

INTRODUCTION

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

Pourtant, depuis quelques années les établissements publics de santé français doivent faire face à l'augmentation de la pauvreté et aux difficultés croissantes d'accès aux soins de certaines catégories de la population (Dodier et Camus, 1997). Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dispositifs créés par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, témoignent de la pérennité de cette situation puisqu'elles accueillent des patients dont l'accès aux soins est rendu difficile, notamment en raison d'une absence de couverture maladie. Ainsi, alors même que l'Assurance maladie offre théoriquement une couverture pour tous, certains continuent d'être écartés du système de santé traditionnel et sont contraints de recourir à des dispositifs d'assistance. C'est ce paradoxe que nous proposons d'explorer dans cet ouvrage.

La présente recherche étudie le traitement de la question sociale (Castel, 2007 [1995]) dans le domaine de la santé. Pour ce faire, une enquête ethnographique a été réalisée à l'hôpital public au sein de permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ces dernières sont des dispositifs créés au sein d'établissements publics de santé qui visent à accueillir les personnes en situation de précarité, à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits en matière de santé. À partir de l'étude des PASS, de leur insertion dans l'organisation hospitalière, des catégories

de patientes produites et mobilisées en leur sein, il s'agit de comprendre la tension entre les idéaux de l'État providence et leur contestation larvaire depuis le milieu des années 1970. Dans cette perspective, nous nous pencherons sur la PASS en tant que dispositif de santé visant à prendre en charge des personnes exclues du système de santé et à lutter contre les inégalités sociales de santé. Par quoi se caractérise la lutte contre l'exclusion dans le domaine de la santé ? Quelles sont ses fonctions ? Comment se réalisent-elles à l'hôpital ? Quels sont les effets de l'organisation hospitalière contemporaine sur le traitement de la question sociale ?

CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE

Les inégalités sociales de santé

« Je conçois dans l'espèce humaine deux sortes d'inégalité ; l'une que j'appelle naturelle ou physique, parce qu'elle est établie par la nature, et qui consiste dans la différence des âges, de la santé, des forces du corps, et des qualités de l'esprit, ou de l'âme, l'autre qu'on peut appeler inégalité morale, ou politique, parce qu'elle dépend d'une sorte de convention, et qu'elle est établie, ou du moins autorisée par le consentement des hommes. Celle-ci consiste dans les différents privilèges, dont quelques-uns jouissent, au préjudice des autres, comme d'être plus riches, plus honorés, plus puissants qu'eux, ou même de s'en faire obéir » (ROUSSEAU, 2012 [1755], p. 16).

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

Les recherches en sciences sociales faisant le lien entre la thématique de la santé et la question des inégalités sociales se sont surtout développées à partir des décennies 1970 et 1980. Le rapport Black publié en 1980 est souvent cité comme l'étude pionnière mettant en évidence des inégalités sociales de santé sur la période contemporaine (Black et Whitehead, 1992 [1980]). Il souligne « l'accroissement dans le temps des inégalités sociales devant la mort [...] et le rôle des services de santé dans la production de ces inégalités » (Aïach et Cèbe, 2010, p. 84). En France, une étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) met en évidence des résultats similaires dès

les années 1960 à l'occasion des premières enquêtes sur la mortalité sociale (Calot et Febvay, 1965). Ces enquêtes sont rendues possible par le développement des études statistiques de la population et les découpages en catégories socioprofessionnelles (CSP). Ces premiers travaux servent de base à ceux qui suivront et qui continuent à suivre en grand nombre expliquant les inégalités sociales de santé en utilisant principalement le filtre des classes sociales et des CSP. Ils mobilisent de nombreux facteurs explicatifs : différences au niveau des conditions de travail, des conditions et des modes de vie, de la consommation médicale (dont les inégalités d'accès aux soins et aux droits, le renoncement aux soins, le recours tardif aux soins¹).

Les inégalités sociales de santé ont été théorisées comme étant le produit final et complexe des autres inégalités sociales, qu'elles soient de nature matérielle ou culturelle. Leur existence et leur persistance posent de manière normative la question de la « justice sociale ». Les déterminants de ces inégalités de santé sont à identifier dans les rapports existants entre les inégalités sociales et l'état de santé à travers des désavantages directement liés à l'appartenance sociale mais aussi indirectement liés, dans la mesure où ils transitent par des médiations en rapport avec cette appartenance (Aiach et Fassin, 2004). Il existe deux conditions pour pouvoir parler d'inégalités sociales de santé. Il doit d'abord s'agir d'un objet socialement valorisé (la vie face à la mort, la santé et le sentiment de bien-être face à la maladie, le handicap, la souffrance psychique et physique...); cela doit ensuite concerner des groupes sociaux hiérarchisés selon une position dominant/dominé : des CSP, des groupes différenciés en fonction du revenu, du patrimoine, du niveau d'instruction, mais aussi en fonction du sexe et de l'origine géographique (Aiach, 2010)². C'est cette conception que nous adoptons pour décrire les inégalités sociales de santé dans les PASS.

Les travaux de Luc Boltanski (1968; 1971) sur les usages sociaux du corps et la consommation médicale sont précurseurs dans le champ des inégalités sociales de santé. En étudiant la diffusion de la culture savante (à l'exemple du savoir médical) dans une société hiérarchisée et stratifiée, l'auteur s'est intéressé aux relations entre médecins et patients issus des classes populaires. Il montre que le rapport malade-médecin est avant tout un rapport de classe. La proximité sociale et culturelle entre les médecins et les milieux favorisés offre à ces

1. Le champ de recherche sur les inégalités sociales de santé est très large. Pour un aperçu des différents domaines traités, on peut se référer au rapport réalisé par Louise Potvin *et al.* (2004) ou à l'article de Pierre Aiach et Didier Fassin (2004).
2. Des travaux plus récents ont élargi l'étude des inégalités aux rapports de genre et de race. Voir les travaux de Marguerite Cognet (1999) sur les relations ethniques appliquées au domaine de la santé, la thèse de Dorothee Prud'homme (2015) sur les représentations et les pratiques mises en œuvre par les professionnels hospitaliers à l'égard de patients qu'ils identifient comme roms ou encore la thèse d'Estelle Carde (2006b) sur les discriminations selon l'origine ethnique dans l'accès aux soins. Un récent numéro spécial de la revue *Agone* sur les inégalités de santé coordonné par Maud Gelly et Laure Pitti (2016) reflète bien l'actualité des recherches en sciences sociales sur ces thématiques.

derniers un rapport plus favorable à la médecine, alors que les membres des classes populaires font face à une distance sociale et culturelle qui les désavantage dans leur rapport à la médecine. Cette distance entraîne également des pratiques différenciées de la part des médecins qui prennent moins de temps pour « expliquer » leurs pratiques aux patients qu'ils jugent incapables de les comprendre. Le rapport de ces médecins aux classes populaires s'exerce donc sur un mode davantage autoritaire. Enfin, Luc Boltanski montre que les usages sociaux du corps des classes populaires reposent sur leurs perceptions du corps, des symptômes et de la maladie... qui sont déterminés par leur position sociale. Les classes populaires portent un regard moins conscient à leur corps, moins médicalisé que les classes aisées.

Les inégalités sociales de santé à l'hôpital

D'autres recherches ont élargi les études sur les inégalités sociales de santé à l'organisation hospitalière et à la profession médicale. En se basant sur des enquêtes qualitatives de type ethnographiques, elles montrent les mécanismes complexes qui conduisent à l'augmentation de ces inégalités. À partir d'une enquête effectuée dans deux services d'hôpitaux parisiens, un service de médecine générale accueillant des patients démunis et un service de chirurgie, Claudine Herzlich (1973) montre par exemple que le degré d'autonomie des médecins s'établit en fonction de leur degré de spécialisation et de la sélectivité du recrutement de leurs patients. Ainsi, les médecins du service de médecine générale perdent en pouvoir dans l'institution hospitalière en raison de leur faible spécialisation et de l'absence de sélection des patients. La hiérarchisation des patients est un résultat de ce phénomène : les patients tout-venants, qui ne sont pas sélectionnés, sont tout en bas de l'échelle et les patients qui représentent des « beaux cas », dont la valeur mobilisatrice de la maladie est importante, sont valorisés.

« Tout se passe comme si, bien que la sécurité assure l'accès de tous à l'hôpital dans des conditions identiques, l'on retrouvait dans l'institution actuelle les traces de l'ancienne différenciation entre une médecine des riches, centrée sur la relation individuelle entre un médecin à haut statut professionnel et son client, et une médecine des pauvres, médecine publique et anonyme des grands nombres, abandonnée aux membres les moins prestigieux de la profession » (p. 57).

Ce constat sur l'évolution de l'institution hospitalière rejoint celui fait par Antoinette Chauvenet (1973) à la même période sur les effets combinés de la rationalisation financière, économique et organisationnelle et de l'industrialisation de la production (entraînant des phénomènes de spécialisation, technicisation et rationalisation de l'activité hospitalière). Elle prédit une augmentation

des inégalités sociales dans la consommation des soins. L'organisation technique de la distribution des moyens à l'hôpital engendre de l'inégalité sociale inscrite dans des filières de soins inégales, une sélection des patients socialement différenciée, une répartition inégale des équipements entre les services à travers la hiérarchie technique des hôpitaux et des spécialités. L'inégalité est induite par le « décalage entre le principe de déontologie médicale selon lequel chaque malade sans distinction doit pouvoir bénéficier de toutes les conquêtes des sciences médicales et les possibilités concrètes de réaliser ce principe » (p. 62). En définitive, la modernisation du système de santé décrite par Antoinette Chauvenet (1978) alimente une tendance vers une « médecine de classe ». L'hôpital renferme plusieurs médecines hiérarchisées auxquelles correspond un système de sélection médicoadministratif :

« À côté d'une médecine à haute technicité, de services très spécialisés existent une médecine de masse, soumise au rendement économique et social, et une filière clandestine d'abandon médical et de relégation sociale » (p. 14).

Nicolas Dodier et Agnès Camus (1997) feront un constat similaire vingt ans plus tard dans leur enquête dans un service d'urgences hospitalières. Ils observent les effets de la spécialisation et concluent qu'elle conduit à une plus grande sélection des patients, une tendance à l'écartement de la fonction sociale traditionnelle et une mobilisation différenciée des personnels de santé selon les demandes et les profils sociaux des patients (tendance à dévaloriser les demandes perçues comme « non médicales » qui sont souvent celles des patients démunis). Plus récemment, le travail de Nicolas Belorgey (2010) sur l'arrivée du *New Public Management* (NPM) à l'hôpital public au travers des réformes construisant la nouvelle gouvernance hospitalière laisse entrevoir l'accroissement des inégalités d'accès aux soins et aux services de santé provoqué par la standardisation des pratiques médicales aux dépens des patients les moins bien dotés socialement et économiquement. Il montre néanmoins que ces réformes ne s'appliquent pas de manière uniforme et qu'elles font l'objet de résistance de la part de nombreux professionnels. Mais ce travail n'ayant pas pour objet spécifique l'étude des inégalités sociales de santé, il n'en explore les ressorts qu'en périphérie.

D'autres travaux ont étudié les effets du tournant néomanagérial dans les administrations de l'État social remplissant des missions auprès de publics précaires. Le phénomène de « dualisation » des services publics, qui se divisent entre des dispositifs destinés à l'ensemble de la population « suivant des normes d'efficacité gestionnaire » et des services spécifiques réservés aux plus démunis, entraîne des représentations culturalistes des publics les plus démunis. Ces derniers sont compris comme « difficiles », voire « agressifs », renforçant leur stigmatisation et aboutissant à « un désengagement discret des institutions

publiques au nom même de l'amélioration du service aux populations "en difficulté" » (Siblot, 2005, citations p. 71 et 87). La course à la productivité et à la rationalisation tend par ailleurs à cantonner les personnes aux situations complexes dans des circuits spécifiques sous-dotés et embouteillés limitant leur accès aux droits et aux prestations.

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

L'assistance : traitement de la question sociale en santé et gouvernement des pauvres

« La "question sociale" est une aporie fondamentale sur laquelle une société expérimente l'énigme de sa cohésion et tente de conjurer le risque de sa fracture. Elle est un défi qui interroge, remet en question la capacité d'une société (ce qu'en termes politiques on appelle une nation) à exister comme un ensemble lié par des relations d'interdépendance » (CASTEL, 2007 [1995], p. 25).

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

La PASS est une structure assistancielle qui accueille ceux que la littérature sociologique appelle depuis les années 1990 les « désaffiliés » ou les « disqualifiés ». Ces concepts définissent sociologiquement ce que le sens commun appelle les « exclus » depuis les années 1980. Serge Paugam (2009 [1991]) parle de « disqualification » afin de souligner le caractère multidimensionnel, dynamique et évolutif de la pauvreté et le statut social des pauvres pris en charge au titre de l'assistance. Ainsi, « la pauvreté n'est pas seulement l'état d'une personne qui manque de biens matériels, elle correspond également à un statut social spécifique, inférieur et dévalorisé » (p. 15) et ce sont les relations d'assistance qui confèrent ce statut social au pauvre. La pauvreté n'est pas une condition objective, mais une

catégorie qui émerge à travers une définition socialement construite qui place le « pauvre » au bas de l'échelle sociale et lui attribue une identité stigmatisante, celle d'assisté. Robert Castel (2009) parle, quant à lui, de la désaffiliation, « c'est-à-dire [du] décrochage par rapport aux régulations à travers lesquelles la vie sociale se reproduit et se reconduit » (p. 292). Cette notion est assez proche de celle de Serge Paugam, mais elle insiste sur la dimension dynamique : la désaffiliation est l'aboutissement d'un processus. En ce sens, elle se distingue d'une vision duale entre exclusion et inclusion. Au contraire, les individus occupent des places au sein d'un « continuum de positions qui coexistent dans un même ensemble et se « contaminent » les unes les autres ». Il précise que :

« L'exclusion n'est pas une absence de rapport social mais un ensemble de rapports sociaux particuliers à la société prise comme un tout. Il n'y a personne en dehors de la société, mais un ensemble de position dont les relations avec son centre sont plus ou moins distendues » (CASTEL, 2007 [1995], p. 715).

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

La notion de question sociale, que Robert Castel emprunte aux débats sur le paupérisme engendré par l'essor du capitalisme industriel au XIX^e siècle, souligne l'échec relatif de la société dans sa capacité de cohésion sociale. L'ordre économique qu'apporte la Révolution industrielle engendre une forte pauvreté qui menace l'ordre social et la question se pose alors « de la place que peuvent occuper dans la société industrielle les franges les plus désocialisées des travailleurs. La réponse à cette question sera l'ensemble des dispositifs montés pour promouvoir leur intégration » (*ibid.*, p. 25-26). C'est « l'invention du social » : des mécanismes de redistribution des richesses par des systèmes d'assurance et d'assistance permettant de réguler les fortes inégalités et concourant à une stabilisation de la cohésion sociale (Donzelot, 1994). La répression, l'enfermement, l'éloignement constituent le second pendant, davantage ancré dans l'histoire, du traitement par l'État de la menace que constituent les exclus sociaux. L'étude de la question sociale s'intéresse donc aux réactions de la société face à ses marges désaffiliées.

« Le processus par lequel une société expulse certains de ses membres oblige à s'interroger sur ce qui, en son centre, impulse cette dynamique. C'est cette relation cachée du centre à la périphérie qu'il faut maintenant essayer de dégager » (CASTEL, 2007 [1995], p. 170-171).

Cette lecture de la question sociale renvoie aux dysfonctionnements structurels des sociétés capitalistes occidentales modernes échouant à assurer les sécurités fondamentales et produisant un défaut d'intégration et de régulation chez certaines catégories de la population. L'étude de ces phénomènes dans leur manifestation contemporaine dans le domaine de la santé est au cœur de notre travail.

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

De nombreux travaux en sciences sociales ont montré les caractéristiques de ce mode de gouvernement et les effets contraires à ceux affichés en termes d'intégration et de cohésion sociales. Ainsi, les processus « d'individualisation du droit et des protections » que signe le renouveau des politiques d'assistance identifiés par Robert Castel tendent à responsabiliser les désaffiliés, plutôt que de remettre en cause les mouvements structurels ayant mené à leur exclusion (*ibid.*, p. 766). En privilégiant des critères soumis à appréciation, plutôt que des critères de droit, et des contreparties en termes « d'insertion » (recherche d'emploi, démarches administratives...), ces prestations introduisent une notion de mérite dans leurs mécanismes d'attribution et distinguent les pauvres méritants de ceux qui ne le sont pas (et par extension les « pauvres légitimes à recevoir l'aide » des « pauvres illégitimes »). En cela, l'assistance moderne moralise les pauvres et leur assigne des identités (qui s'inscrivent dans un spectre allant du « bon pauvre » au « mauvais pauvre »). Elle entretient par ailleurs une suspicion visant à protéger ses prestations des « abus » exercés par les demandeurs illégitimes et maintient ainsi une domination sociale envers ces publics.

Vincent Dubois (2010a [1999]) a insisté sur le rôle essentiel des *street-level bureaucrats* (les agents de ces administrations directement au contact du public) dans la réalisation de ces politiques, ils y jouent celui d'entrepreneurs de morale. Ils disposent d'une marge de manœuvre importante dans l'interprétation des règles leur donnant un pouvoir discrétionnaire et rendant l'attribution de l'aide incertaine. L'assistance moderne renoue avec une tradition ancienne de l'assistance en contrôlant les comportements et en inculquant des normes de bonne conduite. Les différentes études ethnographiques font ressortir le rôle essentiel que jouent les ensembles de valeurs, de sentiments et d'émotions dans ce gouvernement par le bas laissant entrevoir la centralité d'une « économie morale » dans

le domaine de l'assistance³. Cette dernière contient une tension fondamentale et historiquement ancrée entre une fonction d'aide et d'intégration d'un côté et une fonction de contrôle et de répression de l'autre, entre inclusion et exclusion (Castel, 2007 [1995] ; Foucault, 2009 [1963]). Loin d'entrer en contradiction avec les réformes gestionnaires et les restrictions budgétaires que connaissent les différentes administrations publiques de l'État social, l'assistance dans sa forme moderne s'adapte à ces nouvelles règles, voire se redéfinit en fonction de ces dernières (Siblot, 2005).

Les études abordant cette question dans le domaine de la santé sont rares. Daniel Cefaï et Édouard Gardella (2011) se sont intéressés au dispositif d'assistance sociomédicale du Samu social de Paris pour décrire « l'urgence sociale en action » et comprendre la mise en œuvre de cette politique sociale publique sur le terrain. Grâce à une « ethnographie morale », ils décrivent notamment l'urgence comme une technique de gouvernement des sans-abri et en restituent ses dimensions politiques et morales. Isabelle Parizot (2003) de son côté a mené une enquête analysant l'assistance médicosociale aux plus démunis dans deux types de centres de soins gratuits : les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les dispensaires associatifs de Médecins du monde. À l'aide d'une classification de différentes « carrières morales des assistés », elle a étudié les rapports sociaux autour des processus identitaires et décrit les expériences vécues qu'engendre la fréquentation de ces lieux :

« Les expériences vécues par les patients apparaissent intimement liées à leur capacité à faire face au discrédit de l'assistance. L'assistance sociomédicale représente en effet une expérience stigmatisée, conduisant en cela à une trajectoire institutionnelle particulière » (p. 251-252).

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

3. Pour Didier Fassin et Jean-Sébastien Eideliman, une « économie morale correspond à la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social » (2012, p. 12).

l'espace hospitalier ou d'autres facteurs (notamment organisationnels et budgétaires, mais pas seulement), pourtant essentiels pour comprendre les normes et les valeurs qui guident l'action dans les PASS.

Le présent travail propose donc de voir dans quelle mesure les PASS ont pour fonction de gouverner ses patients et s'inscrit dans les logiques assistancielles décrites plus haut. Nous chercherons à présenter les principaux traits de l'économie morale de l'assistance en santé, c'est-à-dire « l'ensemble de valeurs, de sentiments et d'émotions » qui s'est constitué « comme dominant, légitime et évident » à l'intérieur du « cadre historique, politique et social » qui est le sien (Fassin et Eideliman, 2012, p. 17). Il s'agira notamment d'identifier les mécanismes d'inclusion et d'exclusion du dispositif et les différentes catégories de patients construites par les professionnels afin d'apporter, en dernière analyse, des éléments de compréhension de ce système de gouvernement en santé. Nous nous interrogerons également sur la possible reconfiguration de l'économie morale de l'assistance en santé qu'entraîneraient les réformes gestionnaires et budgétaires.

Enfin, une particularité de la PASS est qu'elle se destine principalement (mais non exclusivement) à des patients étrangers. Elle ne participe donc pas seulement à un gouvernement des pauvres, mais également de la migration. Le gouvernement de la migration par l'assistance n'a jamais fait l'objet de travaux à notre connaissance. En cela, nous rapprocherons notre analyse de travaux étudiant le gouvernement de la migration par le bas dans d'autres lieux. Alexis Spire (2008) a étudié les « guichets de l'immigration » (préfectures, direction du Travail, ambassades françaises à l'étranger) et a montré l'inscription de l'action des agents de ces guichets dans le maintien de l'ordre national. Ce dernier se décline entre l'ordre public (lutte contre la fraude), ordre moral (prévenir les possibles « abus » d'étrangers qui menacent le modèle social) et l'ordre économique (« utilité » pour la communauté française). Nous verrons en quoi l'analyse de l'activité dans les PASS peut se rapprocher de son analyse.

De l'augmentation du magistère de la médecine au gouvernement des pauvres

Le croisement de l'étude des inégalités sociales de santé et de celle du gouvernement des pauvres invite à identifier ce que Didier Fassin (1998) a qualifié de « sanitarisé du social ». Ce phénomène récent désigne une traduction d'un problème social en phénomène sanitaire « où le politique se dit dans le langage médical » ou, en d'autres termes, une pathologisation et une médicalisation des problèmes sociaux (p. 10; voir aussi Fassin, 1996). Ce concept est un développement des travaux rendant compte de la médicalisation de la société, c'est-à-dire de l'extension du pouvoir de la médecine dans la société⁴. La « sanitarisé » peut être comprise comme l'autre direction que prend le phénomène de médicalisation

4. Voir entre autres CONRAD, 1992b (1980) ; ILLICH, 1982 (1975). Du côté français, voir AIACH et DELANOË, 1998 et PANESE et BARRAS, 2008.

dans la société moderne par rapport à celle décrite par les travaux sur la « biomédicalisation » désignant les transformations technoscientifiques relatives à la santé, la maladie et la médecine à partir des années 1985 (Clarke *et al.*, 2003)⁵.

Mais le phénomène de « sanitisation du social » est-il si récent ? Le gouvernement des pauvres dans le domaine médicosanitaire a une longue histoire, aussi vieille que celle de l'institution hospitalière elle-même. Cette histoire souligne la tension entre les fonctions assistancielle répondant au risque d'exclusion et celles répressives, de contrôle et de maintien de l'ordre (Foucault *et al.*, 1979). En fait, elle renvoie au traitement de la question sociale dans sa dimension biopolitique. La biopolitique marque avant tout un changement d'orientation du pouvoir politique (que Michel Foucault situe aux alentours du XVIII^e siècle) qui se donne comme « fonction de gérer la vie » (« d'assurer, de soutenir, de renforcer, de multiplier la vie et la mettre en ordre »). Cela devient sa « raison d'être » et « la logique de son exercice » (Foucault, 1976b, p. 181). Michel Foucault (2004) définit la biopolitique comme la manière « de rationaliser les problèmes posés à la pratique gouvernementale par les phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en population : santé, hygiène, natalité, longévité, races... » (p. 323). La biopolitique, en tant que technologie politique de la vie, s'est développée autour de deux axes : les disciplines des corps (dressage, intensification et distribution des forces, ajustement et économie des énergies) et la régulation des populations (naissance, niveau de santé, durée de vie...) [1976b, p. 181-182 et 191]. Cette perspective invite à élargir les enjeux de la question sociale. Ces derniers ne s'expriment plus seulement en termes d'intégration et de cohésion sociale ou de régulation sociale, mais également en termes biopolitiques, c'est-à-dire que ces enjeux relèvent du gouvernement des personnes menacées d'exclusion sociale en tant qu'êtres vivants. Nous interrogerons donc les fonctions biopolitiques remplies par les permanences d'accès aux soins, notamment à travers l'étude de ses missions dites de santé publique.

Mais ce n'est pas tout ce que la perspective biopolitique apporte à notre analyse. Les théoriciens de la biopolitique qui ont suivi Michel Foucault ont

5. Dépassant l'ère de la médicalisation de la société, la biomédicalisation accompagne le remodelage des infrastructures organisationnelles, techniques, informationnelles, notamment à travers la généralisation de l'outil informatique et des technologies de l'information. Les auteurs identifient cinq tendances de fonds consubstantielles à ce phénomène : (1) l'explosion du secteur économique de la biomédecine (dans un système que les auteurs appellent « Biomedical TechnoService Complex, Inc. »), (2) la focalisation croissante sur la santé de manière générale (au-delà de la maladie et du pathologique) et le développement d'une surveillance et d'une gestion des risques biomédicaux, (3) le caractère de plus en plus technologique et scientifique de la biomédecine, (4) les transformations de la manière dont les savoirs biomédicaux sont produits, distribués et consommés et les transformations dans la gestion des informations médicales et (5) la capacité nouvelle des corps à se transformer et à intégrer de nouvelles propriétés et la production de nouvelles identités technoscientifiques individuelles et collectives (identités façonnées par des caractéristiques biomédicales comme, par exemple, les prédispositions génétiques, des groupes de patients à « haut-risque »...).

mobilisé la distinction aristotélicienne entre la *zoé* – la vie biologique, physique qui est la même chez les animaux et l'homme – et la *bios* – la vie de l'homme augmentée de sa dimension politique, celle inscrite dans un espace social⁶. Cette distinction permet de conceptualiser différentes valeurs de la vie selon qu'on considère la *zoé* ou la *bios*, distinction qui irait d'une vie biologique – ou vie nue – à une vie augmentée par ses dimensions sociales et politiques. Didier Fassin (2010) propose de concevoir la biopolitique en tant que politique du « vivant » au sens utilisé par Georges Canguilhem (c'est-à-dire compris dans sa matérialité, reliant le biologique au vécu expérientiel). Grâce à cet élargissement, il a décrit la « raison humanitaire », ce mode de gouvernement de la question sociale basé sur des sentiments moraux comme la compassion, une échelle de légitimité de la souffrance et une protection de la vie dans sa dimension sacrée. Ce dernier élément repose sur une conception d'un gouvernement biopolitique moral protégeant la *zoé* – ce qu'il appelle la bio-légitimité.

Miriam Ticktin (2011), dans son ouvrage *Casualties of care* étudiant les politiques d'immigration française depuis la fin des années 1990, défend une idée similaire : l'emprise grandissante d'un mode de gouvernement de la migration sur un mode humanitaire (temporalité de l'urgence, centralité de la compassion et de la souffrance...). Elle montre notamment que la focalisation sur la souffrance de l'exception humanitaire tend à réduire l'aide apportée autour de la préservation de la vie biologique (*zoé*) au détriment d'une reconnaissance de la vie politiquement et socialement constituée (*bios*). La clause humanitaire permettant aux étrangers malades d'obtenir un titre de séjour temporaire, par exemple, ne permet pas d'obtenir automatiquement une autorisation de travailler. Ces étrangers malades obtiennent donc en quelque sorte un « droit de ne pas mourir », sans que leur soient associés des droits politiques. En partant de ces résultats, on peut se demander dans quelle mesure la PASS participe à un « gouvernement humanitaire » qui s'inscrit dans un univers moral protégeant en priorité la vie biologique au détriment de la vie politique des patients. L'accès aux soins des patients de la PASS est-il conditionné par la reconnaissance de leur souffrance par les professionnels ? Ces questionnements recourent ceux sur le gouvernement assistanciel concernant l'économie morale de l'assistance en santé.

Par ailleurs et parce que la PASS accueille presque exclusivement des étrangers, dont de nombreux en situation irrégulière, nous nous demanderons si cette biopolitique ne s'inscrit pas aussi dans un gouvernement de l'immigration régulant indirectement les migrations liées à la santé. Enfin, à partir de ce cadre

6. La distinction entre *zoé* et *bios* a été mobilisée et conceptualisée dans la philosophie moderne par Hannah Arendt (1988) et reprise par Giorgio Agamben (1997) qui l'a appliquée au concept foucauldien de biopolitique pour expliquer son concept de la vie nue. Ce dernier explique que la modernité remet en cause la différence et l'écart entre *zoé* et *bios*, elles « entrent dans une zone d'indifférenciation irréductible » ce qui rendrait possible le totalitarisme (p. 17).

théorique, nous nous interrogerons sur les manifestations des inégalités dans les pratiques quotidiennes : Comment s'inscrivent-elles à l'intérieur des corps des patients ? Quelles sont les valeurs de la vie différenciées qu'elles attribuent ? Sur quels critères se basent-elles ? On s'interrogera également sur le rôle des critères de citoyenneté et budgétaires. Quelles sont les relations entre différenciation de valeurs de la vie, statut de citoyenneté et coût des prises en charge de soin ? Enfin, ces inégalités de valeur de la vie ne sont-elles pas, en dernière analyse, l'expression d'un système de santé stratifié à l'intérieur duquel le degré de *bios* reconnu correspond à un certain degré de protection de la santé ? Au bout du compte, la question qui nous intéresse est de savoir ce que la PASS nous dit sur la biopolitique contemporaine. Quels sont les objectifs recherchés ? Quels sont ses « biopouvoirs⁷ » et comment s'exercent-ils ?

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE ET DE LA MÉTHODE

Du terrain vers la théorie

La présente étude s'appuie sur une enquête de terrain réalisée entre juin 2010 et décembre 2015 dans des permanences d'accès aux soins de santé et dans des structures gravitant autour d'elles (associations et tutelles institutionnelles). La démarche adoptée pour ce travail mêle une approche hypothético-déductive et une approche inductive. Cette méthode, défendue par Pierre Bourdieu, Jean-Claude Chamboredon et Jean-Claude Passeron (2005 [1968]), permet d'élaborer des hypothèses de départ guidant l'entrée sur le terrain et de les faire évoluer en les confrontant au terrain. En ce qui concerne la montée en généralité, nous avons mobilisé la *grounded theory* ou théorie ancrée (voir Corbin et Strauss, 2008 [1990]). Cette méthode inductive consiste à élaborer de la théorie en partant du terrain sur lequel sont réalisées observations et entretiens qui sont construits et comparés selon la méthode de l'échantillonnage théorique. En ce sens, le terrain acquiert une double fonction, il permet de produire les données et il est le lieu de l'interprétation. Il y a un mouvement de va-et-vient continu entre le terrain et la théorie qui se nourrissent l'un et l'autre, dont le but n'est pas de vérifier des hypothèses préalablement construites, mais de comprendre le fonctionnement interne de l'objet social étudié et d'en dégager des mécanismes sociaux intelligibles qui sont élaborés en hypothèses⁸.

Cette démarche sera aisée à reconnaître tout au long de ce travail : c'est à partir du terrain que se sont construites les réflexions et les montées en généralité. Si au départ nos questionnements se sont concentrés autour de la question sociale,

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

8. Pour une synthèse de cette méthode, nous renvoyons à l'introduction de l'ouvrage d'Anselm Strauss (1992, p. 11-63) rédigée par Isabelle Bazzanger.

l'enquête empirique nous a poussé à l'élargir pour construire un cadre théorique y intégrant des réflexions autour de la biopolitique, de la citoyenneté, de la sociologie des professions et des organisations. De par les thématiques qu'elle traite, cette recherche se situe au croisement de plusieurs disciplines : l'anthropologie de la santé, la sociologie de la santé et des professions, la sociologie des organisations, la sociologie des politiques publiques et l'étude des migrations.

Pour réaliser l'enquête, nous avons recouru aux méthodes classiques de la sociologie qualitative, celles de l'entretien semi-directif, de l'observation (participante, semi-participante) et de la recherche documentaire et bibliographique (ouvrages académiques et rapports⁹). Le choix des PASS observées et des professionnels rencontrés s'est fait selon la méthode de l'échantillonnage théorique, c'est-à-dire que l'échantillon a été construit de manière progressive et s'est développé au fur et à mesure que le cadre théorique s'est affiné. En tout, des entretiens ont été conduits auprès de 40 professionnels et militants associatifs gravitant autour des PASS, 16 PASS ont été visitées dans huit villes différentes et des observations ont été réalisées dans cinq d'entre elles¹⁰. Nous avons réalisé une enquête approfondie avec des observations prolongées dans deux PASS, la PASS René Barthe de l'hôpital A (CHU de banlieue parisienne) et la PASS Apollinaire de l'hôpital C (CHU parisien). D'autres observations participantes ont été réalisées au sein d'un groupe de travail sur les PASS animé par une Agence régionale de santé (ARS), du collectif PASS, d'un centre de santé gratuit de Médecins du monde et d'un collectif d'association de défense des droits des étrangers (voir les tableaux 1 et 2 ci-contre). Des observations ponctuelles ont été réalisées à l'occasion de quatre colloques réunissant des PASS au niveau national et lors de l'assemblée générale de l'Association des professionnels de PASS de la région Rhône-Alpes (APPASSRA). Les entretiens, menés sur le type du « récit de vie », ont eu pour objet principal de retracer la constitution d'un espace du soin de la précarité et d'en comprendre le fonctionnement. Nous avons cherché à recueillir un discours narratif (le récit qu'un enquêté fait sur sa vie), notamment sur les pratiques, où l'enquêté a tenu un rôle d'informateur. Nous nous sommes également intéressé aux représentations des acteurs, leur ressenti et leurs opinions, en d'autres termes aux subjectivités, afin de mettre à jour les registres moraux des normes ayant cours dans le monde social étudié. Enfin, nous avons collecté des rapports d'activité (n = 17) et des études sur les

9. Concernant la rigueur méthodologique de l'enquête qualitative, nous renvoyons à l'ouvrage de Jean-Pierre Olivier de Sardan (2008).

10. Le choix de l'échantillon a privilégié une diversité géographique et contient des PASS de la banlieue parisienne, de Paris et de grandes et moyennes villes de région (nous nous sommes rendu à Marseille, Saint-Étienne, Grenoble, Lyon et à Elbeuf en Haute-Normandie). Un autre critère a été d'explorer la diversité organisationnelle. Pour cela, nous avons cherché à étudier des PASS dédiées (c'est-à-dire des PASS disposant de locaux et de personnel propres) et transversales (c'est-à-dire les PASS prenant la forme d'un dispositif transversal à l'hôpital et centrées sur le service social).

PASS (notamment afin de caractériser les patients), des documents internes qui datent de l'apparition des PASS, des rapports officiels et associatifs traitant de problèmes de l'accès aux soins et de thématiques proches.

Médecins responsables de PASS	11
Médecins attachés PASS et internes	4
Assistantes sociales	11
Infirmières	3
Cadres socioéducatifs	2
Directeurs d'hôpital	1
Coordinateurs régionaux	1
Employés des tutelles (agences régionales de santé, AP-HP, ministère de la Santé)	5
Responsables d'associations promouvant l'accès aux soins	2
Total	40

Tableau 1. – Entretiens.

Pass	Institutions	Associations
PASS parisiennes (6)	Agences régionales de santé (ARS) [2]	Associations de défense du droit à la santé des étrangers (3)
Hôpital C (CHU ; AP-HP) : PASS Apollinaire, PASS dédiée, observations et entretiens (n = 10) + PASS gynéco : PASS spécialisée, entretien (n = 1)	ARS A = entretiens (n = 2) avec le cadre en charge du dossier PASS et chargé du suivi et du financement des missions d'intérêt général (MIG) ; observations participantes dans le groupe de travail sur les PASS	Médecins du monde (visite de deux sites) Site A : Centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), région parisienne, observations (n = 1), entretien (n = 1)
Hôpital H (CHU ; AP-HP) : PASS dédiée, entretien (n = 1)	ARS B = entretien (n = 1) avec le coordinateur régional des PASS	Site B : Caso, région, entretien (n = 1)
Hôpital J (CHU ; AP-HP) : PASS dédiée, observations (n = 3) et entretien (n = 1)		Comede Association qui milite pour l'accès aux soins des étrangers, entretien (n = 1)
Hôpital M (CHU ; AP-HP) : PASS transversale, entretien (n = 1)		Observatoire du droit à la santé des étrangers Collectif d'associations, Paris, observation (n = 1)
Hôpital O (CHU ; AP-HP) : PASS transversale		

Pass	Institutions	Associations
<p>PASS de la région parisienne (5)</p> <p>Hôpital A (CHU ; AP-HP) : PASS René Barthe, PASS dédiée, observations et entretiens (n = 4)</p> <p>Hôpital B (centre hospitalier) : PASS transversale, entretiens (n = 2)</p> <p>Hôpital D (CHU ; AP-HP) : PASS dédiée, entretien (n = 1)</p> <p>Hôpital K (CHU ; AP-HP) : PASS transversale, entretien (n = 1)</p> <p>Hôpital N (centre hospitalier) : PASS transversale, entretien (n = 1)</p>	<p>Direction générale de l'Offre de soins DGOS</p> <p>Entretien (n = 1) : chargée de mission, responsable du dossier PASS</p>	<p>Associations professionnelles des PASS (2)</p> <p>Collectif national des PASS</p> <p>Observations participantes</p> <p>Association des professionnels des PASS de Rhône-Alpes (APPASSRA), observation (n = 1)</p>
<p>PASS de région (5)</p> <p>Hôpital E (CHU) : PASS dédiée, observations (n = 2), entretiens (n = 2)</p> <p>Hôpital F (hôpital psychiatrique) : PASS dédiée psy, entretien (n = 1)</p> <p>Hôpital G (CHU) : PASS dédiée, entretien (n = 1)</p> <p>Hôpital I (CHU) : PASS dédiée, observation (n = 1) entretien (n = 1)</p> <p>Hôpital L (CHU) : PASS dédiée, entretiens (n = 2)</p>	<p>Siège de l'AP-HP</p> <p>Entretien (n = 2) : coordi- natrice des services sociaux et chargée de mission ratta- chée au département de la politique médicale, chargée du dossier PASS.</p>	
<p>Total : entretiens n = 30 ; PASS visitées n = 16 ; observations dans 5 PASS</p>	<p>Total : entretiens (n = 5) ; observations GT PASS de l'ARS A</p>	<p>Total : entretiens (n = 3) ; observations au Collectif national des PASS</p>

Tableau 2. – Lieux d'enquête.

Règles d'anonymisation

Afin de protéger l'identité des personnes ayant participé à l'enquête de terrain, nous avons procédé à une anonymisation des lieux et des personnes. Néanmoins, afin d'éviter les écueils d'une déconnexion du réel et pour conserver une certaine cohérence avec le contexte de l'action, nous avons, autant que faire se peut, retranscrit leurs caractéristiques principales. Ainsi, les noms donnés aux personnes ayant participé à l'enquête conservent une cohérence de genre (pour les prénoms), de marquage social (nom à particule par exemple) et géographique avec ceux de la réalité. Les situations rapportées qui mettent en scène des patients ont également été construites pour respecter leur anonymat. En ce qui concerne les espaces, les hôpitaux et institutions, ils ont été anonymisés par des lettres (de A à O pour les hôpitaux, de A à B pour les agences régionales de santé et les associations) et décrits dans leur environnement de manière aussi précise que possible tout en préservant leur identification. Les permanences d'accès aux soins de santé sont désignées en fonction de leur hôpital (par exemple « PASS de l'hôpital C »), sauf pour celles des hôpitaux A et B qui ont un nom qui leur est propre et que nous avons anonymisé en gardant l'imaginaire auquel ils renvoient (« PASS René Barthe » et « PASS Apollinaire »).

Réflexivité et rapport au terrain

Réflexivité et biais idéologiques

La sociologie des sciences nous a montré que l'objectivité de la science en général, et des sciences humaines et sociales en particulier, est relative d'un contexte épistémologique. De ce fait, et comme le rappellent Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot (2005), « il n'y a pas de sociologie possible sans sociologiser les sociologues, c'est-à-dire sans les situer par rapport à leur objet d'étude » (p. 53).

Cette recherche sur l'accès aux soins des personnes démunies fait partie d'une tradition de travaux sociologiques à connotation politique dans le sens où elle propose une réflexion critique de l'action de l'État, des institutions et de la société civile. L'accès aux soins des personnes en marge du système de santé est un thème que j'ai choisi volontairement pour sa dimension politique et sa pertinence sociale¹¹. Au-delà de ses dimensions heuristiques et épistémologiques

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

essentielles, les sciences sociales sont, pour moi, un outil permettant de mettre à jour les mécanismes sociaux producteurs d'inégalités et d'injustices, c'est d'ailleurs avec cette lunette que mon travail peut être lu.

Le rapport au terrain : une histoire de famille

Mon intérêt pour la question de l'accès aux soins est très lié à une histoire familiale. D'ailleurs, quand on me demandait pendant mon doctorat sur quoi je travaillais, je répondais souvent, avec une certaine ironie certes, que « je faisais une thèse sur mon père ». L'histoire est en fait assez banale, lorsque je me suis décidé à poursuivre mes études de sociologie dans le cadre du doctorat, mon directeur de mémoire de master de l'époque m'avait fortement conseillé de chercher un terrain sur lequel je pouvais facilement accéder¹². C'est ainsi que je me suis tourné vers mon père qui avait commencé à travailler dans une permanence d'accès aux soins de santé quelques années auparavant et qui nous racontait, à l'occasion de dîners dominicaux, ce lieu « incroyable » qui ramenait dans notre banlieue « tous les conflits du monde » et où l'on rencontrait « toutes les misères et les traumatismes possibles ». Mes deux parents sont médecins, l'un généraliste, l'autre pédiatre, ils travaillent tous les deux dans la banlieue parisienne où j'ai grandi. Ils vivent leur travail comme un engagement politique et social : ma mère, désormais à la retraite, a travaillé comme salariée d'un centre de santé, d'une crèche et d'un centre de Protection maternelle et infantile, mon père travaille dans un cabinet en libéral dans une cité HLM d'une ville voisine à la nôtre et a longtemps milité dans les réseaux de médecins « de gauche post-soixante-huitards » (Syndicat de la médecine générale, réseau « Généralistes et toxicomanie »). Mes deux parents se sont lancés durant une dizaine d'années, de la fin des années 1990 à la fin des années 2000, dans l'aventure associative et ont ouvert une antenne de la Cimade dans notre ville où ils accompagnaient des sans-papiers dans la constitution de leur dossier de régularisation (cela est arrivé au moment où la régularisation pour raison médicale venait d'être votée, ce qui explique en partie l'implication de médecins engagés dans le soutien aux étrangers irréguliers). Le thème de l'accès aux soins et le milieu médical ne m'étaient donc pas étrangers, au contraire, ils font partie de mon histoire familiale. Cela a facilité mon insertion sur le terrain de recherche, d'une part, et, d'autre part, m'a fourni un bagage et des ressources qui m'ont aidé dans la compréhension de mon terrain. La proximité avec un « insider » m'a également permis d'accéder à des informations complémentaires tout au long de mon travail de recherche, notamment sur mon premier terrain à l'hôpital A. Néanmoins, cette proximité avec le milieu médical a également constitué un obstacle dans la réalisation de l'enquête de terrain. Son intériorisation a notamment favorisé la compréhension de la perspective des médecins – alors même qu'ils sont d'ores et déjà dominants

12. Je souhaite témoigner ici ma gratitude à Olivier Schwartz qui m'encadrerait à cette époque et qui m'a poussé à continuer la recherche en sociologie.

dans ce champ – et a contrasté avec la « distance sociale » existante vis-à-vis des autres professions (assistantes sociales et infirmières¹³) [voir Bonnet, 2009]. La perspective interactionniste adoptée de manière générale et la lecture de « L'hôpital et son ordre négocié » d'Anselm Strauss (1992, p. 87-112) en particulier m'ont invité à porter une attention particulière aux différents types d'acteurs et ont contribué ainsi à diminuer cette distance sociale et à développer des « compétences culturelles » spécifiques à ces milieux professionnels.

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

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

La PASS, les mondes sociaux et les segments

« Chaque monde social, centré sur une activité spécifique, développe ses propres modes de fonctionnement, sa division du travail et ses formes de rapports sociaux de production, ses marchés intérieurs et sa hiérarchie interne, ses normes, son langage spécifique, les connaissances et capacités nécessaires pour y exercer une activité, ses valeurs et conflits de valeurs, ses croyances, ses enjeux et les “jeux” autour de ces enjeux » (BERTAUX, 2010, p. 12).

Le monde social permet de conceptualiser un type d'activité spécifique (métier, activités culturelles, sportives, associatives...) s'insérant dans un espace social essentiellement dynamique. Il permet de s'intéresser aux interactions et aux situations de négociations tout en les replaçant dans un contexte structurel et d'étudier comment se produit le changement. Un monde social constitue un mésocosme (échelle inférieure du macrocosme de la société) qui se décline en plusieurs microcosmes. D'après Daniel Bertaux (2010), la démarche ethnologique, grâce à l'étude de plusieurs microcosmes que l'on compare entre eux (ici, une ou plusieurs permanences d'accès aux soins), donne des informations sur l'ensemble du mésocosme. Dans notre cas cette activité correspond aux soins prodigués à des groupes sociaux spécifiques, ceux situés aux marges du système de santé.

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

Le cadre conceptuel du monde social est l'une des bases qui a servi à l'analyse de l'espace du soin de la précarité¹⁴. Ce dernier, dont nous retraçons la constitution dans les premiers chapitres, est le produit de l'interaction entre des acteurs provenant de différents mondes sociaux (monde humanitaire, monde médical, monde politique) que nous nous sommes attachés à identifier. Plus précisément, il est étudié comme un segment naissant dans l'espace hospitalier, notamment au travers des PASS. Ce segment défend une idéologie (basée sur le droit à l'accès aux soins) et développe une organisation du travail et des pratiques du soin qui lui sont propres (approche médicosociale, intégration du travail social dans l'activité de soin, travail en réseau...).

La PASS et les champs sociaux

Les mondes sociaux et les segments ne sont pas les seules constructions théoriques pertinentes pour étudier le soin de la précarité. Le concept de champs social élaboré par Pierre Bourdieu permet d'aborder cet objet dans une autre perspective examinant l'hôpital moderne comme un espace structuré hiérarchiquement et délimité où des groupes en concurrence sont en lutte pour le monopole du capital spécifique légitime¹⁵. Appliquée à l'hôpital, la théorie des champs permet de situer la PASS et les professionnels qui y travaillent et de manière plus générale l'espace du soin de la précarité dans un espace concurrentiel.

Dans le champ hospitalier, le capital spécifique est le soin au sens large et comprend toutes les activités de soin et celles autour de celui-ci. Par exemple, on intègre dans cette définition les soins strictement médicaux, les activités de soins élargies réalisées par les soignants (infirmières ou aides-soignantes) ou les travailleurs sociaux, les activités d'organisation du soin... Nous l'appelons le capital de soin. Le soin n'a pas de définition fixe et stable (il peut être lu dans sa dimension économique ou budgétaire dans une logique managériale, dans sa dimension strictement médicale ou dans sa dimension globale). La conception du soin, tout comme la manière de le pratiquer, vont être l'objet de luttes et de

14. L'analyse des mondes sociaux repose sur le concept développé par Anselm Strauss et Ru Bucher (1961). Il comprend l'étude des segments professionnels. Ces derniers désignent « les groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession » et qui caractérisent sa grande hétérogénéité et les différences d'intérêts et de valeurs en son sein. Les auteurs montrent qu'au-delà d'une homogénéité de surface, de nombreux écarts et divergences s'observent à l'intérieur de ce groupe, voire même à l'intérieur d'une même spécialité, au niveau des valeurs, des intérêts et des règles de travail. La profession médicale est morcelée en une multitude de segments interdépendants et en mouvement qui sont autant de groupes à l'intérieur du groupe plus large de la profession médicale.

15. Nous reprenons ici les propriétés des champs que Pierre Bourdieu a notamment présentées dans ses cours à l'École normale supérieure en novembre 1976 et qui sont reprises dans son ouvrage *Question de sociologie* (2002, p. 113-120) et dans l'article dans lequel il les applique au champ de la haute couture (BOURDIEU et DELSAUT, 1975).

conflits entre les différents groupes qui composent ces espaces. Elles évoluent en fonction des rapports de force à l'intérieur du soin. Chaque groupe peut adopter une définition et des pratiques qui lui sont propres ; les groupes dominants sont cependant les seuls ayant la capacité d'imposer de la légitimité à leurs définitions et pratiques à l'intérieur du champ.

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

Les agents et entités sociales qui ont la meilleure maîtrise de ces éléments dans la pratique et la conception du soin qu'ils portent sont en haut de la hiérarchie de l'espace hospitalier. Plusieurs groupes et acteurs défendent et promeuvent différentes pratiques du capital spécifique en fonction d'ensembles normatifs qui sont en concurrence les uns avec les autres. Par exemple, un des groupes dominants à l'hôpital est constitué des médecins qui pratiquent des soins légitimés par l'ensemble normatif médicotéchnique. Un des groupes dominés est celui des infirmières pratiquant des soins qui ne sont pas légitimes dans l'ensemble normatif médicotéchnique. Elles tentent d'imposer un autre ensemble normatif, celui des soins d'accompagnement ou celui des soins compassionnels (Molinier *et al.*, 2009), qui leur permet de légitimer leurs pratiques. Ces différents groupes sont en concurrence dans la détention du capital spécifique. S'ils ont des définitions du soin différentes, les différents groupes s'accordent tous sur « la valeur du jeu » (l'hôpital est un lieu de soin) et les aspirants à plus de légitimité ne la remettent pas en cause, mais souhaitent plutôt ajuster sa définition en fonction de leurs pratiques. Les partisans d'une pratique du soin néomanagériale, par exemple, souhaitent avant tout avoir une nouvelle approche du soin en termes d'efficacité, d'efficacité et de qualité.

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

Quel usage des concepts de « champ » et « segment » ?

En ce qui concerne l'utilisation de la théorie des champs sociaux de Pierre Bourdieu ou celle des mondes sociaux et des segments de Anselm Strauss et Ru Bucher, nous n'avons pas cherché à privilégier ou à choisir l'une ou l'autre

dans notre analyse. Au contraire, nous nous en servons comme des moyens soutenant notre analyse dont les résultats les dépassent. À bien des égards ces théories se recourent d'ailleurs (dans leur approche dynamique et différenciée, l'intégration du conflit, la présence de différents groupes aux intérêts divergents...). Néanmoins, chacune d'entre elles apporte un modèle conceptuel différent permettant de saisir des phénomènes particuliers (mettant la focale sur les luttes concurrentielles ou sur les interactions). Nous en avons donc extrait leurs capacités analytiques et conceptuelles afin d'étudier notre objet. Appliquées à notre terrain, elles se sont révélées toutes les deux utiles et complémentaires en fonction des thèmes abordés ou des phénomènes observés. C'est pour cela que nous avons utilisé la notion « d'espace social », plus neutre, et parlons donc de « l'espace du soin de la précarité ». Ce concept de synthèse fait le lien entre les deux concepts. À certains endroits de l'ouvrage, lorsque le cadre analytique se fonde explicitement et principalement sur l'une ou l'autre de ces théories, nous avons cependant choisi de recourir aux termes de « champ » ou de « segment ».

Plan de la recherche

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

À l'aide d'une analyse au niveau méso, les quatre chapitres des grandes parties suivantes visent à situer la PASS et l'espace du soin de la précarité à l'intérieur du champ hospitalier. Dans la troisième grande partie, le premier chapitre apporte un aperçu sur les PASS et leur fonctionnement (notamment sur le mode de

financement). Il présente les différents types organisationnels de PASS observés sur le terrain que nous mettons en relation avec les conceptions et pratiques du soin développées en amont dans l'espace du soin de la précarité. Dans le second chapitre, nous nous interrogeons sur l'origine des divergences organisationnelles entre les différents types de PASS. Nous identifions trois logiques professionnelles concurrentes (traditionnelle, engagée et organisationnelle) caractérisant la pluralité des activités entre les PASS. Ces différentes logiques mettent en lumière deux types de normes dominantes à l'hôpital, celles issues de la nouvelle gouvernance et celles héritées de l'organisation professionnelle traditionnelle. Dans la troisième partie, le premier chapitre étudie les effets des normes dominantes sur les PASS et leur pénétration dans les activités quotidiennes de la structure. Ces analyses font ressortir un contexte général peu propice aux pratiques du soin de la précarité et aux PASS de manière générale. Enfin, le deuxième chapitre se penche sur les stratégies développées au sein de l'espace du soin de la précarité pour faire face à ce contexte défavorable.

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