladie, il nous faut donc désormais se demander si ce système n'a pas pour conséquence d'entrer en contradiction avec le principe d'égal accès aux soins. Pour cela, nous détaillerons tout d'abord le système de santé actuel et ses trois composantes (1), avant de se demander quelle place occupent les PASS dans cette organisation (2), et enfin, si cela n'induit pas des contradictions structurelles (3).

1. Un système de santé en trois composantes

Pour s'intéresser à l'accès aux soins en France, il semble nécessaire de se pencher quelques instants sur l'organisation du système de santé. Le système de santé se définit en effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, comme « *l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé* »²⁴. Elle précise également que « *les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative* ». En France, ce dernier est composé, comme le détaille le site www.vie-publique.fr²⁵, de cinq strates : les offreurs de soins (c'est-à-dire les professions médicales et pharmaceutiques, les établissements de santé, les réseaux de santé pluridisciplinaires, les structures de prévention, etc.), les producteurs de biens et services en santé, comme l'industrie pharmaceutique, les institutions publiques (qui organisent, conseillent et contrôlent), les financeurs et les bénéficiaires.

On trouve donc des acteurs divers aux attentes et intérêts variés. Au sein de ce système, l'offre est, en France, divisée en trois grands types de dispositifs : ceux relatifs à la santé publique sont chargés des services gratuits de prévention et de dépistage pour l'ensemble de la population. On trouve par la suite les dispositifs de droit commun : ils correspondent aux médecins libéraux, aux centres de santé, ou aux centres hospitaliers publics ou de service public. Ils sont dans la grande majorité du temps payant et accessibles grâce à la protection maladie, malgré quelques cas de consultations médicales gratuites ou sans paiement préalable. Enfin, les dispositifs de soins gratuits sont prévus par le système de soins français actuel pour pallier, théoriquement, les périodes

24 Informations sur les systèmes de santé (OMS) : http://www.who.int/topics/health_systems/fr/

25 Informations sur le système de santé (Etat français) : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/professionnels-sante/qu-est-ce-qu-systeme-sante.html>

d'exclusion de droits des personnes démunies : on trouve par exemple dans cette catégorie les centres gérés par les associations (comme les CASO de Médecins du Monde). Néanmoins, comme le rappellent les associations comme le Comede dans son Guide pratique pour les professionnels²⁶, ou l'Ordre de Malte dans son bilan de l'accès aux soins²⁷, même si les associations peuvent distribuer des médicaments et effectuer des examens simples, « *l'accès aux consultations, actes et traitements spécialisés n'est effectif que dans les dispositifs de droit commun et à condition d'une dispense d'avance des frais (protection individuelle de base et complémentaire préalable) et à défaut dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de l'hôpital public, dont certaines génèrent toutefois des factures.* »²⁸ Les dispositifs gratuits ont donc essentiellement vocation à être fréquentés en second recours.

Après avoir étudié les problématiques liées à l'Assurance maladie et à l'accès aux droits dans la première partie, il est donc désormais important de voir comment quelles sont les réponses proposées par le système de santé tel qu'il existe, avec ses cinq acteurs et ses trois types de dispositifs, pour répondre à la problématique de l'accès aux soins, notamment pour les migrants.

2. Quelle place pour les PASS dans ces dispositifs ?

Dans ce cadre, il faut donc désormais s'intéresser au rôle des PASS, qui se situe à la frontière entre un dispositif de droit commun et de soins gratuits. Les PASS appartiennent en effet au système de santé « classique », tout en étant normalement gratuites et en ayant notamment comme objectif de pallier les carences de ce même système de droit commun. Il s'agit en effet de dispositifs qui, au regard de l'article L6112 du Code de la Santé Publique, correspondent à la contribution des établissements de santé à la lutte contre l'exclusion : ils s'engagent à exercer leurs missions « *dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité* »²⁹ ; et de proposer un accueil adapté « *notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale* ». Ils s'engagent également à assurer la permanence de l'accueil, et à permettre l'« *égal accès à des activités de prévention ou des soins de qualité* »³⁰.

Dans ce cadre, les PASS remplissent donc en partie la mission « sociale » de l'établissement de santé. Elles sont définies par l'article L6111-1-1 du même Code comme « *adaptées aux personnes*

26 COMITE POUR LA SANTÉ DES EXILES, Op-cit, page 21.

27 ORDRE DE MALTE, Op-cit, page 19.

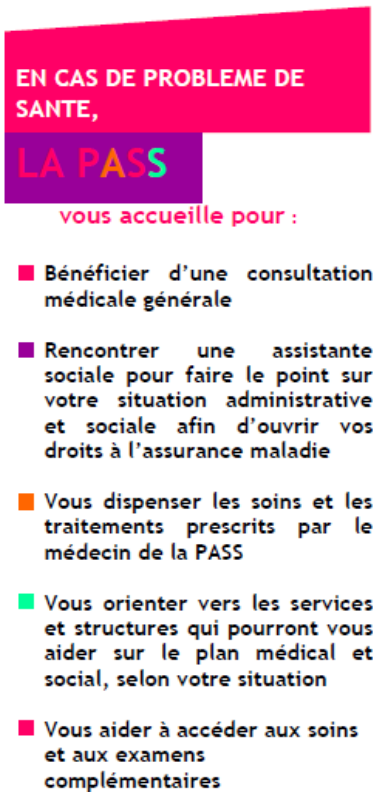
28 COMITE POUR LA SANTÉ DES EXILES, Op-cit, page 21.

29 Article L6112-1 du Code de la Santé Publique

30 Article L6112-2 du Code de la Santé Publique.

en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits »³¹.

Il s'agit donc, au-delà de l'aspect législatif relatif à la lutte contre les exclusions, de passerelles devant permettre d'accéder au système de santé et au droit commun. Ainsi, la PASS du CHU de Grenoble se présente avec les arguments suivants :



EN CAS DE PROBLEME DE SANTE,
LA PASS
vous accueille pour :

- Bénéficier d'une consultation médicale générale
- Rencontrer une assistante sociale pour faire le point sur votre situation administrative et sociale afin d'ouvrir vos droits à l'assurance maladie
- Vous dispenser les soins et les traitements prescrits par le médecin de la PASS
- Vous orienter vers les services et structures qui pourront vous aider sur le plan médical et social, selon votre situation
- Vous aider à accéder aux soins et aux examens complémentaires

Image 3 : Extrait de la plaquette de la PASS du CHU de Grenoble

Dans le même ordre d'idée, dans le document distribué par la PASS du Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble, on trouve la présentation suivante : « *En résumé, la PASS se veut être un lien entre l'intérieur et l'extérieur, une PASSerelle, permettant à tout un chacun d'accéder à ses droits, celui d'être accueilli, soigné, accompagné et reconnu.* »

En somme, on retrouve dans ces deux exemples les deux composantes qui font l'essence même des PASS : la participation à la lutte contre les exclusions au sein des établissements de santé, comme le montre notamment les termes utilisés par la PASS du CHU « *bénéficiaire d'une consultation médicale gratuite* », mais aussi et surtout l'objectif et la possibilité d'assurer une « passerelle »

31 Article L6111-1-1 du Code de la Santé Publique

comme l'indique la clinique du GHM, vers le droit commun et le système de santé classique. En cela, cela rejoint notre réflexion préalable sur les PASS, à mi-chemin entre un dispositif de droit commun et un autre, de soins gratuits. Uniques en leur genre, ayant notamment pour but de permettre la continuité des soins, elles peuvent pourtant être pensées comme la conséquence des exclusions et des difficultés d'accès aux soins évoquées plus haut : elles peuvent être considérées comme compensant les faiblesses d'un système de santé largement construit sur les dispositifs de droit commun et de santé publique, et dans lequel les dispositifs de soins gratuits doivent rester marginaux.

3. Un système en contradiction avec le principe d'égal accès aux soins pour tous ?

À ce stade – il faut le préciser – l'objectif n'est pas de remettre en cause l'existence des PASS, qui sont, comme nous venons de le voir, nécessaires car à la marge entre les dispositifs de droit commun et ceux relevant des soins gratuits. Il convient plutôt de les re-contextualiser par rapport aux grands principes présents et revendiqués en France. Plus concrètement, on s'intéresse avant tout aux PASS et au principe de l'égal accès aux soins pour tous.

En effet, les différents Codes de la Santé Publique et de l'Action Sociale et des Familles revendiquent tous deux l'importance de l'égal accès de tous aux droits, tout d'abord, et au système de santé. Ainsi, le Code de l'Action Sociale et des Familles évoque, dans son article L115-1, la lutte contre la pauvreté comme une garantie de « *l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance* »³². Il s'agit également de mettre en œuvre des politiques destinées à connaître, prévenir et supprimer les situations pouvant engendrer la pauvreté et les exclusions ; tout en garantissant à chacun l'information et l'accompagnement personnalisé.

Dans le même temps, le Code de la Santé Publique garantit, de son côté, dans ses articles L1110-1 et L1110-3³³ l'égal accès aux soins pour tous, et en particulier pour les personnes les plus démunies. Ce droit est également affirmé dans la « Charte de la Personne hospitalisée »³⁴.

Dans les faits, tout un chacun pourrait donc disposer de manière avérée de droits et d'un accès aux soins relativement aisé. Le système prévoit même des dispositifs spécifiques, comme les PASS, pour permettre aux personnes jusqu'alors exclues du système d'être, en quelque sorte,

32 Article L115-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

33 Article L1110-1 et L1110-3 du Code de la Santé Publique

34 Charte de la Personne hospitalisée : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

rattachées au droit commun. Par exemple, le site www.hopital.fr présente les PASS dans sa rubrique « l'accès aux soins des plus démunis » de la manière suivante : « *Il existe par ailleurs, dans la plupart des établissements hospitaliers, une permanence d'accès aux soins et à la santé (PASS). Son rôle est d'accueillir, orienter et soigner, toute personne présentant un problème de santé, en même temps qu'une absence ou une insuffisance de couverture sociale* ». ³⁵

Or, l'existence même de ces dispositifs, même si nécessaire, n'est-elle pas le reflet d'un système où l'égal accès de tous aux droits et aux soins n'est pas réellement garanti ? Nous semblons en effet nous trouver face à un système de santé qui a intégré le fait que certains seront de fait exclus des dispositifs de droit commun, et qui ressent donc la nécessité de mettre en place des permanences dédiées. Il est même possible d'aller plus loin. On peut en effet souligner que les personnes exclues d'un système « classique » ont toujours été présentes, comme en témoigne la vocation historique de prise en charge des pauvres et des exclus à l'hôpital que décrit Anne Nardin dans ses articles ³⁶. Le système de soins nécessite donc de manière quasi obligatoire une « *bouée de sauvetage* » pour permettre à chacun de se rattacher au système de soins. Néanmoins, les diverses restrictions rajoutées au fur et à mesure pour accéder à la couverture maladie semblent contredire cet objectif de rattachement au droit commun. En cela, on peut parler de contradiction avec les objectifs affichés d'égal accès aux droits et aux soins pour chacun sur le territoire français.

35 Informations sur le droit à l'accès aux soins pour tous à l'hôpital : <http://www.hopital.fr/Droits-demarches/Vos-droits/Les-droits-de-l-usager/Le-droit-a-l-acces-aux-soins-pour-tous>

36 NARDIN, Anne, op-cit, page 8.

C. Un accès à la protection sociale et au système de santé conduisant à des discriminations dans l'accès aux soins ?

Si des contradictions peuvent donc être pointées entre les principes érigés par la loi française et la situation réelle, mêlant à la fois restrictions dans l'accès aux droits et rôle « compensatoire » des PASS, il faut désormais se demander si cela peut aller jusqu'à être considéré comme discriminatoire dans l'accès aux soins des migrants. Pour cela, on repartira des critères déterminés par la loi pour caractériser une situation de discrimination, en vérifiant si cela peut s'appliquer à notre exemple (1). Par la suite, on se demandera si ces éventuels critères mènent à un traitement différencié (2), puis on envisagera plutôt la possibilité d'une discrimination qui soit plus structurelle (3).

1. Des discriminations concernant des caractéristiques précises ?

La loi établit dans le Code pénal vingt-trois critères discriminatoires, que nous avons déjà évoqués en introduction, et parmi lesquels on trouve l'origine, la vulnérabilité résultant d'une situation économique apparente ou connue de l'auteur, le patronyme, le lieu de résidence, l'état de santé ou encore la capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français. Ce sont donc autant de critères qui pourraient entrer en ligne de compte pour déterminer si on est bien face à une discrimination dans l'accès aux soins des migrants. Il faut donc, pour ce faire, les faire dialoguer avec les différentes conditions prévues par la loi pour l'accès à la protection sociale. Elles sont de trois ordres : la résidence habituelle en France (nécessaire pour la grande majorité des prestations sociales et de santé), l'ancienneté de présence en France (empêchant notamment l'accès à l'AME et donc à une couverture maladie pendant les trois premiers mois de présence en France), et la régularité du séjour des étrangers (marquant une distinction très nette entre les étrangers selon qu'ils soient ou non en situation régulière).

Au regard de ces critères, il semble clair que les conditions prévues pour accéder aux divers statuts de l'Assurance maladie s'appuient en partie sur des caractéristiques précises, et qu'on pourrait donc suggérer une discrimination. Par exemple, la résidence habituelle en France est largement liée au lieu de résidence, considéré par la loi comme un critère discriminant. Si les critères de discrimination ne sont pas clairement exprimés et présents parmi les trois conditions prévues par la loi pour l'accès aux droits, ils s'en rapprochent parfois sensiblement.

Même si la protection maladie est assurée dans la grande majorité des cas, les critères sur lesquels elle est accordée ou non rendent donc, malgré tout, son fonctionnement discriminatoire.

Pour confirmer ce caractère discriminatoire, il convient néanmoins de travailler désormais sur le troisième critère mis en avant par la loi française, à savoir, le domaine dans lequel elle s'applique.

2. ...qui mène à un traitement défavorable ou inégal ?

Pour cela, il s'agit tout d'abord de se demander si on se trouve face à un traitement inégal ou défavorable comparé à d'autres personnes. Dans notre cas, il s'agit donc en premier lieu de réfléchir sur le caractère inégal des diverses restrictions d'accès à la protection sociale et d'accès aux soins.

La notion de caractère inégal nous renvoie logiquement à celle des inégalités sociales de santé. L'article 1^{er} de la Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, repris en 1791 en introduction de la Constitution, déclare en effet que « *les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits* » puis que « *les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune* »³⁷. Néanmoins, il existe indéniablement des inégalités sociales de santé, entre catégories sociales ou entre territoires, pointées notamment par le Haut conseil de la Santé Publique. Il faut pourtant à ce stade préciser, comme l'a fait l'agence Santé Publique France³⁸, quelques considérations terminologiques : les inégalités sociales relèveraient de la justice sociale, et seraient en ce sens à différencier des inégalités de santé au sens strict, pouvant relever de facteurs génétiques ou physiologiques. La plupart des instances nationales et internationales parlent désormais d'iniquités de santé : la Banque de Données en Santé Publique, dans son glossaire, définit ce terme comme des « *différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais, de plus qui sont considérées comme inéquitables et injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique* »³⁹.

L'accès aux droits et donc l'accès aux soins en France renvoie-t-il donc à des différences inacceptables et potentiellement évitables entre les individus ? Il semblerait que le rôle des PASS comme « bouée de sauvetage » pour des personnes forcément exclues du système de soins car subissant des restrictions dans l'accès au système de droit commun, contribue à perpétuer des inégalités de santé qui auraient pu être évitables.

Le caractère évitable de ces inégalités passe en grande partie par les contraintes qui sont mises à l'accès aux soins, et qui peuvent être vues comme des contraintes fonctionnelles,

³⁷<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789.5076.html>

³⁸ Agence née en 2016 de la fusion de l'Institut National de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS), et de l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS).

³⁹ Banque de données en Santé Publique (BDSP), Glossaire Européen en Santé Publique

administratives ou politiques. En ce sens, elles nous permettent de nous interroger sur le deuxième critère nécessaire pour convenir d'une discrimination avérée, à savoir un traitement défavorable fondé sur un des critères établis par la loi.

3. Entre discrimination dans un domaine spécifique et structure de la discrimination

En effet, le traitement discriminatoire se doit également d'intervenir dans un domaine spécifié par la loi. Par ce terme, on entend par exemple l'accès à l'emploi, l'accès au logement, l'éducation (conditions d'inscription, d'admission, d'évaluation) ou la fourniture de biens et services. Dans notre cas, il s'agit évidemment de la santé et du système de soins : nous n'évoquerons pas ici d'autres thématiques qui pourraient faire l'objet de traitement discriminatoire, même si les personnes que nous avons rencontrées ont, pour certaines, étendu la discussion à des thématiques plus larges. Ce fut par exemple le cas de la coordinatrice régionale des PASS qui considère, en parlant des politiques migratoires françaises et européennes qu'« *il faut en rire tellement c'est effarant, ce qu'on est en train de construire socialement* »⁴⁰.

Dès lors, cette construction sociale, justement, nous invite à parler d'une discrimination structurelle : les restrictions successives d'accès à la Sécurité sociale ont abouti à une catégorisation de la population, selon des critères (effectivité du séjour, temps de présence, régularité du territoire) qui ressemblent fortement à des critères discriminants. Ces mêmes critères doivent normalement être compensés par les PASS, passerelles d'accès vers le système de santé, mais cette logique-même serait le reflet d'une intériorisation de la discrimination dans l'accès aux soins des migrants.

En somme, comme le précise Hilème Kombila, il existe en France une « *différenciation légale fondée sur le statut juridique, plus ou moins régulier des migrants, par rapport à celui des ressortissants nationaux* »⁴¹. Selon elle, « *cette différenciation n'est pas juridiquement discriminatoire. Toutefois, elle engendre souvent et malheureusement pour les migrants un sentiment de discrimination, fondée selon eux sur leur origine ethnique* ».

À ce stade, il nous faut donc nous intéresser au travail d'Estelle Carde, spécialiste de la question d'éventuelles discriminations dans l'accès aux soins des étrangers. Elle a notamment travaillé dans un de ses articles⁴² sur la question de la loi et de l'illégitime. Sa réflexion basée sur

40 Entretien 5, e1.

41 KOMBILA, Hilème, Le respect des droits fondamentaux des migrants non ressortissants de l'Union européenne, *Informations sociales*, 2016, volume 3, n° 194, pages 28-36.

42 CARDE, Estelle, Les restrictions apportées au droit aux soins des étrangers sont-elles discriminatoires ? La loi et l'illégitime. *Santé Publique*, 2009, volume 21, n°3, pages 331-337.

les travaux de Danièle Lochak concernant la « *structure élémentaire de la discrimination* »⁴³. Elle se base ainsi sur un triptyque : le critère de la distinction, qui sera légitime ou non selon le domaine, le domaine de la distinction (illégitime lorsqu'elle touche aux droits fondamentaux inhérents aux droits humains) et la justification de l'adéquation avec le but poursuivi, qui correspond à pourquoi mettre en place une distinction. Au final, la réflexion d'Estelle Carde est découpée de la manière suivante : elle souhaite tout d'abord « *questionner la légitimité d'une différence de traitement* », pour ensuite « *évaluer l'adéquation au regard du but poursuivi* » qui pourraient possiblement justifier des différences de traitement, avant de conclure en réfléchissant aux constructions sociales qui sont inhérentes à ces restrictions possiblement discriminatoires.

L'article conclut en expliquant que s'il est difficile de se fonder sur les normes légales qui sont trop « *socialement situées* » pour qualifier de discriminatoire la loi qui définit les droits aux soins réservés aux étrangers, il est en revanche possible de se fonder sur la notion de racisme, justifiée par une « *appréhension différentialiste de l'humanité, qui nie à certains la dignité qui est perçue chez d'autres* »⁴⁴. Cette conclusion s'appliquerait selon elle pour le cas de l'accès aux soins des migrants.

On peut également, afin de conclure cette première partie, et de revenir sur notre première hypothèse, évoquer les approches basées sur les droits de l'homme au sens de l'OMS. Une telle approche est définie comme fournissant « *des stratégies et des solutions pour affronter et rectifier les inégalités, les pratiques discriminatoires et les rapports de force injustes, qui sont souvent au cœur de l'inégalité des résultats sanitaires.* »⁴⁵ Dans ce cadre, les PASS peuvent correspondre à cette « stratégie » permettant de rectifier les inégalités et pratiques discriminatoires, qui seraient donc présentes dans le système de santé et d'accès aux soins, via une différenciation légale qui n'est pas légalement discriminatoire mais pourrait être perçue comme telle par les personnes concernées. Reste désormais à savoir, et cela fera l'objet d'une seconde hypothèse et donc d'une seconde partie, si les PASS, au-delà de leur rôle « compensatoire » dans l'accès à l'Assurance maladie, perpétuent également, ou au contraire, atténuent ce caractère discriminatoire.

43 LOCHAK, Danièle, Réflexions sur la notion de discrimination, *Droit Social*, 1987, n°11, pages 778-790.

44 CARDE, Estelle Op-cit, page 34.

45 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>

Deuxième partie – Vers une redéfinition du rôle des PASS

Nous venons de mettre en avant des discriminations existant à l'égard des migrants dans l'accès aux soins, induites par les catégorisations des usagers pour accéder à la protection maladie, mais qui devraient être logiquement compensées par les PASS, censées pallier les lacunes du système de santé. Afin d'approfondir la réflexion, il faut donc désormais réfléchir sur les PASS en tant que tel, en se demandant si leur existence même et leur ancrage dans un paysage sanitaire et social local créent, ou du moins perpétuent également, des discriminations dans l'accès aux soins des migrants. Pour cela, on étudiera tout d'abord la place des PASS, entre leurs spécificités locales et leurs objectifs (A), avant de se pencher sur leurs publics (B), puis de se demander dans quelle mesure la redéfinition du rôle des PASS qui a été mise en œuvre peut être discriminante ou du moins stigmatisante (C).

A. Replacer les PASS dans leur environnement : entre contexte local et objectifs spécifiques

Afin de réfléchir aux rôles et places des PASS dans le contexte local, il nous faut donc tout d'abord se pencher sur les différentes modalités d'organisation que nous avons rencontré lors de notre enquête (1), puis aux difficultés qu'elles peuvent affronter (2), et enfin, à l'importance, du moins théoriquement, des obligations partenariales (3).

1. Des organisations variables pour mener à bien les missions des PASS

Les PASS ont deux missions à remplir, celle de dispenser des soins aux personnes qui en besoin et qui n'ont pas d'autre alternative, mais également celle de renvoyer ces personnes vers le droit commun. Elles sont normalement présentes dans chaque hôpital ayant un service d'urgence, et sont financées par des MIG (Missions d'Intérêt général) évaluées en fonction d'un seuil minimal d'activité annuelle. La grille est ainsi précisée dans la circulaire de 2013 relative à l'organisation des

PASS et publiée par la DGOS. Comme le précise la circulaire, « *ces chiffres concernent le nombre de patients vus sans considération plus précise de la prise en charge dont ils ont bénéficié* »⁴⁶.

Les prises en charges sont en effet parfois variables d'une PASS à l'autre, et cela est en partie dû à des contextes locaux et à des historiques différents. Même si, comme nous le verrons, les PASS sont depuis quelques années en pleine harmonisation, elles ont chacune été créées pour répondre à des besoins spécifiques sur un territoire donné. Parmi les divers acteurs que nous avons rencontrés, certains ont ainsi largement insisté sur certains événements spécifiques qui avaient donné lieu à la naissance de leur PASS puis à son fonctionnement actuel. Par exemple, la PASS du Centre Hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc, dans le centre-ville lyonnais, fonctionne sur un modèle en trois temps : une PASS fixe, une équipe mobile, et un service de relève des situations possiblement problématiques au sein des urgences. Lorsque nous avons demandé à quoi tenait cette spécificité, on nous a expliqué que « *ça tient historiquement à la première équipe et à l'orientation que Saint-Jo a fait quand il y a eu la possibilité d'ouvrir une PASS fixe, mais de ne pas se limiter à une PASS fixe, et de garder, du coup, trois modes d'activité* »⁴⁷. Le constat est identique lors de notre discussion avec la PASS du Centre Hospitalier Alpes Isère : les équipes de psychiatrie du département de l'Isère se sont vu proposer en 2010 « *une enveloppe PASS en psychiatrie, qui serait un petit peu le pendant de ce qui existe en MCO, Médecine Chirurgie Obstétrique* »⁴⁸, alors qu'une équipe mobile de liaison psychiatrie précarité (EMPP) existait depuis le début des années 2000 (officialisé en 2005). Il s'agit donc d'un autre exemple de PASS qui se soit construite sur les traces de ce qui existait déjà.

On retrouve ces disparités, notamment concernant le personnel, dans le tableau suivant, qui n'a pas vocation à être exhaustif mais permet d'illustrer notre propos :

Tableau 1 : Comparatif des différentes PASS étudiées

On retrouve également ces différences à une échelle plus large. En 2007-2008, Médecins du Monde dressait un état des lieux des PASS dans 23 villes où l'association était présente : il en résultait notamment qu'il « *existe une grande diversité de moyens et de modes d'organisation ; certaines PASS ont des locaux et du personnel dédiés, une majorité sont rattachées à un service existant. D'autres ont des ressources humaines et matérielles largement insuffisantes* »⁴⁹.

46 Circulaire DGOS de 2013, III/ Moyens et ressources de la PASS

47 Entretien 6, e24.

48 Entretien 8, e1.

49 MÉDECINS DU MONDE, *État des lieux des permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent*, Rapport de la mission France, 2010

Ces conclusions semblent donc être en adéquation avec le constat que nous avons pu dresser dans les six PASS étudiées. Il faut donc désormais se pencher, dans la continuité des travaux de

	Grenoble			Lyon		
	Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes	Centre Hospitalier Alpes Isère	Groupe Hospitalier Mutualiste	Hospices de Lyon	Civils Centre Hospitalier Saint Joseph Saint Luc	Centre Hospitalier Le Vinatier
Ancienneté	2006	2014	2009	2000	2001	2010
Personnel	1 temps plein médical (deux médecins à mi-temps) 1 temps plein d'assistante sociale 1 temps plein d'infirmier	1 temps plein d'Assistante sociale 1,6 temps plein d'infirmier 1,3 temps plein de psychologue 1 médecin	2,5 temps pleins d'assistantes sociales réparties sur tous les services mais un référent PASS	3,25 temps plein d'assistante sociale 1,2 temps plein d'agent d'accueil 1 temps plein d'infirmier 11 demi-journées de consultations médicales + 0,5 temps plein d'interne en médecine	2 temps plein d'assistante sociales 2 temps pleins d'infirmiers 0,7 temps plein de médecin 0,5 temps plein de secrétaire	1,1 temps plein de médecin (0,6 psychiatre et 0,5 généraliste) 0,1 temps plein de cadre de santé 0,3 temps plein d'infirmier 1 temps plein d'Assistante sociale 0,5 temps plein de psychologue 0,2 temps plein de secrétaire
Locaux dédiés	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui

Médecins du Monde, sur les difficultés rencontrées par ces permanences.

2. ...qui ont dû et doivent faire face à des difficultés récurrentes et plus ou moins spécifiques

Médecins du Monde, comme de nombreux organismes, se sont intéressés aux dysfonctionnements présents dans les PASS. Par exemple, le Guide pratique pour les professionnels du Comede liste, entre autres, les difficultés suivantes : absence pure et simple de la PASS, absence de signalétique et méconnaissance du dispositif, etc. De la même manière, la synthèse des constats de MDM lors de l'étude de 2008 évoquée plus haut n'était pas tendre avec les PASS, listant de nombreux soucis récurrents parmi les hôpitaux étudiés. On trouvait par exemple la difficulté à situer la PASS au sein de l'hôpital, les horaires parfois peu adaptés, le manque de personnel dédié, de moyens alloués à la formation des personnels hospitaliers, etc. il est conclu dans ce même rapport que :

« Les PASS tiennent bien souvent à la volonté politique de la direction de l'hôpital. La prise en charge des publics en situation de précarité n'est pas toujours une préoccupation majeure au vu des enjeux de gestion des établissements et sont parfois perçues comme un instrument de recouvrement financier. Ceci étant, les PASS n'ont pas toujours les moyens nécessaires humains et matériels pour jouer leur rôle d'accueil des personnes les plus démunies. »⁵⁰

(MÉDECINS DU MONDE, État des lieux des permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent, Rapport de la mission France, 2010)

On aborde là, avec la question de la volonté politique de la direction de l'hôpital un point essentiel. Comme l'expliquait bien l'une des personnes que nous avons rencontrées : *« il y a énormément de distinctions entre les PASS [...] parce que le territoire n'est pas la même, parce que l'orientation souhaitée par les directions d'hôpital ne sont pas forcément les mêmes... donc du coup, voilà, même au sein des PASS, vous allez trouver des différences dans les façons de procéder »⁵¹.*

Ces différences tendent pourtant à se résorber. En effet, afin de réduire ces différences de fonctionnement, certaines ARS, et notamment dans l'ancienne région Rhône-Alpes, ont décidé de mener une politique de convergence. Pour cela, un poste spécifique a été créé en 2012, avec pour objectif de faire le lien entre l'ARS et les PASS, d'accompagner les acteurs de terrain au quotidien, mais également d'harmoniser les pratiques, au regard, notamment, de la circulaire de la DGOS, proposant un référentiel d'organisation pour une PASS. L'objectif de l'époque consistait à ce que *« les prestations assurées dans les permanences soient aujourd'hui harmonisées pour proposer un accompagnement efficace dans tous les hôpitaux où elles existent »⁵².* Cette harmonisation est néanmoins progressive : elle s'inscrit sans doute dans une certaine forme d'incrémentalisme, au sens de Lindblom⁵³ en 1979 : il considère en effet que le changement, en termes de politiques publiques, se fera toujours à la marge, pas à pas ; et ce que ce qui détermine le présent et donc l'avenir, c'est la situation passée, qui ne sera modifiée qu'à la marge. Dans notre cas, on est donc dans une situation identique : la convergence et l'harmonisation aura lieu, certes, mais en s'appuyant sur les contextes dédiés et les historiques réciproques d'organisation de chaque PASS.

50 MÉDECINS DU MONDE, op-cit, page 38.

51 Entretien 8, e10.

52 Circulaire DGOS de 2013, III/ Moyens et ressources de la PASS

53 LINDBLOM, Charles, Still Muddling, Not yet through, *Public Administration Review*, 1979, Volume 39, n°6, pages 517–526.

3. Un objectif commun de retour au droit commun impulsé notamment par des obligations partenariales

Harmoniser les pratiques s'accompagne également d'un second objectif mis en avant par la circulaire de la DGOS du 18 juin 2013 : développer des partenariats internes et externes. Il s'agit en effet de garantir la lisibilité du dispositif, et donc résoudre l'un des dysfonctionnements évoqués plus hauts.

À ce stade, il est donc intéressant d'étudier comment, à notre échelle, se mettent en place ces partenariats, essentiels pour mener à bien l'objectif de retour au droit commun. Les relations établies par une PASS peuvent en effet être de plusieurs types : en interne, avec les autres services des Centres hospitaliers concernés ; mais surtout en externe, avec notamment les CPAM, les autres PASS et les partenaires extérieurs. Les PASS se sont tout d'abord rencontrées et regroupées entre elles, au sein d'une association régionale, l'Association des Professionnels des Permanences d'Accès aux Soins de Santé Rhône-Alpes (Appassra). Les professionnels ont en effet pour but d'échanger autour de leurs pratiques, d'organiser des échanges d'informations internes et vers l'extérieur, de faire connaître leurs problématiques de terrain, et de manière plus générale « *d'aider à développer toute action allant dans le sens d'une amélioration de la santé des personnes en situation de grande précarité sociale* ». ⁵⁴

Dans le même temps, des partenariats externes existent également, notamment dans les cas de Lyon et de Grenoble. Il convient pourtant de faire une distinction nette entre partenaires qu'on pourrait considérer comme des « pairs » comme Médecins du Monde et ses CASO, et partenaires plus institutionnels, comme les différentes associations en charge de la précarité qu'on retrouve notamment, pour Grenoble, dans le guide « SOS Galère » ⁵⁵. On trouvera ainsi des associations œuvrant pour l'hébergement, pour l'ouverture de droits, ou fournissant des services basiques (se nourrir, se laver, un accueil écoute), mais également, une catégorie « Santé » qui comprend les PASS de l'agglomération ainsi que les services de santé publique et Médecins du Monde ; et une catégorie « Étrangers » qui liste essentiellement des associations travaillant pour l'accueil et l'intégration des migrants sur le territoire.

Enfin, il semble essentiel d'évoquer à ce stade la convention existant entre les PASS et les CPAM, signée en décembre 2012 par la coordinatrice régionale pour les différents départements de la région Rhône-Alpes, puis étendue nationalement. Elle l'explique bien : l'objectif était de

⁵⁴ Extrait des statuts de l'Association APPASSRA.

⁵⁵ Nous avons travaillé sur la version 2015-2016.

« permettre à ce que les assistantes sociales des PASS aient des liens privilégiés, avec une adresse mail dédiée, et des délais... »⁵⁶.

Il est donc intéressant de remarquer que les PASS ont été initialement pensées pour accueillir un public large, ayant besoin de soins et étant exclu de manière plus ou moins durable du système de santé. Elles sont donc prévues et organisées en fonction, tout en ayant des disparités spécifiques à leurs contextes locaux, et en connaissant des difficultés qu'une coordination régionale tendrait à résorber. L'objectif initial reste pourtant avant tout de toucher un large public, comme le montre la recherche accrue de partenariat interne et externe, mais qui ne semble pourtant pas s'illustrer par le public effectivement reçu ces dernières années dans les PASS.

Dans le même temps, l'exemple de la convention avec les CPAM, évoquée dans de nombreux entretiens comme un avantage et une avancée pour le fonctionnement des PASS, nous permet de poser une question : les personnes prises en charge viennent-elles réellement d'horizons si différents, ou sont-elles en majorité des migrants en attente de droits sur le territoire ? C'est cet aspect que nous allons aborder dans une seconde partie.

56 Entretien 5, e19.

B. Quel rôle pour les PASS par rapport à un certain public ?

Après s'être intéressés à la création des PASS comme dispositif, et donc à leurs modalités d'organisation, difficultés rencontrées et volontés d'ouverture, il convient désormais de réfléchir aux publics pour lesquels ces permanences sont pensées et dédiées : nous évoquerons tout d'abord l'évolution qui a eu lieu depuis la naissance du dispositif (1), avant de se pencher sur les éléments de contexte pouvant expliquer cette évolution (2), puis de se demander si on est désormais arrivés à une prise en charge de patients quasi-exclusivement migrants (3).

1. De l'approche globale de lutte contre les inégalités à un recentrage sur un certain public

En 1998, la loi de lutte contre les exclusions promouvait en effet, pour la première fois, une approche globale de lutte contre les inégalités. Ainsi, Geneviève Anthonioz de Gaulle expliquait bien, en avril 1997, ce besoin d'agir sur plusieurs aspects de la lutte contre les exclusions conjointement :

« Comment espérer garantir l'accès de tous aux droits de tous si on ne se demande pas en permanence ce qu'il advient du plus exclu ? La confiance de beaucoup de personnes en difficulté s'est altérée. Elles doutent de leur égale dignité d'être humains lorsqu'on les jette à la rue sans relogement, lorsqu'on leur prend leurs enfants sans leur avoir apporté le soutien suffisant pour les élever elles-mêmes, lorsque l'ouverture d'un droit se transforme en contrôle de la vie privée, lorsqu'on les enferme dans des emplois précaires qui ne leur permettent ni de vivre décemment, ni de faire des projets d'avenir. Nous avons besoin de regagner cette confiance. Pour cela, les plus démunis doivent être assurés que notre pays se remettra sans cesse en question tant que les droits fondamentaux ne seront pas effectifs pour tous »⁵⁷

(ANTHONIOZ DE GAULLE, Geneviève, Allocution au nom du Conseil Économique et Social, lors de l'ouverture du débat première lecture sur le projet de loi d'orientation relatif au renforcement de la cohésion sociale, 15 avril 1997)

⁵⁷ ANTHONIOZ DE GAULLE, Geneviève, Allocution au nom du Conseil Économique et Social, lors de l'ouverture du débat première lecture sur le projet de loi d'orientation relatif au renforcement de la cohésion sociale, 15 avril 1997.

De fait, cette loi affirmait, comme nous l'avons déjà évoqué, la complexité et la diversité des processus d'exclusion qu'elle entend combattre afin de lutter contre les exclusions. Les PASS avaient également été pensées de manière large, « *adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits* »⁵⁸. Il n'y avait donc pas de restriction dans les publics possibles des PASS.

Néanmoins, dans les faits, les publics reçus sont parfois largement restreints : chaque PASS, notamment parmi celles que nous avons rencontrées, peut faire des arbitrages et choisir d'accueillir tel ou tel public. Ainsi, par exemple, l'une des PASS lyonnaises prend en charge les patients « *s'ils n'ont pas d'assurance maladie* »⁵⁹ et nous explique « *que s'ils en ont une, a priori, c'est pas de notre ressort. Sauf exception, mais a priori non* »⁶⁰. Non loin de là, dans une autre PASS du Rhône, pourtant, le choix est légèrement différent. On nous l'explique ainsi : « *si on prend les missions de la PASS, clairement, dans les textes, ça va être l'absence de droits ou les droits partiels. Nous, on a rajouté le critère de précarité parce que n'est pas parce qu'on a des droits qu'on est en capacité d'aller vers le soin* »⁶¹. Enfin, une PASS grenobloise nous explique qu'elle est accessible à un large public : « *alors, on prend les gens qui sont en situation régulière sur le territoire, en attente de droits, jusqu'à ce qu'ils aient la complémentaire santé, on prend les Français aussi, parce qu'on n'est pas un service réservé qu'aux migrants* »⁶².

On se trouve donc devant des organisations variées et des conceptions différentes des publics qui doivent être accueillis par les PASS : précarité au sens large ou réduction aux seules personnes sans droits... les possibilités sont aussi nombreuses que le nombre de PASS. Néanmoins, comme l'explique bien l'une des personnes rencontrées, il existe pourtant un point commun : la part accrue de public migrant, qu'il soit en situation régulière (et notamment les demandeurs d'asile) ou non.

2. Une évolution marquée par l'actualité

« *L'afflux massif de réfugiés et de migrants qui s'est accéléré ces derniers mois réclame une réaction urgente, en réponse à leurs besoins sur le plan sanitaire* » : dans leur article « *Soigner les*

58 Article L711-7-1 du Code de la Santé Publique.

59 Entretien 4, e17.

60 Entretien 4, e17.

61 Entretien 6, e14.

62 Entretien 7, e3.

migrants dans les PASS », Claire Georges et ses co-auteurs⁶³, qui reprennent une déclaration de Zsuzsanna Jakab, directrice régionale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁶⁴, pointent du doigt l'un des phénomènes pouvant expliquer l'évolution du public des PASS.

Les années 2000 et surtout 2010 ont en effet été marquées par diverses « vagues » migratoires sur le territoire français et européen. C'est en tout cas le ressenti de certains médias et d'une partie de l'opinion publique, qui traitent ainsi régulièrement de la « crise » des migrants. Néanmoins, comme l'explique Jean-Luc Richard, dans son article faisant partie de l'ouvrage dirigé par Serge Paugam « Repenser la solidarité », « *l'immigration en France est phénomène dont l'ampleur actuelle est comparable à celle du début du vingtième siècle. Le pourcentage d'immigrés dans la population du pays atteignait déjà 7 % en 1926* ». ⁶⁵

Qu'on puisse donc parler de « vagues » migratoires ou non, les PASS sont donc devenues, semble-t-il, régulièrement, un lieu de premier recours pour les migrants, demandeurs d'asile ou non. C'est en tout cas le cas dans les villes que nous avons étudiées, Lyon et Grenoble. Un facteur est mis en avant par les acteurs de terrain pour expliquer cette augmentation : la régionalisation de la demande d'asile, effective en 2009, et qui a eu comme conséquence la fermeture des guichets des préfectures de Valence, Chambéry ou Annecy, seules les préfectures de Lyon et Grenoble restant habilitées, sur la région Rhône-Alpes, à recevoir les demandeurs d'asile et à les orienter dans leurs démarches administratives. Par exemple, à Grenoble, on nous explique que « *ça a beaucoup augmenté avec la régionalisation de la demande d'asile* ». ⁶⁶ De même, la coordinatrice de Médecins du Monde Grenoble que nous avons rencontré nous expliquait ainsi que « *tous les demandeurs se sont reportés soit sur Lyon soit sur Grenoble. Lyon connaissait déjà une saturation, on va dire, et il y a eu beaucoup de report sur Grenoble* » ⁶⁷. Elle met également un autre facteur expliquant l'arrivée massive de migrants, en nous disant qu'il y a eu, à l'époque « *des phénomènes de migration assez importants de personnes ressortissant de Macédoine, pour la simple et unique raison qu'en 2009 il y a eu une levée d'obligation de disposer d'un visa pour quitter la Macédoine et venir en France, et les gens ont massivement profité de cette, de ce changement administratif pour tenter leur chance eux aussi au titre de l'asile en France, et en particulier à Grenoble* ». ⁶⁸

63 GEORGES, Claire, GRASSINEAU, Dominique, ASTRE, Harold, GAILLARD, Julien, Soigner les migrants dans les PASS, 2017, *Laennec*, volume 65, n°1, page 25-37.

64 JAKAB, Zsuzsanna, Déclaration du 2 septembre 2015 : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2015/09/population-movement-is-a-challenge-for-refugees-and-migrants-as-well-as-for-the-receiving-population>

65 RICHARD, Jean-Luc, Immigration étrangère, familles, respect des lois : hospitalité et solidarité, dans PAUGAM, Serge (sous la dir.), *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France, pages 549-564 (Quadridge).

66 Entretien 7, e52.

67 Entretien 2, e1.

68 Entretien 2, e1.

À ce stade, il est important de s'éloigner quelque peu de notre sujet principal et de replacer ces commentaires dans un contexte plus global de restriction de la demande d'asile en Europe ces dernières années. Ainsi, Nicolas Fischer et Camille Hamidi ont travaillé en 2016 sur les politiques migratoires⁶⁹. Ils ont constaté, dans leur chapitre sur l'asile politique, que l'on fait face en Europe actuellement à deux tendances : la mise à distance de la prise en charge des réfugiés (c'est-à-dire la doctrine de « *l'asile sur place* » matérialisée notamment depuis les règlements de Dublin), et la multiplication des restrictions procédurales pour les demandeurs déjà présents en Europe. Il faut ajouter à cela la multiplicité de situations intermédiaires : personnes déboutées, personnes bénéficiant d'un statut de réfugié mais sans prise en charge matérielle concrète, etc.

Dès lors, il est intéressant de se rendre compte comment un phénomène d'actualité, quel qu'il soit, peut avoir une influence sur l'ensemble des politiques sociales mises en place dans un État. S'il semble logique que les PASS, initialement pensées pour lutter contre l'exclusion, aient pris une place importante dans l'accès aux soins des migrants dans le contexte actuel, il n'en est pas moins essentiel d'y apporter un ensemble d'explications concrètes. Il reste désormais à réfléchir sur la réalité de cette évolution et ses conséquences.

3. Un glissement vers un public presque 100 % migrant ?

Dans la grande majorité des PASS que nous avons rencontré, tout comme dans les CASO de Médecins du Monde, ce glissement de population est en effet indéniable. Ainsi, par exemple, une PASS grenobloise estime recevoir « 90 % d'étrangers »⁷⁰, pour son homologue lyonnais, c'était 93 % de patients de nationalité étrangère reçus en 2015⁷¹ ; et pour le Centre Hospitalier du Vinatier, on monte à 96 % (86 % de personnes de nationalité étrangère hors Union Européenne, et 10 % de personnes issues d'un État membre de l'UE).⁷² Sans que ces données aient vocation à démontrer une prépondérance de migrants dans les PASS, elles permettent d'avoir un aperçu assez clair du positionnement des PASS actuellement. Cette situation de fait s'illustre également par un exemple de type différent : les pages présentes sur les sites Internet gouvernementaux concernant l'immigration présentent, dans la rubrique « Accès aux soins », les PASS comme alternative à une couverture maladie complète de la manière suivante :

69 FISCHER, Nicolas et HAMIDI, Camille, *Les Politiques migratoires*, Paris, Repères, 2016, 128 pages (La Découverte).

70 Entretien 7, e2.

71 Rapport d'activité 2015 de la PASS des Hospices Civils de Lyon.

72 Rapport d'activité 2015 de la PASS du Centre Hospitalier Le Vinatier.

« En attendant de bénéficier de la protection sociale offerte aux demandeurs d'asile dans le cadre de la couverture maladie universelle (CMU), vous pouvez vous rendre dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) situées dans les hôpitaux. Vous serez pris en charge par des médecins et des médicaments vous seront délivrés gratuitement. »⁷³

(Extrait de la page internet sur l'accès aux soins des demandeurs d'asile éditée par le Ministère de l'Intérieur)

De même, dans son article sur le respect des droits fondamentaux des migrants non ressortissants de l'Union Européenne daté de 2016, Hilème Kombila explique pour la thématique santé qu'en France, en plus de la CMU et de l'AME (cette dernière étant considérée comme un « dispositif minimal ») *« les migrants peuvent se rendre dans les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) afin de bénéficier d'une prise en charge médicale, psychologique et sociale. »⁷⁴*

Le rapprochement est donc fait de manière effective, considérant ainsi les migrants comme les usagers quasiment prioritaires des PASS. Il est indéniablement lié aux événements de contexte expliqués plus haut, mais également à un phénomène que nous avons déjà évoqué : le rapprochement entre migration et précarité qui est effectué en matière de santé. Pour l'analyser, il faut évidemment prendre en compte les données chiffrées ressortant d'études institutionnelles, mais également, et ce sera l'objet de notre prochaine partie, l'importance de l'intériorisation d'un tel rapprochement dans l'organisation du système sanitaire français. Il faudra alors se demander s'il s'agit, en quelque sorte, d'une discrimination à l'égard des migrants, induite par les politiques d'accès à la protection maladie déjà évoquées dans la première partie de notre travail, ou si on fait face, avec cette prépondérance de patients migrants dans les PASS, à une forme additionnelle et différente de stigmatisation : il ne semble en effet pas souhaitable d'enfermer, en quelque sorte, une frange de la population dans un *« sous circuit de la précarité »*, selon les termes d'une des personnes que nous avons rencontrées.⁷⁵

73 Informations sur l'accès aux soins des demandeurs d'asile : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-droits-des-demandeurs-d-asile/L-acces-aux-soins>

74 KOMBILA, Hilème, op-cit, page 34.

75 Entretien 7, e21.

C. Une redéfinition du rôle des PASS qui tend vers de la « discrimination » ?

Pour mener à bien cette réflexion sur une possible discrimination dans l'accès aux soins des migrants liée aux évolutions prises par les PASS, il nous faut réfléchir en plusieurs étapes. Tout d'abord, il faudra repenser l'organisation partenariale qui est proposée, comme étant synonyme d'un désengagement de l'État (1), puis se demander si cette évolution peut être considérée comme stigmatisante (2). Finalement, on analysera les PASS en se demandant dans quelles mesures elles s'inscrivent à la fois dans une prise en charge dédiée aux étrangers et donc dans un « espace interstitiel » (3).

1. Une organisation partenariale synonyme d'un désengagement de l'Etat ?

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité, sans droits (car non ouverts ou restreints par les politiques mises en œuvre) est donc prévu à travers les PASS, censées pallier les lacunes du système de santé français. Elles sont elles-mêmes reliées aux PRAPS, les Programmes Régionaux d'Accès à la prévention et aux soins des plus démunis, prévus également par la loi du 29 juillet 1998. Cette loi annonçait à l'époque qu'« *il est établi, dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le représentant de l'État [...]* ». ⁷⁶ Comme l'explique le site du Conseil National des Luttres contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE), le PRAPS a donc pour objectif de s'attacher à « *définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels* ». ⁷⁷

Lorsque nous avons rencontré les référentes territoriales de l'ARS en Prévention et promotion de la santé ⁷⁸, elles nous ont donc logiquement exposé le rôle des PRAPS, parfois inclus dans les Plans Régionaux de Santé (PRS) comme moteur dans la prise en charge de la précarité en

⁷⁶ Loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, article 71, alinéa 1er.

⁷⁷ Informations sur les PRAPS et les ASV : <http://www.cnle.gouv.fr/Les-Programmes-regionaux-pour-l.html>

⁷⁸ Entretien 9, non retranscrit.

santé et dans le fonctionnement des PASS. Le précédent PRAPS de la région Rhône-Alpes⁷⁹ comprenait par exemple trois volets, centrés sur trois types de populations : les personnes sans domicile individuel, les habitants des quartiers « politique de la ville », et les migrants en difficulté d'accès à la prévention et aux soins, identifiés par le programme régional d'intégration des populations immigrées ». Il compte également cinq objectifs : améliorer l'accès aux soins et à la prévention dentaire (1), le fonctionnement des PASS (2), l'accès aux médicaments pour les populations fragilisées (3), l'accès à la prévention et aux soins pour les habitants des territoires politique de la ville (4), et enfin, l'articulation de la prise en charge des soins psychiques et du parcours social pour les publics très précaires et sans domicile individuel (5).

Les PASS s'inscrivent donc dans le cadre du PRAPS, mais l'action de l'État, par l'intermédiaire de l'ARS, ne s'arrête pas à cela. En effet, les associations et notamment Médecins du Monde ont tout leur rôle à jouer dans le champ de la précarité et de l'accès aux soins des migrants. De par des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés entre ces associations et l'ARS, ces dernières ont également une place prépondérante dans ce domaine. C'est particulièrement le cas de Médecins du Monde, qui s'inscrit, de plus, dans une posture de plaidoyer et de revendication vis-à-vis des pouvoirs publics : la coordinatrice grenobloise nous a ainsi expliqué que « *ici, localement, quand il y a des institutions qui fonctionnent sur des modèles un peu indépendants par rapport à leur institution nationale, on peut et on doit, du coup, porter des plaidoyers plus locaux* »⁸⁰. L'association met aussi en place, notamment sur Lyon et Grenoble, via ses CASO, des structures proches des PASS, tellement qu'elles ont « *un peu le sentiment, effectivement, reste à savoir dans quelles proportions, que les permanences de Médecins du Monde à Grenoble sont dans une mesure un peu en concurrence avec celles de la PASS* »⁸¹.

Dès lors, il est intéressant de réfléchir au rôle de l'Etat et de l'ARS dans l'articulation de la réponse à proposer concernant l'accès aux soins des plus démunis. Il semblerait en effet qu'on soit face à une hésitation des pouvoirs publics, qui balancent entre organiser un dispositif large et complet pour que les plus démunis, et notamment les migrants, puissent accéder aux soins ; ou au contraire, déléguer ce rôle à des associations spécialisées. On rejoint donc ici le constat fait par Robert Lafore en 2010 :

« Présentes dans le champ de l'aide sociale bien avant que l'État ne s'y engage, les associations y sont toujours majoritaires parmi les structures gestionnaires. Elles ont joué un rôle historique de médiateur en exprimant les besoins des populations qu'elles représentent et en élaborant des problématiques sociales. Cette fonction de médiation tend à être inexorablement supplantée par

79 AGENCE REGIONALE DE SANTE, Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis en Rhône-Alpes, 2012-2017. Disponible au format PDF : http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Supports_PRS_Telechargement/PRAPS.pdf

80 Entretien 2, e7.

81 Entretien 2, e13.

la place d'opérateur, en raison d'un management de plus en plus gestionnaire et centré sur les activités. »⁸²

(LAFORE, Robert, Le rôle des associations dans la mise en œuvre des politiques d'action sociale, Informations sociales, 2010, volume 162, n° 6, pages 64-71.)

En somme, on est devant l'illustration de l'hésitation de l'Etat à rester dans son rôle d'opérateur, via les PASS, et à travers elles, via tout l'historique social de l'hôpital ; ou à se déplacer vers un rôle d'animateur contractualisant avec des associations. Concernant une thématique aussi fondamentale que la santé et l'accès aux soins pour tous ; et aussi politiquement, ou socialement vives, il semble pourtant important de se demander si cette posture peut être dangereuse car discriminante pour les étrangers usagers de ces PASS.

2. Une évolution du dispositif pour autant stigmatisante ?

Les PASS sont donc au cœur de ce questionnement : il faut ici évoquer l'évolution de la file active déjà évoquée, et qui comprend désormais une très grande majorité de migrants dans une grande partie des PASS. C'est du moins dans les grandes agglomérations où la demande d'asile est encore possible. Dès lors, s'installe un sentiment étrange, que résume bien la coordinatrice régionale :

« Je pense qu'aujourd'hui, on est face à une réponse qui s'est construite alors qu'elle n'était pas prévue, les dispositifs PASS sont mobilisés pour un public pour lequel ils n'étaient pas prévus au départ, ou pas seulement, ou en tout cas pas seulement, et effectivement, dans les grandes villes, ça chasse le public traditionnel, donc on peut se poser la question de s'il ne va pas être encore plus en attente du dernier moment pour se faire soigner et arriver aux urgences »⁸³

(Entretien 5, e1)

Ce constat suscite, à ce stade de notre analyse, deux grandes réflexions, dialoguant entre elles : la première porte sur le non-recours aux soins, quand la seconde porte sur la pertinence du public présent dans les PASS actuellement et de l'organisation du système sanitaire. Ce dernier, et notamment les urgences, fait en effet face à ces deux grandes problématiques distinctes, si ce n'est opposées.

82 LAFORE, Robert, Le rôle des associations dans la mise en œuvre des politiques d'action sociale, *Informations sociales*, 2010, volume 162, n° 6, pages 64-71.

83 Entretien 5, e1.

Selon Philippe Warin, le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d’une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre⁸⁴. Se pose donc, suite à cette évolution des publics, la question du non-recours pour les personnes en situation de précarité, ou n’ayant pas de droits ouverts, qui auraient donc pu se rendre dans une PASS, mais qui s’y opposent, et qui, de plus, refusent également tout contact avec le système de santé jusqu’au dernier moment. Dans le même temps, l’évolution du public conduit, comme l’expliquent notamment Frédéric Pierru, Claire Georges et leurs co-auteurs dans leur article de 2013⁸⁵, à une « surcharge » et un « engorgement » des urgences. Ils considèrent, dans cet article, qu’il s’agit de problématiques quantitatives, certes (affluence car manque dans l’offre de la médecine de ville, ou mésusage des urgences qui sont utilisées pour de la « bobologie »), mais également qualitatives : le problème serait également « lié à l’inadaptation de la réponse (des soins urgents et vitaux) à la demande (des consultations et la prise en charge de situations médico-sociales complexes) ».

Dès lors, les PASS, qui proposent justement cette prise en charge de situations médico-sociales complexes, auraient sans doute, selon les auteurs, vocation à être généralisées. Elles sont pourtant aujourd’hui presque l’apanage des demandeurs d’asile et personnes en situation irrégulière sur le territoire. Il semble pourtant logique, au vu de la situation de ces derniers, notamment au regard de l’Assurance maladie, qu’ils aient accès au système de santé via les PASS. On rejoint, à ce stade, la réflexion formulée par la responsable de l’une des PASS que nous avons rencontrée : la crainte de la création, ou de la pérennisation, des migrants dans un « sous-circuit de la précarité »⁸⁶ : les PASS sont en effet nécessaires et souhaitables, mais risqueraient d’enfermer leur public dans cette filière, malgré l’objectif affiché par les statuts des PASS de retour vers le droit commun, le phénomène étant d’autant plus marqué dans un contexte de crise du système de santé et en particulier des urgences. Une question se pose désormais : il s’agit de se demander si cette spécificité, ou différenciation, est pour autant discriminante pour les migrants.

3. Les PASS, entre prise en charge dédiée aux étrangers et espace interstitiel

On rejoint ici les réflexions de Maud Gelly et Laure Pitti sur la médecine de classe : dans leur travail, daté de 2016, elles concluent à l’existence d’une médecine de classe, qui proposerait un

84 WARIN, Philippe, *Le non-recours : définition et typologies*, Odenore, 2010, Working paper n° 1.

85 GEORGES, Claire, PIERRU, Frédéric, TAPIE DE CELEYRAN Florence, MECHALI Denis, ROCHEFORT Jeanine, Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des Pass, *Les tribunes de la santé*, 2013, volume 2, n°39, pages 87-95.

86 Entretien 7, e21.

traitement différencié selon la classe sociale, le sexe et l'origine ; qui serait cause et conséquence du mouvement de désengagement de l'État, qui accroît lui-même les inégalités et inciterait à une médecine à deux vitesses. En somme, selon elles, « *l'organisation du système de soins et les pratiques des professionnels de santé contribuent au maintien, voire à l'aggravation des inégalités entre les groupes sociaux ou participent au contraire, plus marginalement, à les corriger* »⁸⁷.

Mais peut-on réellement parler de médecine de classe, et donc, de discrimination ? Les PASS, initialement prévues pour pallier les lacunes du système de santé français et favoriser la lutte contre l'exclusion, semblent être devenues des relais permettant aux migrants d'accéder aux soins, excluant ainsi, involontairement sans doute, mais de fait, les autres publics qu'elles auraient pu accueillir. Cette évolution pourrait favoriser une médecine « à deux vitesses » ou de classe, confinant une frange de la population présente sur le territoire à un accès aux soins via les PASS. Il semble donc nécessaire d'imaginer de nouveaux mécanismes, permettant d'améliorer l'accès aux soins des plus démunis sur deux volets : favoriser l'accès aux soins et l'insertion des migrants dans le droit commun, tout en re-légitimant leur prise en charge ; mais également imaginer diverses méthodes, passant par exemple par de l'aller-vers, pour ne pas cantonner les PASS à un public migrant, et pour atteindre l'ensemble des personnes en difficulté d'accès aux soins. En somme, il s'agit de souhaiter une adaptation du système de santé aux réalités des difficultés de certaines franges de la population, à l'image justement des PASS...

Dans la préface de l'ouvrage collectif *Soigner l'humain*, on trouve par exemple cette réflexion sur les PASS :

*« Au croisement du sanitaire et du social, de l'individuel et du collectif, sont aux prises avec des personnes intégrant tardivement le système de santé dans des conditions personnelles difficiles, doivent quotidiennement peser la capacité de mobilisation au sein de l'établissement de santé face à la fragilité du lien avec le patient, et s'interrogent régulièrement sur l'éthique de la prise en charge. Elles sont devenues de véritables laboratoires de la construction des parcours de santé. »*⁸⁸

(GEORGES, Claire (sous la dir.), *Soigner (l')humain. Manifeste pour un soin juste au juste coût*, Presses de l'EHESP, 2015, 332 pages)

En cela, la thématique de la discrimination, ou de la stigmatisation, semble inadaptée, ou du moins, surestimée. En effet, s'il est vrai que les PASS peuvent confiner un certain type de population, notamment migrante, dans une filière dédiée, éloignée du droit commun, on peut

87 GELLY, Maud et PITTI, Laure, Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins, *Agone*, 2016, volume 1, n° 58, pages 7-18.

88 GEORGES, Claire (sous la dir.), *Soigner (l')humain. Manifeste pour un soin juste au juste coût*, Presses de l'EHESP, 2015, 332 pages.

également penser, comme les auteurs de cet ouvrage, que cette filière correspond finalement à une organisation innovante et adaptée aux réalités actuelles : ils parlent ainsi d'espace interstitiel.

Dans sa thèse de Docteur en Médecine, Sophie Le Goff exprime bien ce sentiment, issu de ses entretiens avec des patients des PASS : elle explique que :

*« L'un des résultats inattendus au cours de l'analyse des entretiens a été la revendication du choix de la PASS comme lieu de soins. Très peu justifient leur fréquentation par le manque, indéniable, d'opportunités de lieux de soins. Bien au contraire, la PASS est désignée comme un lieu de soins de qualité, accueillant et protecteur. Ce sentiment de protection est ambigu puisque la PASS est à la fois perçue comme un lieu exempt de discriminations, mais cette conscience même d'un endroit qui expose moins que l'« extérieur » à la stigmatisation en fait un lieu hors de la norme, adapté aux « exclus ».*⁸⁹

(LE GOFF, Sophie, L'accès des patients précaires au parcours de soins de droit commun. Étude qualitative d'une population de consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Bobigny)

Les expertises et habitudes de travail pluridisciplinaires développées dans les PASS pourraient donc être étendues à d'autres sphères de l'hôpital public. Toutefois, cette proposition se heurtera-t-elle à la conception française contemporaine de l'hôpital ? Mastodonte du système de santé français, avec plus de la moitié des dépenses de santé qui lui sont consacrées, il aurait, selon François-Xavier Schweyer, *« les traits de toute bureaucratie publique, à la fois rigide (sur les principes et les aspects collectifs) et souple (à la marge), à la fois terre d'innovation (les capacités d'invention sont très élevées) mais dans l'incapacité de les diffuser (même quand la loi tente de généraliser une expérience locale réussie) »*.⁹⁰

Les PASS, de leur côté, semblent pourtant être moins en phase avec cette description : au contraire, elles correspondent plutôt à des terres d'innovation et d'invention, voire d'inventivité pour répondre aux besoins souvent variés de leurs patients. De plus, même si les organisations sont pour l'instant différentes selon chaque PASS et chaque contexte local, chaque jour tend davantage vers plus d'harmonisation et de partage des pratiques, que ce soit grâce au travail de coordination régionale, de restructuration du PRAPS, ou de partenariat et de mise en réseau à l'échelle locale et régionale.

⁸⁹ Sophie Le Goff, *L'accès des patients précaires au parcours de soins de droit commun. Étude qualitative d'une population de consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Bobigny*. Sous la codirection du docteur Jean-Pierre Geeraert et du docteur Philippe Grunberg, Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine (Diplôme d'État), Présentée et soutenue publiquement le 4 novembre 2014

⁹⁰ SCHWEYER, François-Xavier. Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences, dans PAUGAM, Serge, *Repenser la solidarité*. Presses Universitaires de France, 2011, pages 721-745.

En s'éloignant donc des caractéristiques inhérentes à leur maison mère – et à l'ensemble, selon Schweyer, de la bureaucratie publique – elles pourraient donc constituer une alternative crédible aux problématiques souvent décriées de l'offre de soins actuelle, en redonnant tout son rôle social à l'institution hospitalière. Au regard de ces conclusions, il semble donc désormais essentiel de s'intéresser aux personnes les faisant vivre, afin de déterminer désormais l'importance de leur rôle dans l'accès aux soins des migrants via les PASS.

Troisième partie – Des pratiques des acteurs et leur influence dans l'accès aux soins

Dans cette dernière partie, nous avons choisi d'étudier une troisième hypothèse qui pourrait avoir, selon nous, une incidence sur l'accès aux soins des migrants par les PASS. Il nous faut en effet nous intéresser aux pratiques des professionnels de santé et de l'action sociale exerçant dans ces structures, afin de faire émerger des « marges de manœuvre » éventuelles, ou au contraire, des discriminations dans l'accès aux soins. Pour cela, nous réfléchirons d'abord au sens qui est donné aux pratiques par les professionnels (A), puis aux possibles conséquences que ces représentations pourraient engendrer (B). Pour finir, nous analyserons l'influence de ces perceptions au prisme d'une réflexion plus globale sur la notion de discrimination positive (C).

A. Quel sens donné aux pratiques et perception de la PASS par les professionnels ?

Afin de réfléchir au sens qui peut être donné aux professionnels à leurs pratiques, et d'étudier par la suite les conséquences que cela pourrait engendrer, il semble pertinent de se pencher dans un premier temps sur les définitions données des objectifs des PASS (1). Par la suite, il faudra travailler concrètement sur la question du sens, entre aspects théoriques et illustrations concrètes (2), avant de faire le lien avec les hypothèses culturalistes (3).

1. Définir l'objectif de sa structure comme moyen de lui donner du sens

Pour étudier les pratiques des acteurs et le sens qu'ils donnent à ces dernières, la première étape est donc tout d'abord de s'intéresser aux objectifs des PASS tels que formulés par les acteurs. Il s'agit en effet d'un indicateur permettant de jauger de l'implication de nos enquêtés dans leur pratique professionnelle, de la vision qu'ils ont de cette dernière.

À ce stade, il convient toutefois de faire une pause de vigilance méthodologique, à deux égards. Tout d'abord, il ne faut pas oublier que, s'ils sont intéressants par leur diversité, les divers témoignages que nous avons récoltés n'ont absolument pas une visée exhaustive. Ils sont, de plus, le résultat d'une seule rencontre, où de nombreux sujets ont été abordés, et ils auraient donc plus

être plus complets. Ces récits sont toutefois intéressants dans notre travail, car ils permettent d'illustrer la variété des perceptions et des représentations existantes dans des dispositifs comme les PASS, eux-mêmes organisés selon des logiques différentes d'un territoire ou d'un Centre Hospitalier à l'autre. De plus, il nous faudra également appréhender les diverses affirmations des professionnels sans oublier que justement, chacun est professionnel dans son domaine, et que les perceptions et les schèmes de pensée, sont sans doute bien différents selon le cadre professionnel dans lequel il s'inscrit, ce phénomène étant de plus démultiplié lorsqu'il concerne des professions aussi socialement marquées que les médecins, psychologues ou autres infirmiers.

Ces précautions étant prises, il nous est désormais possible de nous pencher sur les définitions données par les différents acteurs des PASS que nous avons rencontrés de leurs objectifs.

Lorsque nous avons posé la question de l'objectif de la PASS, une réponse est revenue principalement, de manière quasi-systématique : celle de permettre le « retour » vers le droit commun. C'est ainsi ce que nous a exprimé l'une des professionnelles des PASS, qui considère que « *le droit commun, c'est 'on a une Sécu, un médecin, un médecin généraliste'* »⁹¹ ; une autre explique que « *l'idée, c'est vraiment de renvoyer les gens vers le droit commun* »⁹² ; et pour une dernière, l'objectif d'une PASS, transversale dans ce cas-là, est d'« *essayer de montrer que si on intervient, on peut recourir à des droits* »⁹³.

Mais au-delà de cette définition classique et largement partagée, on trouve néanmoins des nuances parmi les acteurs que nous avons rencontrés. Ainsi, une PASS, par exemple, mettait fortement en évidence, lors de notre entrevue, la notion de « lien », presque plus que celle de retour vers le droit commun évoquée plus haut : il nous a par exemple été expliqué que « *l'idée, c'est vraiment de créer du lien, de maintenir ce lien, pour qu'on puisse accompagner les gens vers le soin* »⁹⁴. Il semble donc que les professionnels des PASS aient une vision globale de la structure dans laquelle ils travaillent, et de ses spécificités : tout en mettant en avant l'objectif principal des PASS, revendiqué par les différents textes d'orientation et guides méthodologiques, ils revendiquent également, dans la grande majorité des cas, et de manière spontanée, l'aspect humain et relationnel qui est spécifique à ces permanences. On semble être face à une spécificité : celle de la fusion, au sein même de l'institution hospitalière, de la prise en charge strictement sanitaire et d'un accompagnement social conséquent, pourtant éloignée de la séparation stricte opérée entre sanitaire et médico-social depuis 1975⁹⁵. De fait, l'une des personnes que nous avons rencontrées synthétise bien cette position duale, et pourtant complémentaire, fruit de l'organisation actuelle du système de

91 Entretien 7, e21.

92 Entretien 8, e2.

93 Entretien 1, e1.

94 Entretien 6, e9.

95 Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

santé : elle explique que « *l'objectif de la PASS c'est de les accueillir et de leur orienter vers le soin, donc vers des droits* »⁹⁶. On retrouve ici les travaux de Jackie Platon et Corinne Lamouche : ils considèrent que « *ces lieux de soins que sont les PASS sont des espaces d'acceptation de l'autre dans ce qu'il a de différent. Le temps d'écoute de chaque professionnel, qu'il soit médecin, soignant ou socio-éducatif, est aussi un moment d'écoute privilégiée pour le patient* »⁹⁷

Cet espace d'acceptation de l'autre, permettant des temps d'écoute privilégiés, dépendra donc fortement du positionnement des professionnels, c'est-à-dire à leur posture et à leur perception de leur place au sein de ces dispositifs. C'est ce que nous nous proposons maintenant d'étudier.

2. Réfléchir au sens donné par les professionnels à leurs pratiques : de la théorie au terrain

Se pencher sur le « sens » des pratiques, sur le but même d'une profession et d'une carrière menée dans une PASS, est complexe. Pour cela, nous avons mobilisé réflexion théorique et enseignements de notre enquête de terrain. Ces deux aspects sont en effet étroitement liés et malgré tout complémentaires dans un espace « interstitiel » aussi spécifique et pluridisciplinaire que peut être une PASS.

Nous devons d'abord dresser un constat : dans des lieux de soins qui seraient capables d'accueillir différemment des personnes en grande précarité, selon Jackie Platon et Corinne Lamouche, « *il n'y a pas de segmentation de la prise en charge par pathologies spécifiques aux personnes en situation de précarité mais une prise en charge globale indispensable pour amorcer ou réamorcer une relation de confiance entre le médecin et le malade* »⁹⁸.

Dès lors, la spécificité de la prise en charge nécessitera un positionnement spécifique de la part des professionnels, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux et sociaux : étant donné la variété des situations qu'ils sont susceptibles de rencontrer, et les difficultés des patients, donner du sens à leurs pratiques semble en effet essentiel pour les professionnels que nous avons rencontrés.

Mais, sur le terrain, quelles sont les réponses données à la question du sens ? La plupart sont largement réfléchies et suggèrent un investissement de taille dans la pratique professionnelle. Lorsque nous avons posé la question, chaque personne nous a répondu presque instinctivement, signe de l'importance de la thématique. Un médecin référent, par exemple, s'attribuera volontiers

96 Entretien 3, e1.

97 PLATON, Jackie, LAMOUCHE, Corinne, La permanence d'accès aux soins de santé : une référence de prise en charge médico-sociale, dans BRECHAT, Pierre-Henri (sous la dir.), *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP, 2012 pages 335-340 (« Hors collection »).

98 PLATON, Jackie, LAMOUCHE, Corinne, op-cit, page 51.

un rôle « *un petit peu ingrat* »⁹⁹ qui correspond à « *vérifier que les choses ont été faites comme elles doivent* »¹⁰⁰ ; mais évoquera pourtant avec intérêt une formation suivie, avec l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier et des bénévoles de l'association ATD Quart Monde, sur les perceptions que peuvent avoir mutuellement soignants et patients de l'autre. La plupart des personnes rencontrées évoqueront également l'association des professionnels des PASS sur la région comme un lieu d'échange et de refuge, permettant de partager à propos des spécificités du travail dans une PASS.

Dans un registre légèrement différent, un second médecin référent évoquera, pour sa part, quand se pose la question du sens, son positionnement de médecin face à ses patients. Elle revendique en effet de « *faire de la médecine de qualité* », qui n'est pas de la « *sous-médecine* ». ¹⁰¹ Avec cette préoccupation, elle rejoint les travaux développés par Olivier Bouchaud et Olivier Cha dans leur article « Médecine générale et précarité ». Ils considèrent en effet que :

*« Exercer la médecine générale à l'hôpital public dans une PASS n'est pas ce qu'on peut appeler une spécialité au sens où on l'entend quand on parle d'une activité faisant usage d'une technologie de pointe mais cet exercice fait appel à des compétences et savoir-faire spécifiques : travail en équipe, bonnes connaissances multidisciplinaires, démarches diagnostiques poussées, prise en considération les dimensions sociales économiques culturelles et linguistiques, régulation économique des moyens médicaux »*¹⁰²

(BOUCHAUD, Olivier et CHA, Olivier, Médecine générale et précarité, dans BRECHAT, Pierre-Henri (sous la dir.), *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP, 2012, pages 117-134 (« Hors collection »))

On rejoint donc ici les ressentis qui nous ont été exprimés dans les PASS. Dans la même logique, Charlotte Garién et Gaëlle Aubry proposent un travail similaire sur les assistantes sociales travaillant dans les PASS, les considérant même comme des professionnelles de la santé publique¹⁰³.

La question du sens apparaît donc comme primordiale pour ces professionnels de santé : travailler dans une PASS est, dans la majorité des cas, un choix professionnel mûrement réfléchi,

99 Entretien 4, e14.

100 Entretien 4, e14.

101 Entretien 7, e12.

102 BOUCHAUD, Olivier et CHA, Olivier, Médecine générale et précarité, dans BRECHAT, Pierre-Henri (sous la dir.), *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP, 2012, pages 117-134 (« Hors collection »).

103 GARIEN, Charlotte, AUBRY, Gaëlle, Assistantes sociales à la polyclinique Baudelaire-PASS : des professionnelles de santé publique ?, dans BRECHAT, Pierre-Henri (sous la dir.) *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP, 2012, pages 235-244 (« Hors Collection »).

qui demande un investissement et une pratique spécifiques. En ce sens, on comprend bien que la question du sens des pratiques a toute sa place au quotidien.

C'est en tout cas ce que semble percevoir la coordinatrice régionale, qui se positionne, pour sa part, dans un rôle de soutien, justement afin de « *garder du sens dans la pratique, pour [les] soutenir à chaque fois qu'il y a un truc qui dérape* »¹⁰⁴. Nous réfléchissons par la suite aux conséquences d'une telle conception professionnelle.

3. De l'influence des théories culturalistes sur les représentations des professionnels

Mais à ce stade, une question se pose : ces réflexions sur les objectifs des PASS, et ces positionnements en tant que professionnel travaillant dans un contexte particulier, chargé de sens, s'appliquent-elles de manière différente selon le public reçu et les caractéristiques sociales ou d'origine des patients ?

Cette question, qui ne se pose d'ailleurs pas spécifiquement aux PASS, a été longuement travaillée par des auteurs comme Alexandra Nacu ou Myriam Hachimi. Elles ont par exemple évoqué dans leur article¹⁰⁵, la possibilité que les professionnels de santé, à l'hôpital, face à des personnes d'origine étrangères, auraient tendance à sortir de leur rôle pour mener à bien leur mission, quitte à sortir de leur posture « *médicale* » pour se mettre dans une posture éthique. Les divers témoignages que nous avons évoqués jusqu'alors semblent bien correspondre à cette analyse, même s'il faut désormais se demander si cela est dû au fait que le public soit migrant ou au fait qu'il se trouve dans une situation de précarité et de difficulté d'accès aux soins, et est donc accueilli dans le cadre d'une prise en charge. La plupart de ces facteurs sont toutefois, sans doute, étroitement liés.

Cette même auteure, Alexandra Nacu, a également travaillé sur la question de la posture des soignants face à des patients étrangers au prisme de la théorie culturaliste¹⁰⁶. Dans un article de 2010, elle réfléchit aux catégorisations, qu'elle définit comme un cadre cognitif mais également un dispositif pratique orientant l'action, et elle examine la manière dont s'articulent dans le contexte hospitalier les catégorisations ethniques et les pratiques médicales à l'égard de femmes migrantes. Elle en conclura que :

104 Entretien 5, e24.

105 HACHIMI ALAOUI, Myriam et NACU, Alexandra, Soigner les étrangers en situation irrégulière, *Hommes et migrations*, 2010, n°1284.

106 NACU Alexandra, À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes, *Sociologie du travail*, Centre de sociologie des organisations, CNRS-Sciences-Po, 2011, n°53, pages 109-130.

« Des catégorisations culturalistes œuvrent à la fois comme explication de l'inobservance, comme facteur permettant de reporter sur les patientes une partie des dysfonctionnements institutionnels, et comme moyen de renforcer l'autorité médicale dans un contexte où celle-ci se trouve remise en cause de multiples manières. »

Vu la prévalence du public migrant dans les PASS, il semblait donc intéressant de réfléchir aux postures et positionnements des professionnels au prisme de ces réflexions. Des entretiens que nous avons effectués, nous pouvons tirer deux constats : tout d'abord, la majorité des enquêtés revendiquent une totale égalité de traitement entre les patients, qu'ils soient « *français, orange, vert ou jaune* », selon l'expression d'une personne enquêtée.¹⁰⁷ Néanmoins, pour reprendre la classification et la réflexion de l'auteure, il semblerait que, logiquement, la catégorisation des usagers soit présente de manière dynamique, car dépendant du statut migratoire de la personne, de son accès aux droits, et de sa maîtrise de la langue française. De même, certaines catégorisations statiques, cognitives, s'opèrent également chez les professionnels des PASS, notamment quand ils évoquent les relations qui peuvent exister avec d'autres « types » d'usagers. On le retrouve par exemple chez cette même personne qui décrivait le traitement identique selon que la personne soit « orange, verte ou jaune » : juste après, elle expliquera pourtant que les patients ont « *le devoir d'être poli, de venir à l'heure, de ne pas insulter les gens* »¹⁰⁸. On retrouve donc dans ce cas des catégorisations culturalistes qui expliqueraient l'inobservance.

En somme, l'image que peut se faire un professionnel d'une PASS de son action peut donc être biaisée, même inconsciemment, par des catégorisations cognitives, qui seront donc logiquement confrontées à des représentations et un « sens donné » à leur pratique professionnelle. Cette interaction entre des catégorisations et une image construite du sens de l'action dans les PASS se retrouve notamment dans les différentes manières de définir l'objectif de la structure. Pour se rendre compte à quel point cela peut influencer sur l'accès aux soins des migrants, il faudra par la suite envisager les conséquences que ces facteurs peuvent avoir sur la prise en charge quotidienne des personnes fréquentant les PASS.

107 Entretien 7, e12.

108 Entretien 7, e12.

B. ...qui auraient des conséquences sur les pratiques professionnelles au sein des PASS : entre pragmatisme et idéaux

Ces postures professionnelles pourraient également, et c'est ce que nous allons nous demander maintenant, orienter le quotidien d'une PASS, en influant sur la prise en charge proposée (1), la volonté des acteurs de proposer des pratiques innovantes (2) et la volonté d'ouverture vers l'extérieur (3).

1. Une prise en charge variable qui dépend des postures des professionnels et des contextes

Tout d'abord, ces positionnements peuvent en effet influencer sur la prise en charge qui est proposée dans les PASS, et qui diffère de l'une à l'autre, comme nous l'avons déjà évoqué. Ainsi, se positionner dans une posture de lien et d'accompagnement influera logiquement sur la prise en charge sociale, et sur la volonté d'appréhender le patient de manière « globale », avec l'ensemble des problématiques sociales qu'il pourrait rencontrer pesant dans la balance. Par exemple, une assistante sociale nous l'explique : pour elle, l'accès à la couverture maladie, bien que problématique, n'est pas la difficulté majeure. Elle considère par exemple que « *c'est que si on ne s'intéresse pas à la personne en tant que personne, et non pas en tant que numéro de soins, on fait pas le même boulot* »¹⁰⁹. Au contraire, ce qui compte, c'est bien d'aider dans la mesure du possible les personnes visitant sa PASS à trouver un hébergement, la problématique majeure sur la région lyonnaise – et ailleurs – mais aussi des cours de français, ou un emploi. Cet investissement maximal s'est d'ailleurs ressenti tout au long de l'entretien que nous avons eu avec elle : ce dernier s'est même conclu par une présentation de l'ensemble des cadeaux et mots qui avaient été laissés par les différents patients. L'assistante sociale, très fière de son travail, passionnée, semble-t-il, par son métier, semblait pourtant fatiguée par son investissement continu et souvent difficile et frustrant. Elle nous expliquait par exemple que « *ça fait beaucoup d'énergie et j'y arrive plus* » ou que « *quand on peut pas, on peut pas, y a des choses qu'on peut pas faire, l'hébergement on peut pas l'inventer* »¹¹⁰.

109 Entretien 3, e14.

110 Entretien 3, e41.

Mais un investissement total tel qu'il nous a été permis d'avoir un aperçu n'est pas monnaie courante, ou du moins, ne se présente pas sous la même forme selon les établissements. Pour expliquer cela, deux grands facteurs entrent en jeu : la profession et le « corps » auquel appartient la personne, mais aussi le contexte propre de l'établissement.

Il nous faut donc travailler sur les caractéristiques des groupes professionnels. Selon François Aballéa, ces derniers sont caractérisés par trois dimensions : un objet, une pratique et une expertise, et enfin des références déontologiques¹¹¹. Dans ce cadre, il semble logique que les diverses professions coexistant dans les PASS aient des perceptions et des pratiques diverses en référence justement à leur groupe professionnel. De même, la position de management influencerait sur les prises en charges proposées par les structures. Par exemple, un médecin référent que nous avons rencontré expliquait son rôle « ingrat » consistant à « tenir les cordons de la bourse »¹¹² et à s'adapter aux logiques de contrainte financière des hôpitaux : elle développait ainsi l'évolution prévue au sein de sa PASS de la manière suivante :

« Alors, du fait que les assistantes sociales sont débordées, on est en train de restreindre leur champ d'action. Elles vont s'occuper des patients qui ont des suites de soins, c'est-à-dire une pathologie qui nécessite un plateau technique. Pour les gens qui ont juste une grippe, du coup, ils ne verront pas l'assistante sociale et ils iront faire leur ouverture de droit à la CPAM directement. On est en train d'évoluer vers ça parce qu'on n'y arrive plus, sinon. »¹¹³

Dès lors, on voit bien que les pratiques mises en place dans les PASS sont la conséquence de représentations, et de catégorisations professionnelles, contextuelles ou hiérarchiques. De fait, il semblerait que les PASS et leurs professionnels, notamment lors de la prise en charge des migrants dans leur « globalité » (problématiques sociales et sanitaires), soient continuellement forcées d'exercer un jeu d'équilibriste entre création de lien (« faire du social ») et l'objectif initial de ces dispositifs, à savoir permettre à ces patients d'accéder aux soins et de trouver la voie du droit commun.

2. Un équilibre précaire entre adaptation aux besoins de chacun et risque d'« enfermement » dans une filière dédiée

Les professionnels des PASS doivent en effet faire face à un dilemme, ou du moins, une hésitation entre deux orientations : la prise en charge large et multidisciplinaire proposée incite en

111 ABALLEA, François, Sur la notion de professionnalité, *Recherche sociale*, 1992, n° 124, pages 39-49.

112 Entretien 4, e14.

113 Entretien 4, e25.

effet à imaginer des procédures et des accompagnements souvent inventifs et imprévus. Ces derniers sont aussi nombreux qu'il n'existe de PASS, de situations et de professionnels les imaginant et les mettant en œuvre. Par exemple, la PASS du CHU de Grenoble a mis en place un « catalogue » des médicaments, l'infirmière référente ayant un passé de photographe, « *pour les gens qui ne savent pas lire* » afin « *de voir l'opercule, la gélule* »¹¹⁴. Au Centre Hospitalier Alpes Isère, il existe une convention entre hôpital et pharmacies de ville, pour pouvoir délivrer des médicaments gratuitement, sur ordonnance médicale¹¹⁵. Enfin, un troisième exemple pourrait être celui du Groupe Hospitalier Mutualiste, qui, en tant que PASS transversale, a par exemple mis en place une fiche de liaison entre le service social et les autres services de l'hôpital, et qui travaille également avec le Centre dentaire pour proposer une prise en charge adaptée pour ces pathologies.

Dans l'ouvrage « Soigner l'humain », les auteurs résument ainsi cette recherche de solutions alternatives : ils expliquent qu'en « *devant faire face au quotidien à l'injonction de soigner les patients au mieux avec un budget limité, les professionnels des PASS ont ainsi développé des organisations innovantes et adaptées aux réalités actuelles* »¹¹⁶ et ils se réfèrent également aux théories de la recherche action. Ce terme est défini, selon Michèle Catroux, qui travaille sur la thématique de l'éducation et de l'enseignement, mais qui propose pourtant une définition générale de la recherche action, comme contribuant à :

*« Faciliter l'identification d'un problème ou l'émergence d'une question saillante et la résolution de ceux-ci par la mise en place de stratégies visant à l'amélioration d'une situation insatisfaisante pour chacun des participants. Elle permet au praticien d'apprendre à identifier ses besoins tout en restant en contact avec son terrain d'action et d'établir une démarche pour atteindre des objectifs de changement. »*¹¹⁷

(CATROUX, Michèle, Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique, *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité*, 2002, Volume. XXI n° 3, pages 8-20.)

Les acteurs des PASS semblent donc s'inscrire dans cette logique, même si, comme le précise bien l'un des enquêtés, ils sont continuellement tiraillés par le souhait de « *faire de la médecine de qualité* »¹¹⁸ et de renvoyer les patients vers le droit commun. De fait, l'objectif est bien de « *trouver des solutions concrètes aux problématiques des gens, tout en essayant de ne pas les enfermer dans*

114 Entretien 7, e42.

115 Entretien 8, e7.

116 GEORGES, Claire (sous la dir.), Soigner (l')humain. Manifeste pour un soin juste au juste coût, Op-cit page 53.

117 CATROUX, Michèle, Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique, *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité*, 2002, Volume. XXI n° 3, pages 8-20.

118 Entretien 7, e12.

un circuit »¹¹⁹. C'est cette dualité qui est en jeu et qui transforme les PASS en « laboratoires » comme aiment à les définir ainsi nos enquêtés, et leurs professionnels en véritables équilibristes. En somme, on rejoint la distinction que propose Isabelle Parizot entre univers symbolique médical et humaniste. Elle le définit de la manière suivante :

*« L'univers symbolique médical construit l'action envers les malades démunis en tant que prise en charge thérapeutique de personnes malades, fondée sur l'éthique médicale et le principe d'égalité devant la médecine. L'univers symbolique humaniste n'est bien sûr pas étranger à ces valeurs. Mais l'action qui s'y développe renvoie plutôt à une relation interindividuelle de soutien, apporté au nom d'une haute conception de l'humanité. »*¹²⁰

(PARIZOT, Isabelle, La prise en charge des malades démunis : entre univers médical et univers humaniste, dans PAUGAM, Serge, *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France, 2011, pages 747-763 (Quadrige)

Cette réflexion d'Isabelle Parizot s'inscrit donc parfaitement dans ce qui ressort de notre analyse des PASS : une recherche d'équilibre permanent entre univers symbolique « médical », c'est-à-dire prodiguer un soin identique pour tous et de qualité, et « humaniste », via la volonté de prise en charge maximale et d'adaptation au plus près des besoins des patients. Cet équilibre passera donc notamment par l'ouverture sur l'extérieur qui est exigée des professionnels, et que nous allons évoquer immédiatement.

3. L'ouverture vers l'extérieur comme troisième illustration des conséquences des perceptions sur l'action quotidienne

Le partenariat est en effet un aspect essentiel des laboratoires que sont les PASS. Il peut être défini de la manière suivante, selon Carol Landry : « *le partenariat résulte d'une entente réciproque entre des parties qui, de façon volontaire et égalitaire, partagent un objectif commun et le réalisent en utilisant de façon convergente leurs ressources respectives* »¹²¹. Les représentations des professionnels des PASS et leurs postures influent donc également sur la manière de mener ces partenariats, qui sont, comme nous l'avons vu plus haut, essentiels au fonctionnement de ces

119 Entretien 7, e38.

120 PARIZOT, Isabelle, La prise en charge des malades démunis : entre univers médical et univers humaniste, dans PAUGAM, Serge, *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France, 2011, pages 747-763 (Quadrige).

121 LANDRY, Carol, Le partenariat : concept ou objet d'analyse ?, *Education Permanente*, 1993, n°131.

permanences et mis en avant par la circulaire de 2013. Les acteurs vont, comme l'explique Dominique Bondu en 1998, s'efforcer de « *conjuguer leurs logiques* »¹²².

Cet auteur explique également qu'un partenariat ne fonctionnera « *qu'à travers des procédures et des règles parfaitement formalisées, en privilégiant nécessairement des échanges de type secondaire, c'est-à-dire formels et médiatisés, entre les personnes impliquées* » et qu'« *en particulier, le partenariat sera efficient à partir du moment où les règles mises en place traduisent un accord commun sur la place spécifique et la complémentarité de chaque acteur institutionnel, définies en regard d'une vision partagée et d'objectifs communs* ».

Il est donc intéressant de réfléchir à la mise en place des partenariats dans les PASS au prisme de ces analyses : en effet, les acteurs que nous avons rencontrés ont largement insisté sur cet aspect, en évoquant son importance mais également parfois les difficultés. Ainsi, une des PASS explique que « *l'idée, c'est de travailler ensemble, mais pas de faire n'importe quoi !* »¹²³. De même, un autre hôpital lyonnais considère qu'« *on a encore beaucoup de travail à faire* »¹²⁴, et une personne sur Grenoble explique que malgré sa volonté de créer du lien, il ne faut pas que cela devienne sa priorité et prenne plus de place que le soin et l'accompagnement du public. On rejoint donc ici les préoccupations formulées par les auteurs sur l'importance d'un partenariat souhaité et volontaire.

Cette ouverture vers l'extérieur est donc le troisième aspect que l'on peut observer concernant les pratiques des acteurs des PASS, elles-mêmes en partie liées aux représentations et perceptions existantes. On retrouve ici une recherche d'équilibre entre l'objectif principal de retour vers le droit commun, passant par le partenariat, voire la contractualisation, et la volonté de faire de la médecine de qualité, n'enfermant toutefois pas les patients dans une sorte de circuit dédié.

En somme, les influences liées au corps professionnel, aux catégorisations culturalistes, ressenties notamment dans la définition des objectifs des PASS, jouent un rôle de fait sur l'action quotidienne des PASS. Elles interviennent dans la prise en charge qui est mise en œuvre et la motivation des professionnels à la mettre en œuvre, mais également dans leur recherche de dosage et d'équilibre au quotidien entre prise en charge globale et refus de la stigmatisation. Cette balance s'illustre également dans l'ouverture plus ou moins importante qui est effectuée vers l'extérieur.

Pour répondre à notre questionnement initial, il conviendra donc désormais de s'intéresser à ces influences au prisme de notre question de base, à savoir les difficultés dans l'accès aux soins des migrants et au rôle des PASS dans ce processus : nous nous pencherons désormais sur les possibles discriminations qui pourraient découler des représentations des acteurs, en réfléchissant notamment à la notion de discrimination positive.

122 BONDU, Dominique, *Les nouvelles pratiques de médiation sociale*, Paris, ESF Editeur, 1998, 219 pages.

123 Entretien 6, e44.

124 Entretien 4, e10.

C. De l'influence des perceptions et pratiques professionnelles sur les possibles discriminations dans l'accès aux soins

« Pourquoi ce qu'ils font à la PASS, ils ne le font pas en général ? » Avec cette question extraite de son article « Accès aux soins : impairs et PASS »¹²⁵, Bruno de Goër, médecin coordinateur de la PASS du Centre Hospitalier Chambéry Métropole, pose une question centrale : celle de la spécificité du dispositif et de la prise en charge apportée par les professionnels. Pour tenter de répondre à cette interrogation, et pour achever notre réflexion, nous étudierons donc les PASS et leurs acteurs au prisme du modèle de la discrimination positive : nous pourrions en effet croire, et ce que nous allons essayer de vérifier, que les acteurs de terrain, dans leur pratique, mettent en place des organisations et des procédures allant dans ce sens. Pour répondre à cette interrogation, nous nous demanderons d'abord si les PASS ont été conçues comme des dispositifs de discrimination positive (1), puis, si c'est le cas, pour quel public (2), avant de conclure avec le rôle qu'auraient donc les professionnels dans ce logique (3).

1. Un système comparable aux politiques de discrimination positive ?

Comme nous l'avons préalablement montré, les personnes migrantes souffrent de difficultés spécifiques dans leur accès aux soins, principalement liées aux critères d'affiliation au système de protection sociale, et en quelque sorte « contrebalancées » par l'existence des PASS et leur transformation progressive vers un lieu en grande partie dédié, de fait, à l'accès aux soins des migrants. Dès lors, il est intéressant de se demander si cette évolution, structurelle mais également résultante des perceptions et pratiques des professionnels, peut être considérée comme une discrimination positive, au même titre que ce qui existe dans d'autres domaines.

Ce terme est défini par Marie Boéton comme « *une politique visant à avantager un groupe de personnes lésées par le passé ou l'étant encore actuellement du fait de son appartenance ethnique ou de son sexe* »¹²⁶. En permettant et en mettant en œuvre des inégalités de traitement favorables à

125 DE GOER, Bruno, Accès aux soins : impairs et Pass, Plein droit, 2015, volume 106, pages 19-22.

126 BOETON, Marie, Discrimination positive en France, *Etudes*, 2003, tome 398, n°2, pages 175-184.

des catégories « défavorisées », ces politiques ont précisément pour but de réduire les inégalités, comme l'explique cette même auteure.

Une seconde auteure, Dominique Schnapper, propose dans son article faisant également partie de l'ouvrage de Serge Paugam « Repenser la solidarité »¹²⁷, une définition différente de la discrimination positive. Citant Ferry, elle considère en effet que ce terme « *institue une inégalité formelle en faveur d'un certain groupe d'individus en vue de parvenir à une réelle égalité des chances entre les uns et les autres* ». Elle propose par la suite une réflexion autour de deux idéaux-types reflétant les politiques envisageables en termes de discrimination positive : la première entendrait obtenir l'égalité des chances en compensant les handicaps sociaux, et la seconde, l'égalité des résultats. Pour cela, elle imposerait « *la représentation égale des groupes particuliers dans les diverses institutions sociales* », ce qui suspendrait « *l'égalité formelle, au moins provisoirement, en se fondant sur des critères 'naturels' (le sexe, l'origine ethnique ou la race), donc particularistes* ».

Au regard de cette définition, il semble donc que les PASS, sans avoir été conçues dans ce sens – au contraire de la majorité des politiques de discrimination positive – pourraient avoir pris cette orientation. Ces permanences n'ont en effet pas vocation à « imposer la représentation sociale ». Néanmoins, leur conception – permettre aux personnes en situation de grande précarité, et aux migrants, d'accéder aux soins et au droit commun – instaure, de fait, des groupes sociaux qui auraient particulièrement besoin de cet accompagnement. Dès lors, on rejoint la réflexion suivante de Dominique Schnapper sur la discrimination positive :

« En instaurant l'égalité entre les groupes aux dépens de l'égalité entre les individus, cette politique tend inévitablement à assigner les individus à un « groupe » auquel des droits particuliers sont accordés. Par définition, elles doivent prendre en compte des critères contraires au principe même qui fonde le principe de la citoyenneté : l'origine historique, la religion ou certains traits phénotypiques. La politique de lutte contre les discriminations contribue donc inévitablement à faire exister socialement les catégories de population et à en consacrer la réalité : il faut en effet qualifier les victimes des discriminations pour pouvoir les compenser. »

Les PASS et les dispositifs d'accès aux soins pour les plus précaires n'ont donc visiblement pas été imaginés sur un modèle de politique de discrimination positive. Toutefois, leur évolution et leur mise en œuvre effective pourrait s'en rapprocher, en prenant en compte des critères spécifiques à un certain fragment de la population.

127 SCHNAPPER, Dominique, *Lutte contre les discriminations et lien social*, dans PAUGAM, Serge (sous la dir.), *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France, 2011, pages 513-529 (Quadrige).

2. Mais dès lors conçu pour quelle catégorie de population ?

S'il semble clair, si l'on reprend la pensée de Dominique Schnapper, que les politiques de discrimination positive – qui peuvent en certains points correspondre à ce que sont devenues les PASS – contribuent à faire « *exister socialement* » des catégories de population, il faut vérifier lesquelles dans le cas des PASS : des actions spécifiques pour les migrants sont-elles ainsi formulées ?

Marie Boéton l'explique bien : comme la Constitution française, dans son article 1^{er}, « *assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens, sans distinction d'origine, de race ou de religion* », elle considère que « *le droit français interdit de donner un contenu positif aux notions d'origine et de race* »¹²⁸.

Dès lors, les politiques de discrimination positive qui ont été mises en place depuis ces dernières décennies en France ont pourtant contourné ce problème. Daniel Sabbagh le formule ainsi :

*« Les dispositifs en vigueur en France demeurent en effet caractérisés par une approche socio-spatiale de la correction des inégalités dans laquelle les populations « issues de l'immigration » n'apparaissent que comme les principaux destinataires de fait des mesures adoptées, de par leur surreprésentation statistique dans les espaces défavorisés. Le principal critère opérationnel pour identifier les bénéficiaires immédiats de la discrimination positive à la française n'est pas l'origine, mais le lieu de résidence : les habitants d'une zone désavantagée sur le plan économique sont supposés tirer profit des financements publics supplémentaires accordés à cette zone dans son ensemble. »*¹²⁹

(SABBAGH, Daniel, La transparence comme obstacle : les déterminants de l'euphémisation de la « discrimination positive » en France et aux États-Unis, dans PAUGAM, Serge, Repenser la solidarité. Presses Universitaires de France, 2011, pages 585-598)

On ne retrouve donc pas véritablement les PASS dans cette description, ces dernières ne faisant pas l'objet d'un territoire dédié. Toutefois, elles se sont particulièrement développées sur des villes, comme Lyon et Grenoble, où ces dernières années ont vu l'arrivée de nombreux migrants, notamment par la régionalisation de la demande d'asile.

Toutefois, étant donné le rôle à part que joue la santé dans les politiques publiques, il semble difficile de considérer totalement les PASS comme des dispositifs de discrimination positive. Si

128 BOETON, Marie, op-cit, page 69

129 SABBAGH, Daniel, La transparence comme obstacle : les déterminants de l'euphémisation de la « discrimination positive » en France et aux États-Unis, dans PAUGAM, Serge, Repenser la solidarité. Presses Universitaires de France, 2011, pages 585-598

dans les faits, ils y ressemblent, c'est sans doute essentiellement lié à trois choses : tout d'abord, au caractère sacré du droit à la santé, et ce, même en situation de migration et de précarité. Ensuite, il faut prendre en compte les restrictions d'accès aux droits et le rôle des PASS comme roue de secours déjà évoqué dans les parties précédentes. Enfin, les perceptions des acteurs, leur recherche de sens et leur inscription dans un groupe professionnel dédié pourraient influencer sur le fonctionnement des PASS, leur conférant cet aspect « personnalisé » qui peut presque se confondre avec de la discrimination positive. C'est ce que nous essaierons de voir dans une troisième sous-partie.

3. Une action des professionnels qui tend également vers de la discrimination positive ?

S'il est ambigu d'aborder la thématique de la « discrimination positive » quand on évoque l'existence et le fonctionnement des PASS, on peut peut-être l'envisager concernant ses acteurs de terrain. En effet, cette évolution vers un dispositif adapté à un certain type de public, qui correspondrait à une politique de discrimination positive, pourrait être considérée comme fortuite. Toutefois, elle s'adapte, grâce aux acteurs des PASS, à un public spécifique, composé dans sa grande majorité de migrants en attente de droits. Même si les professionnels des PASS s'en défendent généralement, et plaident pour une « fréquentation » large, ils sont donc devenus les acteurs de structures qui proposent, pour un public dédié, une prise en charge globale et personnalisée, permettant d'accéder aux soins et au système de santé.

Cette réflexion correspond également à une question que nous nous posons depuis les premières étapes de ce travail de mémoire. On rejoint ainsi ici, par exemple, les travaux d'Isabelle Parizot, qui mène, dans *Soigner les exclus*, en 2003, un important travail d'analyse des relations sociales et du lien social en général chez les professionnels de santé et leurs patients « exclus » notamment dans des CASO de Médecins du Monde. En s'inspirant de la typologie du lien social proposée par Serge Paugam, elle considérait que les professionnels de santé vivaient des expériences professionnelles différentes selon leur structure. Elle suppose également que cela induit des conséquences sur les perceptions des bénéficiaires de ces centres de santé.

C'est donc dans ce cadre de réflexion que l'on souhaite s'inscrire pour finir : les « expériences professionnelles » sont-elles différentes au point d'inciter les professionnels à adapter leurs pratiques pour « contrebalancer » des situations initiales perçues comme difficiles ? Nous avons vu dans la partie A de ce troisième axe que le sens que les médecins, infirmiers, travailleurs sociaux des PASS donnent à leur action et son utilité diffèrent selon la catégorie professionnelle et le contexte d'application. Par la suite, nous nous sommes interrogés sur les conséquences que cela pourrait avoir sur l'action d'accueil et de prise en charge au quotidien. Enfin, il semblait pertinent d'envisager les PASS comme outil de « discrimination positive » induite : si le dispositif n'était pas conçu de la sorte, il a évolué dans ce sens, tout en ne correspondant pas totalement aux critères habituellement utilisés dans ce cadre-là. Dans la lignée des travaux d'Isabelle Parizot, nous aurions

aimé approfondir cet aspect-là de la réflexion : l'hypothèse que l'engagement des professionnels pourrait avoir vocation à « contrebalancer » un désavantage premier, restera en attente. Toutefois, on retrouve dans notre enquête des éléments allant dans ce sens. Par exemple, la coordinatrice régionale des PASS expliquait bien qu'elle incitait les professionnels à aller vers un « *engagement, pas militant, mais un engagement professionnel, qui est au-delà d'une position professionnelle* », car selon elle, « *on ne peut plus vivre ça aujourd'hui, dans ce genre de mission, sans s'engager professionnellement, avec un engagement qui est d'abord citoyen* »¹³⁰.

Conclusion et recommandations

Pour conclure ce travail, il semble approprié de procéder en trois temps. Tout d'abord, il faut répondre à notre réflexion initiale concernant les discriminations dont pourraient être victimes les migrants dans leur accès aux soins, et notamment dans les PASS, pierres angulaires du dispositif. Nous reviendrons ensuite brièvement sur les points qui auraient pu être traités différemment ou qui seraient manquants, et qui constituent donc des limites certaines à notre travail.

Suite à cela, des propositions d'évolution – ou « recommandations » seront formulées, sans toutefois être exhaustives, afin de réduire ces difficultés d'accès aux soins et de fluidifier le fonctionnement des PASS et leur imbrication dans notre système de santé français actuel.

Mais il faut donc tout d'abord revenir sur les résultats de notre enquête au regard de nos questionnements de départ : nous nous demandions en effet dans quelle mesure les migrants pouvaient souffrir de discrimination dans leur accès aux soins, en se focalisant notamment sur le rôle des PASS dans ce processus. Pour cela, nous évoquions trois thématiques qui paraissaient avoir une incidence sur l'accès aux soins des migrants et sur le fonctionnement des PASS : l'accès à la protection maladie (ce qu'on appelle « accès aux droits), le positionnement des PASS dans le système sanitaire et institutionnel, et enfin, le rôle des professionnels de ces structures face aux problématiques des migrants.

En réfléchissant sur l'accès aux droits, nous avons tout d'abord mis en avant une discrimination structurelle : les restrictions successives d'accès à la Sécurité sociale ont abouti à une catégorisation de la population, selon des critères (effectivité du séjour, temps de présence, régularité du territoire) qui ressemblent fortement à des critères discriminants. De prime abord, il pourrait sembler que nous avons donné une place très importante aux PASS dans cette partie, dans une réflexion qui se devait normalement plus globale et généraliste sur l'accès aux soins des migrants. Cela s'explique certes par notre posture de stagiaire au sein d'un CHU, et le « glissement » progressivement effectué vers les PASS comme objet principal d'analyse. Toutefois, ces permanences sont également au cœur des dispositifs permettant aux migrants de se soigner, et sont donc profondément liées aux problématiques d'accès à l'Assurance maladie. Dès lors, nous avons montré que les PASS sont utilisées aujourd'hui afin de compenser les restrictions successivement mises en place pour accéder aux soins : cette logique nous apparaît comme le reflet d'une intériorisation de la discrimination dans l'accès aux soins des migrants.

Par la suite, nous avons donc logiquement orienté notre réflexion vers notre deuxième angle d'analyse : nous avons ainsi étudié le positionnement des PASS dans le paysage socio-sanitaire français en nous penchant premièrement sur leur placement local et contextualisé, puis sur les patients généralement pris en charge dans ces structures.

En étudiant le fonctionnement actuel des PASS au regard de leurs objectifs pensés il y a vingt ans, le constat est clair : la redéfinition du rôle de ces passerelles, très souvent en charge des

publics migrants, est indéniable. Toutefois, l'aspect discriminatoire de cette évolution est plus subtil : les PASS ne sont pas qu'un centre de consultation gratuit pour personnes sans droits ouverts. Il est vrai que la nécessité même, pour une catégorie de population d'avoir recours à cet « espace interstitiel », peut leur conférer un aspect discriminatoire. Néanmoins, les PASS semblent correspondre, parfois au contraire de leur hôpital d'accueil, à des terres d'innovation et d'invention, afin de répondre aux besoins de leurs patients.

Ce second constat nous amène ensuite à notre troisième point, forcément entremêlé avec le second : l'importance du positionnement des professionnels dans le fonctionnement des PASS peut également avoir une incidence sur l'accès aux soins des migrants. Ainsi, nous avons d'abord analysé le sens que les professionnels donnent à leurs pratiques, puis les possibles conséquences qui en découlent : on se trouve finalement, pour reprendre les travaux d'Isabelle Parizot, face à une dualité entre univers symbolique médical et humaniste, dualité qui transforme les PASS en « laboratoires ». Pour cette dernière étape de la réflexion, il était également intéressant d'envisager cette dualité au prisme de la question de la discrimination positive : s'il était possible d'en parler pour définir les PASS, ce serait par, ou à cause, de l'action des professionnels, semblait-il. Nous nous sommes donc tout d'abord demandé si le dispositif pouvait être perçu comme tel, d'abord dans sa conception, puis dans son fonctionnement, et enfin, dans les postures des professionnels. S'il nous est compliqué de formuler une réponse claire à cette hypothèse, il semble évident que les professionnels, dans leurs états d'esprit et leurs pratiques, ne sont pas neutres, s'impliquant parfois fortement et « de manière citoyenne » dans la prise en charge et l'accompagnement vers les droits, et donc vers le soin dans le droit commun.

La difficulté que nous avons à formuler une réponse claire pour cette dernière hypothèse n'est pas étonnante : elle rejoint certaines difficultés de notre mémoire, en partie expliquées par le contexte dans lequel il a été réalisé. En effet, ce travail se présentait de manière assez hybride : nous n'avons finalement pas effectué notre stage directement dans une des structures concernées, ni même sur une thématique totalement liée. De plus, nous avons fait le choix de s'intéresser à la fois à une thématique très large – l'accès aux soins des migrants et les discriminations qui peuvent exister dans ce cadre – tout en se focalisant sur un dispositif précis, les PASS. Si ce choix est grandement justifié par la réalité de l'accès aux soins des migrants, comme nous l'avons montré au cours de ce travail, il a pourtant également des inconvénients, qu'il faut aborder maintenant afin d'évoquer les limites de notre réflexion. Ces dernières sont temporelles et méthodologiques : évidemment, ce travail, même s'il n'a pas vocation à être quantitatif ou exhaustif, aurait gagné en profondeur avec l'intervention et l'analyse de plus de PASS, et de plus de professionnels. Ainsi, un questionnaire sur le fonctionnement des PASS, sur le modèle des enquêtes réalisées par Médecins du Monde par exemple, aurait pu être un complément intéressant à nos entretiens. Le sujet restant très large malgré notre focale sur les PASS, rencontrer des professionnels de l'Assurance maladie, d'associations œuvrant dans le champ de la précarité ou de l'aide aux migrants, ou encore des patients usagers des PASS, aurait également apporté un plus à notre réflexion.

Mais il faut également dire un mot de nos conclusions : elles auraient sans doute gagné à être plus concrètes et spécifiques, et envisager de traiter trois hypothèses très variées comme ce fut le cas était peut-être trop ambitieux pour obtenir des résultats véritablement probants. Néanmoins, nous avons malgré tout pu dégager des tendances et des axes d'analyse, auxquels nous avons décidé de coupler, à la page suivante, quelques recommandations qui permettront justement de ne pas trop s'éloigner de la réalité de terrain.

Pour conclure, on rappellera que les PASS, aussi innovantes soient-elles, ont évolué vers une patientèle en grande majorité migrante et en attente de droits. Partant de ce constat, nous pouvons formuler une dernière remarque : notre travail était construit autour de la question des discriminations que pourraient subir ces personnes en situation de migration dans l'accès aux soins, et les PASS sont effectivement présentes, dans le système actuel, pour leur permettre notamment l'accès aux soins. Mais à ce stade, il apparaît presque regrettable que ce mode d'organisation et la pluridisciplinarité des professionnels ne se retrouve pas de manière aussi marquée dans les autres franges de l'hôpital : les PASS, leurs acteurs et leur modèle de prise en charge, humaine et personnalisée, pourraient en effet servir d'exemple à une refonte élargie du système de santé français : quelques-unes de ces pistes de réflexion sont évoquées ici.

Les recommandations qui vont suivre peuvent sembler contradictoires entre elles, et au regard du travail que nous venons d'exposer. Elles combinent en effet deux logiques : la première consiste à continuer à aller vers une prise en charge plus globale, plus adaptée aux besoins de la personne sous toutes les formes qu'ils peuvent prendre. Pour ce faire, il semble important de laisser aux PASS et à leurs acteurs les marges de manœuvre dont ils ont besoins pour imaginer des solutions qui seraient pour le moment alternatives. Toutefois, dans le même temps, nous avons basé notre réflexion sur la notion de discrimination, et nous avons repris les diverses propositions incitant à penser les PASS comme des alternatives aux problématiques du système de santé français.

Il faudrait donc penser ces recommandations en deux temps distincts, sans être totalement opposés : ainsi, ces deux aspects, le volet « expérimental » des PASS et leur vocation à servir de modèle pour l'ensemble de la prise en charge, peuvent être développés en même temps. Il est toutefois probable que l'approfondissement du modèle des PASS, son perfectionnement, soit un préalable à un déploiement plus large dans le système de santé ; même s'il faudra veiller à penser également aux possibilités et aux contraintes que pourraient provoquer en l'état un tel déploiement, et aux mutations nécessaires qui en résultent.

Quoi qu'il en soit, il est possible de structurer nos propositions en deux catégories : tout d'abord l'amélioration de l'accès aux soins pour tous, puis le développement des PASS comme « espace interstitiel » ayant la vocation de laboratoire.

Concernant l'amélioration de l'accès aux soins pour tous, on peut par exemple imaginer :

- La fusion de l'Aide Médicale d'État avec la Protection Universelle Maladie : la fusion de l'AME et de l'ancienne CMU de base fut longtemps un cheval de bataille pour de nombreuses associations. Avec la mise en place de la PUMa, cela reste une

demande d'actualité, car elle permettrait un accès aux droits effectifs pour toutes les personnes présentes sur le territoire français, réduisant ainsi mécaniquement des différences évidentes dans l'accès aux soins entre les individus.

- Fortifier les liens avec CPAM en approfondissant les conventions existantes : cela pourrait par exemple être fait en s'inspirant de la convention existante à l'échelle de la région Auvergne-Rhône-Alpes entre PASS et CPAM et en la renforçant, notamment au niveau des pièces nécessaires à l'élaboration des dossiers, ou du temps de traitement de ces derniers.

De manière plus large, afin d'agir sur les discriminations dont peuvent être victimes certaines catégories de populations dans leur accès aux soins, il serait opportun de repenser les critères d'appartenance à l'Assurance maladie, concernant notamment la régularité de la présence sur le territoire français, ainsi que le temps de présence effective sur place.

Le second axe se propose d'approfondir le rôle des PASS comme « espace interstitiel », et pourrait comporter les points suivants :

- Généraliser le dispositif PASS : pour cela, trois possibilités, à mettre en œuvre de manière conjuguée : finaliser le maillage des PASS dites « classiques », bien que celui-ci soit relativement opérationnel sur la région Auvergne-Rhône-Alpes, développer les PASS spécialisées, notamment en pédiatrie, odontologie ou gynécologie-obstétrique, et augmenter les moyens de ces dernières, en permettant ainsi notamment le recrutement de nouveaux personnels administratifs
- Ouvrir les PASS sur l'extérieur : elles ne doivent pas rester des structures confidentielles et alternatives. Pour cela, on pourra par exemple pousser au développement de partenariats entre structures sanitaires, sociales et médico-sociales sur un territoire donné ; mais aussi développer des projets en lien avec la médecine de ville ou les officines afin de rendre concrets et de simplifier les « parcours de soins ».
- Combiner les PASS et les équipes mobiles : cela permettrait de mettre en œuvre à la fois les prises en charges globales et personnalisées qui existent actuellement dans les PASS et les divers dispositifs d'aller vers. Dans ce cadre, l'exemple de la PASS Saint Joseph Saint Luc peut être riche d'enseignements.

Plus largement, il semble également plus que souhaitable que les capacités d'innovation existant au sein des PASS ne soient pas bridées, mais au contraire encouragées, valorisées, et, le cas échéant, transposées à d'autres territoires.

Bibliographie

Ouvrages et articles

ABALLEA, François, Sur la notion de professionnalité, *Recherche sociale*, 1992, n° 124, pages 39-49.

BEAUD, Stéphane et WEBER, Florence, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2011, 334 pages (Collection Repères).

BOETON, Marie, Discrimination positive en France, *Etudes*, 2003, tome 398, n°2, pages 175-184.

BONDU, Dominique, *Les nouvelles pratiques de médiation sociale*, Paris, ESF Editeur, 1998, 219 pages.

BOUCHAUD, Olivier et CHA, Olivier, Médecine générale et précarité, dans BRECHAT, Pierre-Henri (sous la dir.), *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP, 2012, pages 117-134 (« Hors collection »).

CARDE, Estelle, Les restrictions apportées au droit aux soins des étrangers sont-elles discriminatoires ? La loi et l'illégitime. *Santé Publique*, 2009, volume 21, n°3, pages 331-337.

CATROUX, Michèle, Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique, *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité*, 2002, Volume. XXI n° 3, pages 8-20.

DAHREN, Goran, WHITEHEAD, Margaret, Policies and strategies to promote social equity in health, Institute of Future Studies, Stockholm, 1991.

DE GOER, Bruno, Accès aux soins : impairs et Pass, *Plein droit*, 2015, volume 106, pages 19-22.

DUBAR, Claude et LUCAS, Yvette, *Genèse et dynamiques des groupes professionnels*, Lille, Presses universitaires, 1994, 414 pages.

FASSIN, Didier, *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2004, 160 pages.

FOURNIER, Pierre, Des observations sous surveillance, *Genèses*, 1996 n°24, pages 103-119.

FISCHER, Nicolas et HAMIDI, Camille, *Les Politiques migratoires*, Paris, Repères, 2016, 128 pages (La Découverte).

GABARRO, Céline, CPAM : le soupçon érigé en pratique, *Plein droit*, 2012, volume 92, n°1, pages 16-19.

GARIEN, Charlotte, AUBRY, Gaëlle, Assistantes sociales à la polyclinique Baudelaire-PASS : des professionnelles de santé publique ?, dans BRECHAT, Pierre-Henri (sous la dir.) *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP, 2012, pages 235-244 (« Hors Collection »).

GEORGES, Claire (sous la dir.), *Soigner (l')humain. Manifeste pour un soin juste au juste coût*, Presses de l'EHESP, 2015, 332 pages.

GEORGES, Claire, GRASSINEAU, Dominique, ASTRE, Harold, GAILLARD, Julien, *Soigner les migrants dans les PASS*, 2017, *Laennec*, volume 65, n°1, page 25-37.

GEORGES, Claire, PIERRU, Frédéric, TAPIE DE CELEYRAN Florence, MECHALI Denis, ROCHEFORT Jeanine, *Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des Pass*, *Les tribunes de la santé*, 2013, volume 2, n°39, pages 87-95.

GELLY, Maud et PITTI, Laure, *Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins*, *Agone*, 2016, volume 1, n° 58, pages 7-18.

HACHIMI ALAOUI, Myriam et NACU, Alexandra, *Soigner les étrangers en situation irrégulière*, *Hommes et migrations*, 2010, n°1284.

IZAMBERT, Caroline, *Trente ans de régressions dans l'accès aux soins*, *GISTI*, 2010, n°86.

KOMBILA, Hilème, *Le respect des droits fondamentaux des migrants non ressortissants de l'Union européenne*, *Informations sociales*, 2016, volume 3, n° 194, pages 28-36.

LAFORE, Robert, *Le rôle des associations dans la mise en œuvre des politiques d'action sociale*, *Informations sociales*, 2010, volume 162, n° 6, pages 64-71.

LANDRY, Carol, *Le partenariat : concept ou objet d'analyse ?*, *Education Permanente*, 1993, n°131.

LE GOFF, Sophie, *L'accès des patients précaires au parcours de soins de droit commun. Étude qualitative d'une population de consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Bobigny. Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine (Diplôme d'État), Présentée et soutenue publiquement le 4 novembre 2014*

LINDBLOM, Charles, *Still Muddling, Not yet through*, *Public Administration Review*, 1979, Volume 39, n°6, pages 517-526.

LOCHAK, Danièle, *Réflexions sur la notion de discrimination*, *Droit Social*, 1987, n°11, pages 778-790.

NACU Alexandra, *À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes*, *Sociologie du travail*, Centre de sociologie des organisations, CNRS-Sciences-Po, 2011, n°53, pages 109-130.

NARDIN, Anne, L'accueil des pauvres à l'hôpital, entre fierté et malédiction », dans BRECHAT, Pierre-Henri (sous la dir.), *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP, 2012, pages 9-22 (« Hors collection »).

PARIZOT, Isabelle, La prise en charge des malades démunis : entre univers médical et univers humaniste, dans PAUGAM, Serge, *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France, 2011, pages 747-763 (Quadrige).

PARIZOT, Isabelle, *Soigner les exclus, Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003, 308 pages (Le Lien social).

PLATON, Jackie, LAMOUCHE, Corinne, La permanence d'accès aux soins de santé : une référence de prise en charge médico-sociale, dans BRECHAT, Pierre-Henri (sous la dir.), *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP, 2012 pages 335-340 (« Hors collection »).

PONCHON, François, *Les droits du patient à l'hôpital*, Presses Universitaires de France, 1999, 127 pages (Que sais-je).

RICHARD, Jean-Luc, Immigration étrangère, familles, respect des lois : hospitalité et solidarité, dans PAUGAM, Serge (sous la dir.), *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France, pages 549-564 (Quadrige).

SABBAGH, Daniel, La transparence comme obstacle : les déterminants de l'euphémisation de la « discrimination positive » en France et aux États-Unis, dans PAUGAM, Serge, *Repenser la solidarité*. Presses Universitaires de France, 2011, pages 585-598 (Quadrige).

SCHNAPPER, Dominique, *Lutte contre les discriminations et lien social*, dans PAUGAM, Serge (sous la dir.), *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France, 2011, pages 513-529 (Quadrige).

SCHWEYER, François-Xavier. Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences, dans PAUGAM, Serge, *Repenser la solidarité*. Presses Universitaires de France, 2011, pages 721-745.

WARIN, Philippe, *Le non-recours : définition et typologies*, Odenore, 2010, Working paper n° 1.

Rapports et guides de travail

ANTHONIOZ DE GAULLE, Geneviève, *Allocution au nom du Conseil Economique et Social, lors de l'ouverture du débat première lecture sur le projet de loi d'orientation relatif au renforcement de la cohésion sociale*, 15 avril 1997. Disponible au format PDF : http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Allocution_G- de GAULLE-ANTHONIOZ_1997-2.pdf

AGENCE REGIONALE DE SANTE, Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis en Rhône-Alpes, 2012-2017. Disponible au format PDF : http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Supports_PRS_Telechargement/PRAPS.pdf

COMITE POUR LA SANTE DES EXILES, Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels, 2015. Disponible au format PDF : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1663>

IREPS Rhône-Alpes, *Programme régional d'intégration des populations immigrées en Rhône-Alpes, Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées*, septembre 2012. Disponible au format PDF : http://ireps-ara.org/actualite/action_dl.asp?action=999&idz=a0dee88295d33afbc1059d326ed32091

MEDECINS DU MONDE, *Etat des lieux des permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent*, Rapport de la mission France, 2010. Disponible au format PDF : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/03/18/etat-des-lieux-des-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-dans-23-villes-ou-mdm-est-present>

ORDRE DE MALTE, *Santé et accès aux soins des personnes démunies en France*, 2016-2017. Disponible au format PDF : https://www.ordredemaltefrance.org/images/pdf_a_telecharger/Espace_presse/Dossier_Sante_et_Acces_aux_Soins_2016_2017.pdf

WRESINKI, Joseph, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Paris, Journal officiel, 1987. Disponible au format PDF : <http://www.joseph-wresinski.org/fr/Grande-pauvrete-et-precarite/>

Base juridique

Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Code de l'Action Sociale et des Familles : article L115-1.

Code Pénal : article 225-1 modifié par la loi n°2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité citoyenne.

Code de la Santé Publique : articles L. 711-7-1, L6112-1, L6112-2 et L1110-1.

Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, 10 décembre 1948. Disponible sur internet : <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>

Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, 1789, repris dans le Préambule de la Constitution de 1948 puis dans la Constitution de 1958. Disponible sur internet : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789.5076.html>

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions.

Webographie

- Informations sur la Protection Universelle Maladie : <https://www.ameli.fr/isere/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>
- Informations sur la CMU complémentaire : <https://www.ameli.fr/isere/assure/droits-demarches/difficultes-financieres/complementaire-sante/cmu-complementaire>
- Glossaire de la Santé Publique – Banque de données en Santé Publique : http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Doc/GlossaireSP_VersionFrancaise.pdf
- Statuts de l'association Appassra : <https://www.appassra.org/qui-sommes-nous-adh%C3%A9sion/statuts-de-l-association/>
- Informations sur les PRAPS et les ASV : <http://www.cnle.gouv.fr/Les-Programmes-regionaux-pour-l.html>
- Informations sur le droit à l'accès aux soins pour tous à l'hôpital : <http://www.hopital.fr/Droits-demarches/Vos-droits/Les-droits-de-l-usager/Le-droit-a-l-acces-aux-soins-pour-tous>

- Informations sur l'accès aux soins des demandeurs d'asile : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-droits-des-demandeurs-d-asile/L-acces-aux-soins>
- Charte de la Personne hospitalisée : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
- Informations sur le système de santé (gouvernement français) : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/professionnels-sante/qu-est-ce-qu-systeme-sante.html>
- Informations sur les systèmes de santé (site de l'OMS) : http://www.who.int/topics/health_systems/fr/
- Informations sur les déterminants de santé (OMS) : http://www.who.int/social_determinants/fr/
- Informations sur l'approche des droits de l'homme en santé publique (OMS) : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>
- JAKAB, Zsuzsanna, Déclaration du 2 septembre 2015 : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2015/09/population-movement-is-a-challenge-for-refugees-and-migrants-as-well-as-for-the-receiving-population>

Table des illustrations

Image 1 : Les dispositifs de protection maladie. Ordre de Malte, Santé et accès aux soins des personnes démunies en France, 2016-2017.

Image 2 : Les déterminants de santé. DAHREN, Goran, WHITEHEAD, Margaret, Policies and strategies to promote social equity in health, Institute of Future Studies, Stockholm, 1991.

Image 3 : Extrait de la plaquette de la PASS du CHU Grenoble Alpes

Table des matières

Sommaire	4
Liste des sigles	5
Introduction	6
Première partie - Le cadre juridique français induit-il une discrimination de fait dans l'accès aux soins des migrants ?.....	14
A. À protection sociale différente, prise en charge différente ?	14
1. Des couvertures maladie variables.....	14
2. Des accès à la protection maladie parfois complexes	17
3. ...pouvant être considérés comme une contrainte pour l'accès aux soins ?	18
B. Un système de santé pour tous ou en contradiction avec le principe d'égal accès aux soins ?.....	21
1. Un système de santé en trois composantes	21
2. Quelle place pour les PASS dans ces dispositifs ?.....	22
3. Un système en contradiction avec le principe d'égal accès aux soins pour tous ?	24
C. Un accès à la protection sociale et au système de santé conduisant à des discriminations dans l'accès aux soins ?.....	26
1. Des discriminations concernant des caractéristiques précises ?	26
2. ...qui mène à un traitement défavorable ou inégal ?.....	27
3. Entre discrimination dans un domaine spécifique et structure de la discrimination	28
Deuxième partie – Vers une redéfinition du rôle des PASS	30
A. Replacer les PASS dans leur environnement : entre contexte local et objectifs spécifiques	30
1. Des organisations variables pour mener à bien les missions des PASS	30
2. ...qui ont dû et doivent faire face à des difficultés récurrentes et plus ou moins spécifiques.....	32
3. Un objectif commun de retour au droit commun impulsé notamment par des obligations partenariales	34
B. Quel rôle pour les PASS par rapport à un certain public ?	36
1. De l'approche globale de lutte contre les inégalités à un recentrage sur un certain public .	36

2.	Une évolution marquée par l'actualité	37
3.	Un glissement vers un public presque 100 % migrant ?	39
C.	Une redéfinition du rôle des PASS qui tend vers de la « discrimination » ?	41
1.	Une organisation partenariale synonyme d'un désengagement de l'Etat ?	41
2.	Une évolution du dispositif pour autant stigmatisante ?	43
3.	Les PASS, entre prise en charge dédiée aux étrangers et espace interstitiel	44
Troisième partie – Des pratiques des acteurs et leur influence dans l'accès aux soins		48
A.	Quel sens donné aux pratiques et perception de la PASS par les professionnels ?	48
1.	Définir l'objectif de sa structure comme moyen de lui donner du sens	48
2.	Réfléchir au sens donné par les professionnels à leurs pratiques : de la théorie au terrain..	50
3.	De l'influence des théories culturalistes sur les représentations des professionnels	52
B.	...qui auraient des conséquences sur les pratiques professionnelles au sein des PASS : entre pragmatisme et idéaux	54
1.	Une prise en charge variable qui dépend des postures des professionnels et des contextes	54
2.	Un équilibre précaire entre adaptation aux besoins de chacun et risque d' « enfermement » dans une filière dédiée	55
3.	L'ouverture vers l'extérieur comme troisième illustration des conséquences des perceptions sur l'action quotidienne	57
C.	De l'influence des perceptions et pratiques professionnelles sur les possibles discriminations dans l'accès aux soins	59
1.	Un système comparable aux politiques de discrimination positive ?	59
2.	Mais dès lors conçu pour quelle catégorie de population ?	61
3.	Une action des professionnels qui tend également vers de la discrimination positive ? ..	62
Conclusion et recommandations		64
Bibliographie		68
Annexes		74
Annexe 1 : Liste des entretiens		75
Annexe 2 : Retranscriptions		76
Annexe 3 : Tableau des PASS étudiées		159
Table des illustrations		160
Table des matières		161