

# Soigner les « exclus » dans les centres et réseaux de santé : des formes d'institutionnalisation différenciées de l'assistance socio-médicale en médecine de ville

**Mauricio Aranda**

DANS **SOCIOLOGIES PRATIQUES** 2022/2 (N° 45), PAGES 53 À 62  
ÉDITIONS **PRESSES DE SCIENCES PO**

ISSN 1295-9278

ISBN 9782724637595

DOI 10.3917/sopr.045.0053

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2022-2-page-53.htm>



**CAIRN.INFO**  
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.**

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Soigner les « exclus » dans les centres et réseaux de santé : des formes d'institutionnalisation différenciées de l'assistance socio-médicale en médecine de ville

---

Mauricio ARANDA<sup>1</sup>

**Résumé :** La loi de lutte contre les exclusions de 1998 formalise l'existence, au niveau national, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) à l'hôpital. Depuis, ses professionnels assurent des consultations médicales, ainsi qu'un travail social d'ouverture des droits sociaux, auprès de la patientèle sans couverture sociale et sans ressources. Ce modèle articulant dimensions sanitaire et sociale dans la prise en charge de personnes éloignées du système de santé a récemment été repris au niveau local. En 2013, l'Agence régionale de santé d'Île-de-France a mis sur pied l'expérimentation des PASS ambulatoires. Elle a décidé de les placer dans des institutions de soins primaires situées en dehors de l'hôpital, en l'occurrence des centres municipaux de santé et des réseaux de santé associatifs. Sachant que ces structures ont été choisies en raison de leur mobilisation pré-existante sur le sujet et que les PASS ambulatoires sont une transposition de ce qui se passe à l'hôpital, cet article s'interroge sur l'institutionnalisation de l'assistance socio-médicale produite par cette expérimentation. Si cette dernière fait apparaître ou renforce la dimension sociale de la prise en charge des patients, en permettant la création de postes qui lui sont dédiés, elle ne contribue pas à l'instauration d'un personnel médical supplémentaire – parfois nécessaire dans ces structures. Ainsi, cette expérimentation dans les centres et réseaux de santé se traduit par des formes d'institutionnalisation différenciées de la prise en charge de leur patientèle.

**MOTS CLÉS :** INSTITUTIONNALISATION, ASSISTANCE, SOINS PRIMAIRES, DROITS SOCIAUX, SANTÉ SOCIALE

La loi de lutte contre les exclusions de 1998 formalise l'existence des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) à l'hôpital. Leur mission consiste, d'une part, à prendre en charge les consultations médicales des personnes sans couverture sociale ni ressources et, d'autre part, à accompagner l'ouverture de leurs droits auprès de l'assurance maladie. Ces PASS, avec ou sans rendez-vous, font collaborer en leur sein du personnel médical, paramédical et social. Toutefois, comme Isabelle Parizot le formule dans *Soigner les exclus*, ouvrage pionnier portant sur ces consultations à l'hôpital, ainsi que sur leur équivalent dans le monde humanitaire, ces centres restent principalement

---

1. Chercheur postdoctoral en sociologie, CRESPPA-LabTop, Fondation Croix-Rouge française.

des « structures médicales et [...] les personnes s'y adressent, au moins dans un premier temps, pour des raisons médicales » (Parizot, 2003, p. 4). En ce sens, l'auteure les désigne comme mettant en place une assistance socio-médicale. Elle suggère que la primauté du médical dans ces centres permet de les différencier des établissements du secteur médico-social où la dimension « sociale » demeure, à l'inverse, prioritaire.

Avec plus d'une vingtaine d'années d'existence au niveau national, le dispositif des PASS hospitalières a déjà fait l'objet de recherches qui abordent sa genèse, ses transformations et son action au quotidien (Geeraert, 2022), l'accueil de la patientèle (Martin, 2018) ou les enjeux éthiques qui traversent les discussions de ses professionnels (Pierru, 2013). De leur côté, les permanences dites ambulatoires ont une origine plus récente et restent encore à explorer. Celles-ci voient le jour en 2013 dans le cadre d'une expérimentation de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS IDF). Coordinant leur mise en place, cette agence déconcentrée de l'État décide de les placer dans des institutions de soins primaires situées en dehors de l'hôpital, en l'occurrence les centres municipaux de santé (CMS) et les réseaux de santé associatifs (RS). Ces permanences ambulatoires se situent donc dans des établissements issus d'origines diverses (militantisme médical, d'une part ; politique municipale, de l'autre) et dotés de ressources budgétaires et humaines inégales. De plus, elles se différencient par au moins deux aspects d'autres structures de médecine de ville, en premier lieu, par leur caractère respectivement communal et associatif, en second lieu, par le recours à la salarisation, ou, en ce qui concerne les réseaux associatifs, au défraiement de médecins libéraux ou encore au bénévolat médical<sup>2</sup>.

L'ARS IDF indique que le choix concernant ces « opérateurs » a été effectué en raison de leur « mobilisation préexistante » en faveur de la patientèle sans droits ni ressources. Effectivement, des pratiques spécifiques dédiées à l'insertion des personnes éloignées du système de santé régulier font partie du répertoire d'action des centres et réseaux de santé. Compte tenu aussi bien de ces activités préalables que de la provenance hospitalière du dispositif, une énigme se dessine. Quel a été l'effet de cette expérimentation sur les pratiques d'assistance socio-médicale déjà présentes dans les CMS et les RS ? Autrement dit, est-ce que celle-ci a permis d'instituer dans ces structures, une prise en charge des patients en grande précarité à la fois « médicale » (d'accès aux soins) et « sociale » (d'accès aux droits), comme celle qui existe dans les PASS hospitalières ?

Pour répondre à cette interrogation, l'article propose d'aborder la mise en place du dispositif au travers du prisme des formes d'« institutionnalisation » auxquelles il participe<sup>3</sup>. Cette notion renvoie à « un processus complexe de routinisation de pratiques, de construction et de transformations d'organisations, de bureaucraties, de règles, de procédures et de savoirs spécifiques, afin de réduire les incertitudes des acteurs, de stabiliser leurs relations et de favoriser des façons d'agir standardisées, dans des domaines précis » (Aguilera et Rouzeau, 2020, p. 24). Elle fait référence à la « dimension

2. Comme nous le verrons plus loin, le RS n° 2 recourt au défraiement de médecins de ville et le RS n° 1 fait appel au bénévolat médical. Cette dernière pratique d'engagement (Duclos et Nicourd, 2005, p. 62) demeure assez peu répandue aujourd'hui dans le système de santé.

3. Je tiens à remercier François-Xavier Schweyer, Nadège Vezinat, Nicolas Simonpoli et les relectrices/relecteurs anonymes de la revue pour leurs commentaires avisés d'une première version de mon article.

permanente des tensions d'où ne cesse de résulter l'institué » (Lagroye et Offerlé, 2011, p. 19). Cette focale permet d'appréhender l'apparition du dispositif des PASS ambulatoires comme un moment potentiellement stabilisateur, dans l'espace de la médecine de ville, de pratiques de soins articulées avec l'intervention sociale (Astier et Medini, 2019). En ce sens, cette contribution analyse la manière dont cette expérimentation se traduit par des formes d'institutionnalisation différenciées de l'assistance socio-médicale. Elle montre que celle-ci renforce, de manière générale, dans les centres de santé et réseaux de santé, la dimension sociale de la prise en charge des patients sans droits ni ressources, par la création de postes qui lui sont dédiés. Toutefois, elle expose aussi que l'avènement du dispositif ne se traduit pas par un renforcement de la dimension médicale dans ces établissements. Cela crée indubitablement des inégalités dans le fonctionnement entre les PASS des CMS (structures bien dotées en médecins) et celles des RS (structures dont la possibilité du recours au personnel médical est très réduite).

Cet article se veut un apport à l'exploration aussi bien des politiques de lutte contre l'exclusion que des structures médicales dites de proximité. Fondé sur un travail de terrain (encadré 1), il s'organise en trois temps. Tout d'abord, il s'agit de donner des éléments de cadrage pour saisir l'extension d'un dispositif venu de l'hôpital dans le domaine des soins de ville, puis d'interroger les enjeux du portage de celui-ci par des institutions aux ressources variables qui disposent déjà de pratiques plus ou moins formalisées d'assistance socio-médicale. Enfin, les conséquences de cette expérimentation de l'ARS IDF sur la division du travail entre accès aux soins et accès aux droits sont abordés.

### **Encadré 1 : Des données issues de deux enquêtes de terrain**

L'une de ces enquêtes porte sur les CMS<sup>4</sup>, l'autre sur les PASS dans diverses institutions (principalement les hôpitaux, mais aussi les RS et les CMS)<sup>5</sup>. Parmi les 103 entretiens avec des professionnels du sanitaire et du social recueillis lors de ces investigations, 15 interviews concernent spécifiquement les intervenants de PASS de cinq structures de soins primaires. Elles sont ici rendues anonymes : trois CMS (n° 1, 2 et 3) et deux RS (n° 1 et 2). Aussi, sept entretiens individuels ou collectifs ont été réalisés avec des responsables de l'ARS IDF à propos du dispositif. Ces données, tout comme des observations et la consultation de la littérature grise sur les PASS ambulatoires, constituent l'assise empirique de cet article.

## **De l'hôpital à la ville : l'extension du dispositif PASS vers les structures de proximité**

Le dispositif apparaît dans un contexte marqué par la crise économique, le chômage de masse, la précarisation de l'emploi et la mise à l'agenda de l'« exclusion » (Viguié,

4. Enquête exploratoire du projet Épidaire-Territoires (juillet-septembre 2020) de l'Institut Jean-François Rey, sous la direction scientifique de N. Vezinat.

5. Enquête sur les PASS (octobre 2020-septembre 2021), menée avec N. Duvoux, dans le cadre d'une recherche plus générale sur la politique de l'ARS IDF et dirigée par D. Benamouzig.

2020). En effet, au cours des décennies 1980 et 1990, des médecins investis aussi bien dans l'institution hospitalière que dans les ONG médicales se mobilisent pour la diffusion de normes humanitaires à l'hôpital en vue de soigner les « exclus » (Geeraert, 2020 ; Izambert, 2019). Les PASS participent d'une extension de l'assistance dans la protection sociale : Revenu minimum d'insertion (RMI) en 1988, Couverture médicale universelle (CMU) en 1999, Aide médicale d'État (AME) en 2000. Ces mesures s'inscrivent dans une transformation ambivalente de l'État social (Duvoux, 2012) : alors que certaines étatisent la « protection maladie de base », d'autres mesures délestent petit à petit les « soins courants » aux assurés, de même qu'au secteur privé et concurrentiel des mutuelles (Palier, 2017, p. 93).

Quoi qu'il en soit, les PASS constituent pour l'institution hospitalière un retour partiel à ses origines. Si l'« hôpital moderne s'est construit contre l'hospice » (Schweyer, 2007, p. 724), un regain de sa mission historique d'assistance se fait de manière localisée, au travers de dispositifs spécifiques. Les « consultations précarité » voient le jour au début des années 1990 dans quelques hôpitaux, d'abord parisiens et franciliens, puis d'autres grandes villes. Leur nombre croît notamment suite à la loi de lutte contre les exclusions. À ce moment-là, les désormais nommées PASS hospitalières se comptent au nombre de 88 (hors APHP)<sup>6</sup> ; en 2012, elles sont 400 et, en 2018, 442 (Bertini *et al.*, 2020). De nos jours, 67 existent en Île-de-France, localisées majoritairement à Paris, en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne. Ces départements concentrent les plus hauts taux de pauvreté de la région (Labrador, 2013).

L'institutionnalisation de l'assistance socio-médicale se poursuit en dehors de l'hôpital au travers d'une expérimentation des PASS ambulatoires lancée en 2013 par l'ARS IDF. Celle-ci coïncide avec son premier projet régional. Un document de l'agence signale : « L'idée est [...] de promouvoir au sein de structures de premier recours de ville les dispositifs passerelles [vers le droit commun] tels qu'il en existe déjà dans le milieu hospitalier »<sup>7</sup>. L'objectif affiché est de renforcer l'accès aux soins des publics les plus démunis dans des institutions de proximité<sup>8</sup>. Pour les responsables de l'agence, il s'agit d'éviter de potentielles discriminations, en raison du manque de couverture sociale et de ressources. Le public visé est une patientèle locale en situation de pauvreté (habitants des quartiers, du bidonville situé en périphérie, etc.), alors que les permanences hospitalières reçoivent surtout des étrangers primo-arrivants<sup>9</sup>. Ayant affaire à des populations distinctes, ces dispositifs leur semblent complémentaires et non pas concurrentiels. Par ailleurs, alors que les PASS hospitalières sont financées au niveau national via une mission d'intérêt général (50 000 euros annuels minimum chacune), les budgets des PASS ambulatoires proviennent des seuls fonds de l'ARS IDF et sont renouvelés tous les ans. Aussi, l'agence n'a pas imposé un cadre contraignant (équipe type, objectifs à atteindre, etc.) aux structures participant à l'expérimentation qui a été lancée en vue de soutenir une action préexistante, avec un budget annuel de 20 000 euros par

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

7. « Les PASS ambulatoires », poster ARS IDF, 2018.

8. Cette logique s'est matérialisée également par la création d'équipes mobiles se déplaçant dans les lieux de vie des personnes (centres d'hébergement, campements, etc.). En 2018, 24 % des PASS hospitalières au niveau national ont développé ce type d'action.

9. Au niveau national, les étrangers représentaient 79 % du public des PASS hospitalières en 2018 (Bertini *et al.*, 2020).

structure, censé couvrir le temps de coordination et servir de moyen de défraiement pour les consultations médicales. Or, le dispositif a largement crû (5 « opérateurs » en 2013, 18 en 2022) et les financements ont suivi, en s'ajustant à l'activité (certaines structures reçoivent aujourd'hui jusqu'à 70 000 euros par an).

En 2017, 7 CMS et 3 RS portent le dispositif, pour moitié dans le département le plus pauvre de la région, la Seine-Saint-Denis, le reste étant réparti entre le Val-d'Oise, la Seine-et-Marne, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne. La décision de l'ARS IDF de mobiliser ces centres et réseaux de santé a été prise parce que ces structures étaient engagées dans des démarches d'accès aux soins et d'accès aux droits des plus démunis. Sachant que ces institutions relèvent soit du monde des associations soit des services communaux, il est possible de faire le rapprochement avec le mécanisme qui se déploie dans la réponse étatique vis-à-vis des problèmes publics perçus comme urgents. Au lieu de créer de nouveaux dispositifs de toute pièce, l'État subventionne des structures, déjà actives sur le terrain, qui connaissent les publics et qui bénéficient d'une certaine légitimité auprès de l'opinion publique (Lipsky et Smith, 1989). Par-là, il rentabilise son action, non seulement de manière opérationnelle et symbolique, mais également budgétaire.

Les PASS ambulatoires sont confiées à des institutions qui se ressemblent sur certains points : prise en charge pluriprofessionnelle et approche globale du patient, coordination territoriale de soins, support de politiques locales de santé publique. Pour autant, les centres (CMS) et les réseaux de santé (RS) (Bercot et Coninck, 2006, p. 8 ; Colin et Acker, 2009, p. 58) diffèrent en termes de ressources et de statut. D'une part, les CMS s'inscrivent dans une longue histoire des politiques municipales, notamment communistes en ce qui concerne la banlieue rouge de la petite couronne parisienne<sup>10</sup>, et comptent plusieurs dizaines de professionnels salariés de santé (médecins généralistes et spécialistes, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, etc.), du social (assistante sociale, médiatrice, etc.) et administratifs, dont une partie relève de la fonction publique territoriale, l'autre étant faite de contractuels (en particulier chez les médecins spécialistes). D'autre part, les réseaux de santé associatifs (RS) se caractérisent par le fait de disposer d'une petite équipe de salariés de moins de dix personnes (surtout des paramédicaux, travailleurs sociaux et gestionnaires administratifs) et de médecins qui interviennent soit comme partenaires du territoire (défrayés) ou comme médecins bénévoles. Par ailleurs, ces réseaux sont souvent issus d'engagements associatifs de professionnels de santé ayant eu lieu dans les années 1990 autour des addictions et de l'épidémie du sida. En raison de leur statut associatif, les RS sont davantage dépendants des subventions étatiques – notamment des financements par projets de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France – que les CMS. Cela a pu provoquer de leur part un ajustement au fil des années aux thématiques et/ou aux formes organisationnelles promues par leurs tutelles administratives.

---

10. L'article d'Igor Martinache dans ce dossier analyse d'ailleurs plus spécifiquement ces centres de santé municipaux.

## Les enjeux de l'inclusion du dispositif PASS dans les centres et réseaux de santé

Tant dans les CMS que dans les RS, la prise en charge des populations sans droits sociaux ni ressources préexistantes à l'expérimentation de l'ARS IDF. C'est le cas, par exemple, du RS n° 1. Fondé au début des années 1990, celui-ci se focalise au départ sur la réduction des risques pour les usagers de drogues et la prévention du VIH. Depuis 1997, ce réseau dispose de sa propre consultation médicale et sociale. Avant sa labellisation en PASS ambulatoire, cette action est financée par les adhérents du réseau et le département. Son directeur explique :

Notre consultation d'accès aux soins précarité est devenue au fur et à mesure du temps une PASS. Mais elle était déjà une PASS ambulatoire, dès 1997, qui n'avait pas le nom "PASS". [...] C'était le même fonctionnement.

C'est le cas aussi du CMS n° 1. Aux yeux de ses personnels, en partie des fonctionnaires territoriaux attachés au service public, cette activité « sociale » va de soi. Cela apparaît très clairement dans le discours d'une secrétaire médicale y travaillant depuis 30 ans qui évoque les arrangements faits depuis longtemps – et à bas bruits – afin de gérer le cas des personnes aux faibles ressources.

Comme je sais que [le directeur], il pense « on soigne d'abord et l'argent on voit après », je fais exprès de pas rentrer toutes les factures et d'essayer de les écarter sur plusieurs mois pour pas qu'ils aient 200 euros à sortir d'un coup et puissent payer petit à petit.

Pour saisir comment ces pratiques ont intégré le dispositif, il faut garder à l'esprit que « l'effectivité transformatrice des réformes [ici celle impliquant l'inclusion des PASS ambulatoires dans les centres et réseaux de santé] se joue dans la manière dont les nouvelles règles s'articuleront aux pratiques existantes » (Bezès et Le Lidec, 2011, p. 90).

Regarder d'abord l'intégration des PASS à l'hôpital peut permettre ensuite de saisir cet enjeu en contexte ambulatoire. En milieu hospitalier, leurs équipes se composent *a minima* de deux personnels volontaires dédiés au dispositif, l'un du corps médical, l'autre du service social. Toutefois, ces permanences peuvent, la plupart du temps, s'intégrer à des services plus larges (par exemple, une polyclinique, un centre de diagnostic, de santé publique, etc.). En travaillant dans des services plus grands, leurs professionnels ont souvent la possibilité de bénéficier de moyens humains (personnel paramédical, de secrétariat, services civiques, etc.) et matériels (boxes de consultation, ordinateurs, bureaux, etc.) supplémentaires. On pourrait ainsi parler d'une « subsidiarité institutionnelle » dont bénéficie la PASS à l'hôpital. Cette notion fait référence au fait que le dispositif peut s'appuyer sur des ressources qui ne sont pas nécessairement prévues pour lui au sein de son institution de rattachement. Le budget de la permanence (50 000 euros/an au minimum), bien que renégocié à la hausse en fonction de son activité, s'avère insuffisant pour financer autre chose que les temps de consultations médicales et sociales.

Qu'en est-il de l'expérimentation des PASS ambulatoires de l'ARS IDF ? Il apparaît que la possibilité pour les équipes travaillant dans le cadre du dispositif de recourir à des ressources complémentaires est inégalement distribuée. Ces moyens semblent pourtant nécessaires en raison du budget dédié aux permanences (*a minima* 20 000 euros/an

pouvant faire l'objet de revalorisations). Pour donner un ordre d'idée, la PASS du RS n° 2 reçoit au moment de l'enquête 40 000 euros par an. Ce montant est en deçà du budget alloué aux permanences hospitalières.

L'enquête permet de constater des modalités d'intégration différentes du dispositif en raison des ressources supplémentaires dont il peut bénéficier. D'une part, dans les CMS, il existe une subsidiarité institutionnelle proche de celle qui se produit à l'hôpital. Pour n'en donner qu'un exemple : les malades qui rentrent dans le cadre de la PASS peuvent bénéficier de toute la gamme de professionnels et personnels du centre municipal, bien au-delà des quelques postes consacrés spécifiquement au dispositif et financés par lui. En effet, l'expérimentation a souvent permis des créations de postes dédiés à l'intervention sociale : assistante sociale et médiatrice sociale (CMS n° 2) ; coordinatrice sociale (CMS n° 3). D'autre part, dans les RS, le dispositif se traduit par un renforcement de leur activité initiale via des subventions. En effet, leur action est déjà ancrée autour de consultations tant médicales que sociales, prenant des formes distinctes. Le RS n° 2 dispose d'un poste de coordinatrice sociale, ainsi que de moyens pour défrayer des médecins de ville. Le RS n° 1, en raison d'autres subventions, a une équipe salariée un peu plus importante, à savoir un coordinateur médical<sup>11</sup>, deux assistants sociaux, deux infirmières et une secrétaire. Son action médicale est néanmoins essentiellement réalisée par des praticiens bénévoles. Ce que l'on constate ici c'est que l'assistance socio-médicale des RS, portée aujourd'hui par leurs PASS, ne peut se reposer sur la même subsidiarité institutionnelle que les CMS.

L'expérimentation de l'ARS IDF semble donc asseoir un fonctionnement déjà là dans les RS, alors qu'elle permet le développement d'une action sociale incarnée par de nouveaux postes dans les CMS où l'institutionnalisation du dispositif entraîne des recrutements de professionnels du social. Il faut maintenant analyser les effets de l'expérimentation sur la division du travail dans ces institutions.

## **Effets différents sur la division du travail d'assistance socio-médicale en soins primaires**

Il ressort de notre recherche que la mise en place des PASS ambulatoires tend à reconfigurer dans les CMS ou à renforcer dans les RS la « division technique du travail ». Des compétences spécifiques au social se développent ou se maintiennent à côté des compétences médicales, chacune d'entre elles étant incarnée par des groupes professionnels distincts mais interdépendants.

Du côté des centres municipaux, l'expérimentation de l'ARS IDF provoque une complémentarité plus formelle entre « social » et « santé ». En effet, ceux-ci ne disposaient pas de personnels dédiés à l'accompagnement social des patients – cela est toujours le cas pour le CMS n° 1. L'intégration du dispositif dans les CMS n° 2 et 3 leur donne les moyens de financer des postes dédiés aux démarches administratives et d'intervention

---

11. Il s'agit d'un médecin hospitalier qui est payé pour son action de coordination auprès du RS n° 1. Jusque très récemment, la convention qui liait l'hôpital de la zone et le RS n° 1 rendait cette prestation presque gratuite.

sociale auprès des bénéficiaires, pour une prise en charge extra-médicale. Du côté des réseaux de santé associatifs, cette division du travail constituait un fait : les postes d'assistants de service social (RS n° 1) et de coordinatrice sociale (RS n° 2) préexistaient à la mise en place de leurs PASS. Dans ce dernier réseau, la coordinatrice s'occupe depuis son arrivée au début des années 2000 d'orienter des patients vers les médecins libéraux du territoire partenaires du RS ou d'en recevoir de leur part. Dans tous les cas, elle leur délivre des bons leur permettant de régler leurs consultations (les médecins sont défrayés par la suite). Elle accompagne aussi l'ouverture de droits auprès de l'assurance maladie (demandes d'AME ou de complémentaire santé solidaire (CSS), selon leur situation administrative, respectivement irrégulière ou régulière). Dans le cas de cette professionnelle, comme dans celui des assistants de service social du RS n° 1, la PASS ambulatoire réaffirme une complémentarité entre tâches sociales et sanitaires déjà là. Il faut préciser que les subventions de l'ARS IDF ont toutefois permis la création d'un nouveau poste au sein de ce réseau. Une médiatrice parlant le roumain a rejoint l'équipe afin de s'ajuster à une particularité locale, à savoir la présence d'un bidonville « rom » sur le territoire.

L'articulation entre ces deux dimensions du travail semble parfois poser problème du côté des réseaux de santé. Lorsque le principe est l'orientation vers les médecins de ville (RS n° 2), le manque de personnel médical n'est pas vraiment ressenti. Au contraire, dans le RS n° 1 qui propose des consultations médicales et sociales et dont l'offre médicale assurée par des médecins bénévoles effectuant chacun une consultation d'une demi-journée tous les deux mois est insuffisante, les membres de l'équipe regrettent un suivi irrégulier des patients.

Le directeur se plaint de la « sous dotation » de la PASS. Il travaille ici avec des médecins bénévoles. Aujourd'hui, typiquement, seul jour de consultation de la semaine, le médecin n'est pas venu. C'est rare mais ça peut arriver. [...] Il me dit qu'il va demander un « vrai budget » à l'ARS. L'actuel couvre seulement un temps partiel de travail social et d'infirmière, mais pas de personnel médical. (Notes de terrain)

Par ailleurs, l'expérimentation des PASS ambulatoires produit des effets sur la « division morale du travail » (Hughes, 1996) au sein des centres et réseaux de santé. De manière générale, elle renforce l'importance des activités d'écoute des patients et d'ouverture de leurs droits sociaux. Dans le cadre des RS, l'intervention sociale était déjà présente et occupait une place centrale. À la différence du personnel médical, uniquement bénévole ou défrayé après coup, les agents du « social » sont ici salariés et cela depuis la création de leur association dans les années 1990. En ce qui concerne les CMS, les postes de médiatrice (CMS n° 3) ou de médiatrice et d'assistante sociale (CMS n° 2) sont plus récents et moins installés que ceux du personnel soignant (médical, paramédical, etc.). Leur présence dans ces structures découle directement de la création du dispositif des PASS ambulatoires. Le cas du CMS n° 1, où il n'a pas été encore question de créer un de ces postes, rend compte, en creux, d'un transfert manqué du dispositif auprès du personnel soignant. La responsable administrative du centre signale par exemple la forte présence de familles migrantes hébergées sur le territoire et venant consulter dans la structure et considère que leur suivi social doit être effectué par les associations caritatives du territoire. En quelque sorte, cette responsable renvoie le travail social vers l'extérieur, mais aussi à certaines compétences qui ne sont pas celles du CMS.

On les a re-rencontrés [les trois travailleurs sociaux de l'association qui héberge ces ménages] dans le cadre de la PASS parce que moi je m'apercevais que dans les familles qui sont sans droits, il y en avait beaucoup qui venaient du centre d'hébergement d'urgence. Et qu'elles sont pas du tout accompagnées pour pouvoir retrouver leurs droits. En gros, elles viennent ici, elles ne payent rien, puis ben il n'y a personne qui s'occupe de quoi que ce soit.

En somme, l'expérimentation des PASS ambulatoires se traduit par des formes d'institutionnalisation différenciées des pratiques d'assistance socio-médicale en soins primaires de ville. En effet, l'arrivée du dispositif, avec ses subventions et son principe de coordination professionnelle entre santé et social, a des conséquences contrastées sur les structures réceptrices. S'il renforce les manières de fonctionner des RS – sans combler les carences en termes de personnel médical –, il introduit avec plus ou moins de succès l'idée du besoin d'accompagnement social pour les patients au sein des cms. On voit ainsi comment la « santé sociale », « norme émergente dans l'action publique favorisant l'interprofessionnalité pour faire face à des situations médicales complexes » (Duvoux et Vezinat, 2022, p. 9-10), infuse dans les organisations de soins primaires en ville, ici pour les populations les plus éloignées du système de santé, en faisant la synthèse entre pratiques préexistantes et nouveaux moyens humains et matériels. Il conviendrait de poursuivre l'analyse de ce que cette lutte contre l'exclusion produit auprès des groupes professionnels qui la mettent en œuvre et de la manière dont ces ensembles « évolutifs, vulnérables, ouverts, instables » (Demazière et Gadéa, 2009, p. 20), se transforment ou voient leurs contours redéfinis.

mau.aranda@gmail.com

## Références bibliographiques

- AGUILERA T., ROUZEAU M. (2020), « Les solidarités : entre institutionnalisation, pluralisation et mises en cause », dans AGUILERA T., ROUZEAU M. (dir.), *Le Gouvernement des solidarités : enjeux socio-politiques et territoires d'action*, Boulogne-Billancourt, Berger-Levrault, p. 17-38.
- ASTIER I., MEDINI A. (2019), *Sociologie de l'intervention sociale*, Malakoff, Armand Colin.
- BERCOT R., DE CONINCK F. (2006), *Les Réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris, L'Harmattan.
- BERTINI B., LAPORTE R., PIEGAY E., SCHWARTZ M. (2020), « Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les soins aux populations migrantes », *ADSP*, 111, p. 35-36.
- BEZÈS P., LE LIDEZ P. (2011), « Ce que les réformes font aux institutions », dans LAGROYE J., OFFERLÉ M. (dir.), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, p. 75-101.
- COLIN M.-P., ACKER D. (2009), « Les centres de santé : une histoire, un avenir », *Santé publique*, 21, hs1, p. 57-65.
- DEMAZIÈRE D., GADÉA C. (dir.) (2009), *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte.
- DUCLOS B. H., NICOURD S. (2005), « Le bénévolat n'est pas le résultat d'une volonté individuelle », *Pensée plurielle*, 9 (1), p. 61-73.

- DUVOUX N. (2012), *Le Nouvel Âge de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques*, Paris, Seuil.
- DUVOUX N., VEZINAT N. (dir.) (2022), *La Santé sociale*, Paris, PUF.
- GEERAERT J. (2020), « Temporalité et rôle des passeurs. Le transfert et la consolidation des normes du soin de la précarité vers l'hôpital public », *Revue française de science politique*, 70 (5), p. 639-656.
- GEERAERT J. (2022), *Dans la salle d'attente du système de santé : enquête dans les permanences d'accès aux soins de santé*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- HUGHES E. C. (1996), *Le Regard sociologique*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- IZAMBERT C. (2019), « Une crise sanitaire du Sud dans un pays du Nord ? », *Mouvements*, 98 (2), p. 95-105.
- LABRADOR J. (2013), « Regards sur la pauvreté en Île-de-France », *INSEE*.
- LAGROYE J., OFFERLÉ M. (dir.) (2011), *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin.
- LIPSKY M., SMITH S. R. (1989), « When Social Problems Are Treated as Emergencies », *Social Service Review*, 63 (1), p. 5-25.
- MARTIN P. (2018), « De l'État social à l'État humanitaire », *Savoir/Agir*, 43 (1), p. 89-96.
- PALIER B. (2017), *La Réforme des systèmes de santé*, Paris, PUF.
- PARIZOT I. (2003), *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, PUF.
- PIERRU F. (2013), « Impératifs gestionnaires et phronesis médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien », *Qua-derni. Communication, technologies, pouvoir*, 82, p. 67-82.
- SCHWEYER F.-X. (2007), « Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences », dans PAUGAM S. (dir.), *Repenser la solidarité*, Paris, PUF, p. 723-745.
- VIGUIER F. (2020), *La Cause des pauvres en France*, Paris, Presses de Sciences Po.