

La stratification du système de santé public à ses marges basses. L'exemple de la France.

Jérémy Geeraert

Introduction

« Pourquoi on a créé un système qui crée des gens sans droits mais qui dit qu'en même temps il y a un dispositif pour payer ? Enfin je veux dire, il y a un truc un peu... Disons qu'il y a une contradiction en disant "on va faciliter l'accès aux soins et en même temps on met des obstacles à l'accès". Et forcément les deux discours, enfin la création... Ça peut être intéressant de travailler la question : pourquoi on crée un obstacle et puis on offre une solution ? Est-ce que c'est vraiment pour ouvrir... Enfin c'est quoi l'objectif de tout ça ? [...] Bah, c'est un peu un cache sexe parfois la PASS (Permanence d'accès aux soins de santé). Non, mais ça peut avoir une utilité, mais ça a un côté, on vous dit qu'il y a des gens qui vont pas avoir un vrai accès aux soins et après on vous dit : "mais on crée un dispositif pour que ces gens qui ont pas un vrai accès aux soins, ils en aient un". » (Extrait d'entretien réalisé en Mars 2012 avec le juriste d'une association qui milite pour l'accès aux soins des personnes exclues du système de santé).

Le système de santé français est réputé comme l'un des plus performant du monde. Il repose sur un large système d'assurance public. L'Assurance maladie, appellation générique qui désigne la système de protection maladie public, 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 (Direction de la Sécurité sociale, 2015). Afin de lutter contre les inégalités sociales de santé, cette protection est augmentée pour les personnes à bas revenus. Ainsi, grâce à la Couverture maladie universelle et sa complémentaire (CMUc), les personnes pauvres¹ 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 en situation irrégulière résidant en France (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 grâce à la loi de lutte contre l'exclusion 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

¹ Le seuil de la CMUc est fixé à 40 % du revenu médian net pour une personne seule. Ce seuil

de santé traditionnel et contraints de recourir à des dispositifs d'assistance. C'est ce paradoxe qu'évoque Florent, salarié d'une association militant pour l'accès aux soins et aux droits des étrangers dans l'extrait d'entretien mis en exergue et que nous proposons d'explorer.

L'hypothèse qui servira de fil directeur à ce chapitre est celle de la stratification des marges du système de santé². Celle-ci permet une lecture de ce paradoxe explorant une vision biopolitique du gouvernement par la protection de la santé. La biopolitique, comprise comme une pratique du pouvoir dont la fonction est la gestion de la vie elle-même, se développe 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, etc.) (Foucault, 1976, p. 181, 182 et 191). En se concentrant sur ce deuxième axe, la question qui nous intéresse est la suivante : que nous dit l'hypothèse de la stratification des marges du système de santé sur la nature de biopolitique dans la France moderne ? Pour répondre à cette question, nous nous intéresserons particulièrement à la manière dont se construisent à l'intérieur du système de santé public des catégories de patients qui sont plus ou moins légitimes et comment l'accès aux soins est remis en question pour certaines catégories. Cette remise en question peut aller d'un rationnement des soins à une exclusion des soins. Nous verrons, que la stratification étudiée place principalement aux bords du système des catégories d'étrangers en situation de précarité multiple, dessinant ce que nous appelons une « biopolitique de la migration ». À partir de la distinction faite par Giorgio Agamben entre vie nue et vie augmentée de ses dimensions sociales et politiques (Agamben, 1997), l'analyse soulignera un processus de construction de différentes valeurs de la vie, correspondant à différents degrés de ce qu'est une vie méritant d'être protégée. Nous verrons que la stratification et les différentes valeurs de la vie qui y sont associées sont construites à la fois au niveau local par les professionnels de santé et, à un niveau national, par le système de protection maladie.

Les matériaux empiriques et les lectures sur lesquels ce chapitre se base sont tirés d'un travail de thèse en sociologie dont le sujet est l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé dans la France contemporaine. Une enquête empirique a été menée sur une période de trois années (2010-2013) dans les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) (Geeraert, 2017). Ces dernières sont des petites structures hospitalières qui visent à (ré)insérer les personnes éloignées du système de santé (en grande majorité des étrangers en situation précaire et dépourvus de couverture maladie). Pour ce faire, elles agissent selon deux modalités. D'une part, elles offrent la possibilité d'accéder aux soins et aux médicaments de manière ponctuelle et gratuite (en fonction de l'offre de soin de l'hôpital et à partir d'une liste de médicaments réduite). D'autre part, elle propose un accompagnement social qui vise à obtenir, lorsque cela est possible, une couverture maladie. Dans ce sens, les PASS sont avant tout pensées comme des passerelles pour (ré)intégrer le système de

~~réintégrer le système de santé public (par exemple, pour les personnes qui n'ont pas de couverture maladie)~~

santé principal. C'est dans le cadre d'une loi de 1998, dite « de lutte contre les exclusions », que les PASS sont nées.

L'enquête empirique s'est déroulée dans 16 PASS dans différentes villes françaises (il existe un peu plus de 350 PASS en tout). Elle a été réalisée à partir d'entretiens (n=50) et d'observations. Les entretiens ont été menés principalement avec des professionnels travaillant dans les PASS (médecins, travailleurs sociaux et infirmiers) et autour de la PASS (directeurs d'hôpital ; employés des tutelles, telles que des Agences régionales de santé, travaillant sur les PASS ; militants d'association de défense de la santé des étrangers).

Ce chapitre s'organise autour de deux axes principaux. Le premier, constitué des trois premières sous-parties, montre la construction de la stratification des marges du système de protection maladie. Celle-ci passe tout d'abord par une construction légale de catégories d'étrangers menant à une stigmatisation et à une précarisation multiple. Ces catégories ont ensuite été transposées dans le système de protection maladie, en isolant certaines d'entre-elles à l'intérieur de celui-ci, en excluant d'autres. Il en résulte une stratification du système du système de santé accordant différents degrés de protection selon les catégories d'étrangers. Le second axe, formant les deux dernières sous-parties, s'intéresse à la place de la PASS dans ce système de santé et aux formes de stratification qu'elle (re)produit au niveau local.

1. Une construction légale et historique de catégories d'étrangers « bridés »

L'invention de l'« étranger », en tant qu'il s'oppose à un « nous » français, remonte au moment du processus de construction d'un idéal-type national français qui s'est étalé tout au long du XIX^e siècle et qui a supposé l'inclusion de certains groupes et l'exclusion d'autres. La révolution française et l'invention des Droits de l'Homme et du Citoyen ont marqué la naissance d'une nouvelle approche visant à tenir à la fois la défense de droits universels et une application de ces droits qui se réalise autour de la nationalité. Double objectif qui peut se heurter à des intérêts divergents (Schuster, 2003, p. 75 et suiv.). La diffusion de visions racistes et xénophobes, liées à la question migratoire, a émaillé l'histoire de la France depuis lors, se concentrant principalement sur les périodes de crise économique et d'insécurité sociale. Ainsi se sont développées à l'égard de ces groupes des pratiques de surveillance, de fichage et de contrôle apposées à un argumentaire sécuritaire.

Dans la période de l'après Seconde Guerre mondiale, c'est surtout à partir des années 1970 que « l'immigré » est érigé en problème social³. Ce sont tout d'abord des hauts fonctionnaires au sein des ministères qui construisent un discours associant le désordre social au phénomène migratoire tout en visant tout particulièrement l'immigration algérienne (Laurens, 2009). Ils sont suivis, à partir des années 1980, par le Front national, parti politique d'extrême droite, qui participe activement, surtout à partir de son décollage politique au début des années 1980, à la mise en avant du « problème de

³Pour une approche socio-historique de l'histoire de l'immigration en France, voir Noiriel (2006).

l'immigration » dans les débats médiatiques et politiques (Dézé, 2012). Concomitamment à la construction d'une image sociale négative, on observe en France — comme dans les autres pays occidentaux — un phénomène de production légale d'illégalité concernant le statut de séjour de certaines catégories d'étrangers, ce que De Genova décrit comme un processus d'« illégalisation » des étrangers (2002, sur ce sujet voir également Cvajner et Sciortino, 2010 ; Coutin, 2000 et sur le cas français voir Ferré, 1997 ; Fassin et Morice, 2001).

En France, les gouvernements successifs déploient un arsenal juridique et légal pour limiter le phénomène migratoire et illégaler une part toujours plus importante des étrangers vivant en France⁴. Une réaction immédiate à la crise économique causée par les chocs pétroliers de 1974 et 1975 est de fermer les frontières à l'immigration de travail. Ainsi, l'arrêt de l'immigration est présenté comme une solution au problème de la crise, créant une relation causale fondamentale dans l'imaginaire social entre crise économique et phénomène migratoire. Les contrôles aux frontières sont renforcés à partir de ce moment et les sans-papiers irréguliers contraints au départ (ce qui implique l'introduction de contrôles d'identité à grande échelle sur le territoire national)⁵. La circulaire « Marcellin-Fontanet » (1972) avait déjà préparé le terrain puisqu'elle interdisait la régularisation des immigrés entrés en France sans contrat de travail. Auparavant cette pratique était très répandue et le séjour irrégulier largement toléré, les migrants obtenaient un contrat de travail une fois arrivés en France, ce qui leur ouvrait des droits aux systèmes de protection sociale et à la régularisation (Cohen, 2012, p. 20). La régularisation de leur situation de séjour était alors vue comme une démarche possible a effectué, mais non obligatoire. Cette interdiction de la régularisation a posteriori conduit à produire de l'irrégularité en grand nombre chez les travailleurs étrangers en France.

À partir de 1977, une politique « d'aide au retour » est amorcée, elle vise à diminuer la population étrangère présente en France en favorisant les « retours volontaires » de travailleurs étrangers dans leur pays d'origine. À cela, s'ajoute l'arrêt du renouvellement des titres de séjours, créant ici aussi de l'illégalité en masse, mais cette fois parmi les étrangers qui résidaient jusque-là de façon régulière sur le territoire français.

Le regroupement familial, disposition permettant aux étrangers vivant en France de faire venir leur famille restée dans le pays d'origine, fait également l'objet de tentatives de restriction. Cette politique — qui a été commencée dans l'entre-deux-guerre et encouragée, voire facilitée, entre 1945 et 1965 dans une volonté de relancer la croissance démographique — est stoppée en 1974 en même temps que l'immigration de travail. Les tentatives gouvernementales répétées afin de stopper ou de restreindre le regroupement familial n'aboutissent cependant jamais, à la fois en raison des protestations de la société civile et parce qu'elles entrent en contradiction avec la Convention

⁴ On se réfère à l'ouvrage de Fassin et Morice (2001) pour une analyse de la politique d'immigration de travail en France. Le statut d'immigré est défini par le fait d'être étranger et de résider en France de façon régulière. Les étrangers qui résident en France de façon régulière sont considérés comme des immigrés. Les étrangers qui résident en France de façon irrégulière sont considérés comme des sans-papiers.

européenne des droits de l'Homme, signée par la France le 4 novembre 1950, qui reconnaît un « droit au respect de la vie privée et familiale » (art. 8). Si le principal résultat de ces événements est de consacrer le regroupement familial en droit à partir de 1978, la critique portée par le gouvernement a également pour effet de jeter le discrédit sur les familles étrangères en France, surtout celles en provenance du Maghreb (Cohen, 2014). La tentative infructueuse d'interdiction de travailler pour les nouveaux arrivants bénéficiant du regroupement familial contribue également à associer un peu plus les étrangers au problème du chômage. Enfin, la loi Bonnet de 1980 criminalise l'irrégularité du séjour en en faisant un motif d'expulsion et a légalisé la rétention administrative dans des centres de privation des libertés.

L'arrivée de la gauche au pouvoir à partir de 1981 marque une période d'assouplissement de cet arsenal juridique répressif : des régularisations ont lieu, l'aide au retour est supprimée, le regroupement familial est facilité, des garanties encadrent les procédures d'expulsion, etc. Cette période constitue une rupture importante sur le plan symbolique : la population étrangère installée en France n'est plus considérée comme de la main d'œuvre mais comme une composante de la société française (Lochak, 1997). D'un autre côté, la percée de l'extrême droite sur la même période contribue à construire parallèlement une image illégitime des étrangers et à poursuivre peu de temps après cette période d'assouplissement une politique répressive à leur égard (contrôles massifs pour détecter les étrangers en situation irrégulière, réapparition d'une aide au retour, limitation du regroupement familial, etc.).

Le retour de la droite au pouvoir au moment de la cohabitation annonce une nouvelle période répressive. La loi Pasqua de 1989 durcit l'entrée au séjour et rétablit le régime d'expulsion d'avant 1981. Depuis, un jeu de va et vient au gré des alternances entre la gauche et la droite caractérise la politique migratoire : la gauche assouplit les politiques restrictives régulièrement réalisées par la droite gouvernementale sans les supprimer. La loi Pasqua de 1993 accentue encore davantage ces politiques répressives en limitant notamment le droit au séjour (surtout dans le cadre du regroupement familial), créant ainsi de nouveaux « irréguliers » pour qui les mesures d'expulsion sont facilitées. Cette loi fait du titre de séjour temporaire la norme, favorisant grandement la production d'irréguliers (lorsque les titres de séjour ne sont pas renouvelés) et de situations d'entre deux juridiques (à la frontière de la régularité et de l'irrégularité) que la lenteur des procédures administratives accentue encore davantage.

Au cours des années 1990, le nombre grandissant de ceux qu'on appelle désormais les « sans papiers » et la répression dont il font l'objet (pouvant conduire à leur expulsion) créent des situations humainement insupportables. Il en va ainsi des étrangers en situation irrégulière malades (notamment ceux atteints du VIH) dont le renvoi dans le pays d'origine signifierait la mort faute de pouvoir y accéder aux médicaments qui leur étaient nécessaires. Face aux protestations des

associations, le gouvernement (de gauche) fait voter une loi en 1997, encore une fois au nom d'une exception humanitaire, créant des titres de séjour pour raison de santé pour les étrangers dont la maladie engage le pronostic vital et ne peut pas être prise en charge dans le pays d'origine (Ticktin, 2006). Le fait que ces titres de séjour ne sont pas automatiquement accompagnés d'un permis de travailler renforce encore l'idée que les étrangers doivent être écartés d'un marché du travail prioritairement réservé aux nationaux. De plus, cette interdiction de travailler fractionne la citoyenneté de ces étrangers précaires à qui on accorde en quelque sorte un droit de ne pas mourir, sans pour autant reconnaître les mêmes droits politiques et sociaux que les autres, une « citoyenneté bridée » en quelque sorte (Chauvin, 2009, p. 68)⁶.

À partir de 2003, le gouvernement Chirac démarre une politique « d'immigration choisie », menée par le ministre de l'intérieur Sarkozy, qui est opposée à une « immigration subie », celle des familles et des demandeurs d'asile. Cette politique tend encore un peu plus à diviser les étrangers en différents groupes selon leur légitimité et leur utilité et à condamner moralement et socialement les migrants les moins favorisés ou les moins « utiles ». Elle continue également et renforce même une politique répressive pour débusquer les étrangers en situation irrégulière en amorçant une « politique du chiffre ». Ce ne sont pas les seuls travailleurs étrangers qui ont été touchés par ces politiques répressives, mais toutes les catégories (étudiants, réfugiés, touristes, conjoints de Français, etc.) à qui on place de plus en plus d'obstacles à l'acquisition d'un statut légal pérenne et qu'on soupçonne d'être des fraudeurs et de vouloir contourner la réglementation.

Les politiques migratoires constituent donc un outil d'ajustement pour répondre aux besoins démographiques et de main d'œuvre. Depuis les années 1970, elles prennent un tournant répressif conduisant à une précarisation du droit au séjour et à une production d'irréguliers. On estime entre 300 000 et 400 000 le nombre d'étrangers en situation irrégulière en France en 2013⁷. Ainsi, plutôt que de réduire effectivement le nombre d'étrangers en France, elles ont plutôt eu pour effet de les fragiliser et de stratifier la société en créant des groupes aux droits et à la citoyenneté « bridés ». Suspicieuses, ces politiques contribuent par ailleurs à créer une image négative des étrangers. Les droits de l'homme semblent constituer un maigre contre-pouvoir à cette politique de gouvernement en empêchant de supprimer complètement l'asile et le regroupement familial et d'expulser certains étrangers malades. Les politiques migratoires ne sont cependant pas les seuls instruments de gouvernement utilisés pour « brider » les étrangers. Les politiques de l'État social contribuent également largement à cet effet.

2. La stratification du système de santé par le bas autour de catégories d'étranger

La création en France d'un système de protection maladie au sein de la Sécurité sociale et de l'Aide sociale au sortir de la Seconde guerre mondiale se réalise, dans un premier temps, sur une

~~politique migratoire qui vise à sélectionner les étrangers les plus utiles et les moins coûteux pour le système de santé.~~

opposition entre travailleurs et non-travailleurs. Les travailleurs et sa famille sont protégés grâce à un système d'assurance lié au travail salarié, tandis que les non-travailleurs pauvres peuvent être protégés au travers de l'Aide sociale par l'Aide médicale. La question des étrangers n'est alors pas pertinente dans son fonctionnement. Le critère choisi pour pouvoir bénéficier des prestations sociales dans le domaine de la santé est celui de la résidence : il faut pouvoir prouver qu'on réside en France de manière stable, sans qu'il soit question d'un critère concernant la légalité du séjour⁸. Au contraire, le développement de l'État social se caractérise longtemps par sa généralisation à toute la société, notamment dans le champ de la protection maladie dont la Couverture maladie universelle (CMU), votée en 1999, semble être un aboutissement. Progressivement pourtant, une partie des étrangers, principalement ceux en situation irrégulière (groupe dont les rangs sont régulièrement grossis par les politiques d'illégalisation mentionnées plus haut), est, soit exclue des prestations sociales, soit isolée dans des régimes spéciaux.

Un pan de la construction des étrangers comme « problème social » à partir du milieu des années 1970 consiste à véhiculer l'idée que ce groupe, et tout particulièrement les « clandestins », est en partie responsable de la crise de l'État social ou en tout cas en constitue une menace. Les lois restrictives sur la migration sont accompagnées d'un discours porté par des personnalités politiques de droite qui promeuvent l'idée que les étrangers irréguliers doivent être exclus de tous les programmes d'assistance et de prestations sociales (Izambert, 2010, p. 6). Ces discours aboutissent à des restrictions progressives des aides et prestations pour les irréguliers. La loi de 1978 introduisant l'Assurance personnelle, qui vise pourtant à avancer dans l'universalisation de la Sécurité sociale, est la première à poser une condition de la régularité du séjour à son accès (seuls les étrangers pouvant justifier de trois mois de séjour régulier en France peuvent y adhérer). Cette mesure écarte donc les étrangers irréguliers et certains étrangers réguliers (ceux installés en France depuis moins de trois mois et non salariés) de l'Assurance maladie. Caroline Izambert remarque que cette mesure modifie, en plus, les pratiques des agents des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) — les administrations locales s'occupant des dispositifs de couverture maladie — à qui est désormais confiée la tâche de vérifier la régularité du séjour, prolongeant ainsi les pratiques du contrôle des étrangers dans de nouvelles administrations. Elle souligne que ces pratiques ont même dépassé leur cadre légal et que de nombreuses personnes ayant demandé une affiliation à l'Assurance maladie au titre d'ayant droit (principalement des épouses de travailleurs étrangers qui étaient en France illégalement) durent essuyer un refus en raison de l'irrégularité du séjour, alors même que les restrictions ne concernaient que l'assurance personnelle (et non l'affiliation au régime général en tant qu'ayant droit) (Izambert, 2010). On voit ici les effets du climat délétère produit par les discours contre les étrangers.

⁸ de l'Aide sociale et qui proviennent des articles de la Loi n° 2609 du 17 juillet 1978 (Izambert, 2010) au sein de la Sécurité sociale et

La « loi Pasqua » de 1993 marque une véritable accélération de cette tendance : elle généralise cette restriction à l'ensemble de la protection sociale. L'accès à toutes les prestations de la Sécurité sociale est désormais soumis à la condition de régularité du séjour. Les critères clivants du travail et de la résidence tendent ainsi à être remplacés par celui de la régularité du séjour. Seules quelques prestations d'aide sociale restent ouvertes aux étrangers en situation irrégulière (l'aide médicale, l'aide sociale à l'enfance et à l'hébergement) permettant de continuer à respecter les traités internationaux sur les droits de l'homme que la France a ratifiés. Avec cette loi, la catégorie de l'« irrégularité » s'insinue dans de nombreuses administrations de l'État social contribuant à diffuser dans la société l'illégitimité des statuts d'une partie des étrangers considérés comme indésirables.

La loi de 1999 créant la Couverture maladie universelle (CMU) marque un autre tournant : l'isolement des étrangers en situation irrégulière au sein de l'Aide sociale. La CMU poursuit un mouvement de généralisation de l'Assurance maladie qui s'étend désormais à toute la population (française et étrangère), à l'exception explicite des étrangers en situation irrégulière (conformément à la loi Pasqua) qui eux sont exclus de l'universalité annoncée. Pour ces derniers, on a réformé l'Aide médicale d'État (AME), ancienne Aide médicale gratuite, dont ils sont désormais les seuls bénéficiaires (tous les anciens bénéficiaires de l'Aide médicale en situation régulière ayant été intégrés à la CMU). Se met donc en place un système dual dans lequel on a, d'un côté les étrangers en situation irrégulière — qui représentent un tout petit groupe (311 310 bénéficiaires à la fin de l'année 2016, Sénat, 2018), isolés dans un système d'assistance à part — et, de l'autre, l'Assurance maladie (qui couvre la totalité de la population). Ces bricolages législatifs produisent une stratification du système de protection maladie qui met explicitement à ses marges des étrangers précarisés à l'aide des catégories de citoyenneté dont les réformes, depuis les années 1970, avaient préparé le terrain.

L'exemple des ressortissants européens de Roumanie et de Bulgarie est à ce titre édifiant (pour une analyse détaillée voir Gabarro, 2012a). Une loi de juillet 2006⁹ illégalise tout un nouveau groupe d'étrangers : les ressortissants européens pauvres (appelés « ressortissants européens inactifs »). Elle précise que les ressortissants européens inactifs n'ont pas le droit de s'installer en France plus de trois mois s'ils ne disposent pas de moyens financiers et d'une couverture maladie propre. Ainsi, cette loi place en situation irrégulière les ressortissants européens pauvres qui s'installent en France. Le calendrier n'est pas un hasard, votée six mois avant l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne, cette loi cible implicitement des populations « indésirables », notamment les populations Roms en provenance de ces pays.

⁹Loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration.

Alors même que cette loi ne disposait pas de décret d'application, certaines Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) — ces administrations locales chargées de la gestion des dispositifs de protection maladie — se sont empressées, dès janvier 2007, d'en interpréter elles-mêmes l'application afin d'empêcher les nouveaux ressortissants européens indésirables d'accéder à la CMU (cette loi rendant le statut de séjour irrégulier de la population ciblée, cette dernière est exclue de la CMU). Dans la CPAM observée par Céline Gabarro, les notes internes distinguaient explicitement les Roumains et Bulgares des autres ressortissants communautaires qui, eux, n'étaient pas concernés par cette exclusion de la CMU au niveau local (Gabarro, 2012a, p. 93). Ces pratiques discriminatoires étant illégales, elles n'ont été que de courte durée. Elles montrent cependant que concentrer uniquement l'analyse sur la dimension juridique n'est pas suffisant et que la construction, l'isolement et l'exclusion de certaines catégories stigmatisées sont des processus complexes et aux ancrages multiples qui se réalisent aussi bien par l'effet de la loi que par l'effet des pratiques administratives des agents de terrain (et qu'il est donc nécessaire de prendre en compte les « politiques du/au guichet », Dubois, 2010b). Les nouvelles catégories de sous-citoyens (étrangers en situation irrégulière, ressortissants européens pauvres, etc.) construites par l'État se sont en partie disséminées dans la société grâce à son administration et à ses agents sur le terrain¹⁰. La circulaire du 23 novembre 2007¹¹, qui clarifie cette situation, est intéressante en ce qui concerne les mécanismes de production d'illégalité de groupes ciblés et le bricolage législatif qu'ils entraînent. La volonté d'exclure les ressortissants européens inactifs de la CMU est motivée par l'entrée de la Roumanie dans l'Union européenne et vise les populations Roms. Cependant, d'autres ressortissants européens inactifs bénéficiaient jusqu'alors de la CMU, notamment des retraités britanniques vivant en France. Afin d'éviter que ces étrangers désirables ne soient eux aussi exclus de cette prestation, la circulaire précise qu'elle ne s'applique qu'à partir de la date de sa publication. Cela signifie que l'exclusion de la CMU ne concerne que les ressortissants européens inactifs souhaitant accéder à cette prestation à partir de novembre 2007. Tous ceux qui en bénéficiaient déjà (principalement des ressortissants européens d'Europe de l'ouest) peuvent en principe continuer à l'être ad vitam æternam. Ainsi, en jouant sur la date de mise en vigueur d'un texte réglementaire, le gouvernement a réussi à privilégier certains étrangers plutôt que d'autres (Gabarro, 2012a).

Dans un contexte où l'État social a un fort pouvoir régulateur par le biais de la redistribution de la propriété sociale (c'est-à-dire les prestations sociales et assurantielles distribuées dans le cadre des protections contre les grands risques sociaux, voir Castel, 2007, p. 430-518), l'outil législatif est utilisé autour de la citoyenneté afin de stratifier la société et de créer des catégories plus ou moins légitimes à bénéficier de ces ressources devenues rares. Il y a une lutte autour de la redistribution de la

~~Source : Céline Gabarro, « Les politiques de la CMU en France : le cas des étrangers en situation irrégulière », in *Revue de la Démocratie*, 2012, n° 1, p. 11-30.~~

propriété sociale afin d'écarter certaines catégories de la population dont l'illégitimité a été construite.

3 . Les conséquences de l'isolement sur l'accès aux soins et aux droits

Si, d'un côté, l'AME constitue une amélioration substantielle au niveau des prestations et de la protection maladie en comparaison de l'ancienne Aide médicale gratuite (ses prestations sont très proches de celle de la CMU), elle isole, de l'autre, des étrangers (en situation régulière et irrégulière) préalablement stigmatisés dans un système d'assistance médicale dévalorisé dont ils sont les seuls à bénéficier. Cet isolement administratif de l'AME permet de facilement concentrer l'attention politique et médiatique sur ce groupe pour remettre en cause leur légitimité à bénéficier de ce dispositif, tout en se félicitant régulièrement d'avoir un système de santé généreux et respectueux des droits de l'homme (Izambert, 2010). C'est d'ailleurs l'usage qui en été fait depuis : les prestations ont été réduites, l'accès en a été restreint et complexifié et son existence est constamment remise en cause dans sa légitimité dans les débats politiques. Par exemple, la droite et l'extrême droite attaquent très régulièrement ce dispositif dans leurs discours, notamment en raison de ses coûts et de son « effet incitatif » (l'AME trop généreuse attirerait des étrangers désireux de profiter des prestations gratuites de l'État social français). Les critiques des parlementaires portent souvent sur une « croissance incontrôlable » du nombre de bénéficiaires et des dépenses et sur les pratiques de « fraude » des usagers justifiant ainsi les restrictions qui y ont été apportées¹². Toutes les restrictions à l'accès de cette prestation (instauration d'une condition de trois mois de résidence sur le territoire français, preuve d'identité, droits d'entrée, condition des revenus) ont eu pour conséquence d'exclure (au moins de manière temporaire) une partie de ces étrangers stigmatisés de l'AME, et par extension de toute possibilité de couverture maladie. C'est le constat que l'association Médecins du Monde établi dans ses centres de soins gratuits dont la fréquentation d'étrangers en situation irrégulière augmente au moment de l'introduction de la condition de trois mois de résidence en France (qui a provoqué une baisse de 14 % du nombre d'AME délivrées) (voir Médecins du Monde, 2005). D'autres mécanismes, directs ou indirects, ont conduit à dresser des barrières à l'accès à l'AME et à produire un nombre toujours plus important de patients sans couverture maladie parmi ce groupe.

Ainsi :

- a) Les changements fréquents de la réglementation que connaît l'AME rendent son application moins transparente et plus ardue pour les agents des Caisses primaires de l'Assurance maladie (CPAM). D'autant plus que cette prestation concerne un nombre très restreint de personnes (rendant l'investissement dans la veille législative peu attractif ou rentable pour les agents administratifs). Les agents des caisses ne sont ainsi souvent pas au courant de ces changements ou ont peur de mal faire ce qui les conduit à avoir une interprétation restrictive des textes : ils

¹² ~~de la part de la droite et de l'extrême droite, notamment en raison de ses coûts et de son « effet incitatif » (l'AME trop généreuse attirerait des étrangers désireux de profiter des prestations gratuites de l'État social français). Les critiques des parlementaires portent souvent sur une « croissance incontrôlable » du nombre de bénéficiaires et des dépenses et sur les pratiques de « fraude » des usagers justifiant ainsi les restrictions qui y ont été apportées.~~

demandent plus de preuves que nécessaires, préfèrent demander des pièces complémentaires et renvoyer un dossier plutôt que de le vérifier et de l'accepter (Gabarro, 2012b).

- b) Les réformes néo-managériales qui ont lieu dans les CPAM conduisent à renforcer une politique de renvoi des dossiers d'AME incomplets dans une logique de « gain de productivité ». Cette pratique rallonge fortement le temps de traitement des dossiers pendant lesquels les postulants à l'AME ne sont pas assurés (ibid.).
- c) La spécificité organisationnelle de l'AME (système d'assistance à part) est caractérisée par un sous-effectif chronique des agents dédiés à ce dispositif dans l'administration. Cela a pour conséquence d'allonger les délais de traitement des dossiers (six mois en moyenne) pour cette prestation qui doit être renouvelée tous les ans (ibid.). Durant notre enquête de terrain, il nous a été rapporté à deux reprises que des CPAM de la région parisienne avaient pris la décision de supprimer tous les dossiers d'AME en attente car les délais de traitement étaient devenus trop longs¹³. Dans le même registre, certaines caisses, dont la CPAM de Paris, ont décidé de mettre en place des guichets « spéciaux AME » qui existent en nombre insuffisant et sont débordés par les demandes. Dans certaines caisses, par exemple, il faut faire la queue dès trois heures du matin si l'on souhaite rencontrer un agent de la CPAM (Gabarro, 2012b). Ces situations engendrent des tensions et découragent de potentiels demandeurs de l'AME.
- d) Des procédures différentes entre les départements amènent des incompréhensions et contribuent au flou de la procédure (d'autant que le motif du refus n'est que rarement mentionné sur les dossiers renvoyés). Un dossier d'AME peut être accepté dans un département et pas dans un autre, au gré de règles internes capricieuses qui modifient sans cesse les pièces valables pour justifier d'un des critères d'obtention.

À côté de la population des étrangers en situation irrégulière et des ressortissants européens pauvres, un autre groupe d'étrangers a été fragilisé par ces processus : les étrangers en situation administrative précaire (ce groupe se superpose à l'autre). En se focalisant sur le critère de la régularité du séjour devenu le point de séparation entre assurance et assistance (et non plus l'emploi) — et donc entre la CMU et l'AME —, le système de couverture maladie pénalise les étrangers qui connaissent les situations administratives les plus précaires, ceux dont les statuts juridiques sont temporaires ou entre-deux (demandeurs d'asile, titres de séjour courts) et qui alternent donc entre régularité et irrégularité. L'alternance entre CMU et AME, en raison des délais d'attente des deux côtés dans le traitement des dossiers est un fort facteur de précarisation dans le domaine de la santé et de l'assurance santé.

Ainsi, l'identification et l'isolement administratifs de ces catégories — celles des étrangers en situation irrégulière et des ressortissants européens pauvres principalement, mais aussi celles d'étrangers en situation régulière, mais dont le statut est précaire (comme les demandeurs d'asile ou

¹³ ~~in G. Gabarro, « Les étrangers en situation irrégulière et les étrangers en situation administrative précaire », in G. Gabarro (dir.), Les étrangers en situation irrégulière et les étrangers en situation administrative précaire, Paris, La Documentation Française, 2012, p. 11-12.~~

les étrangers en possession d'un visa de tourisme) — permettent à leur égard un traitement spécifiques par les administrations conduisant à des délais dans l'accès, voire à une exclusion, des principaux systèmes de protection maladie. Ils conduisent également à des pratiques discriminatoires dans le système de santé. Par exemple, une enquête par testing de Médecins du Monde avait montré en 2006 les refus de soin qui existaient dans la médecine de ville à l'égard des patients bénéficiant de l'AME et de la CMU complémentaire (Médecins du Monde, 2006).

Malgré le développement d'un système de couverture maladie à vocation universelle, les quarante dernières années ont donc été témoins de la construction inédite (grâce à des outils juridiques et à la stigmatisation) d'un groupe social — les étrangers — dont l'accès au système de santé a été bridé pour certaines de ses franges. La décomposition en mille feuilles des instruments de protection sociale construit une stratification fine des citoyennetés auxquelles sont associées des droits différenciés.

La mise en place du Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) en est un bon exemple. Alors qu'en 2003 une preuve de trois mois de présence sur le territoire français est installée pour accéder à l'AME excluant d'emblée une partie des étrangers en situation irrégulière de sa protection, le FSUV est mis en place afin de prodiguer « les soins urgents, dont l'absence de prise en charge mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître » (Assurance Maladie, 2016). Cela permet d'éviter des situations humainement insupportables et de garantir a minima un principe de maintien en vie. Cette protection de la vie biologique comme barrière à ne pas franchir correspond à ce que Didier Fassin qualifie de biolégitimité, c'est-à-dire une reconnaissance supérieure donnée au principe de maintien en vie (Fassin, et al., 2001, p. 146). On a un éventail de droits dégressif (CMU>AME>FSUV) qui couvre différentes catégories de personnes en fonction de statuts de citoyenneté plus ou moins légitimes. C'est en partie la même logique qui explique la création des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en 1998. Ainsi, pour ceux qu'on a écartés de la CMU, puis de l'AME, de nouveaux dispositifs sont créés qui visent à leur garantir des soins minimaux et à les maintenir en vie. Cela laisse entrevoir une construction différenciée de valeurs de la vie qui est attribuée à des groupes sociaux en se basant sur des critères de citoyenneté.

4. La PASS : entre purgatoire et salle d'attente du système de protection maladie

Comment s'inscrivent les PASS dans ce paysage ? Dans l'introduction de ce chapitre nous évoquons son rôle de (ré)insertion dans le système de santé des patients qui en sont éloignés. Instituées dans le cadre d'une loi de lutte contre les exclusions sociales, les PASS sont d'abord pensées comme un instrument d'intégration sociale en permettant d'accéder à l'assurance maladie pour les patients qui en ont le droit. Cependant, l'enquête empirique menée dans ces structures a montré que, pour tous ceux qui ont été exclus des systèmes de protection maladie par les

mécanismes décrits ci-dessus, la PASS devient l'unique lieu dans lequel ils peuvent obtenir des soins. La PASS devient alors un « cul-de-sac » à l'intérieur duquel la santé de ces patients n'est protégée que de façon limitée et rationnée. Elle construit ainsi un nouvel étage inférieur dans un système de santé stratifié où se calculent de nouvelles valeurs de la vie réduites.

D'autre part, la PASS a une fonction de tri qui se déploie en plusieurs éventualités. En effet, tous les patients se présentant à la PASS n'y seront pas pris en charge. Certains seront rejetés de ce dispositif, et donc de l'un des derniers filets de protection maladie du système de santé public, et ne pourront ainsi pas obtenir de soins dans ce dispositif. Pour ceux-là, la prise en charge dans le système de santé public ne pourra se faire que contre paiement ou en cas d'une urgence mettant en jeu le pronostic vital (dans le cadre du FSUV par exemple, voir supra).

4.1. La stratification à l'intérieur de l'hôpital

Les raisons qui amènent les patients à la PASS sont diverses et complexes. Comme on l'a évoqué plus haut, c'est tout d'abord un résultat du processus de constructions légales que des groupes d'étrangers stigmatisés ont été isolés ou écartés des filets de protections principaux (de l'AME ou de la CMU). Cela crée un contingent de patients sans droits relatifs à la santé condamné à se rendre à la PASS pour accéder aux soins, du moins temporairement. La présence des patients dans les PASS est également le résultat des discriminations dans le système de santé exercées par les professionnels de santé à l'encontre de ces catégories.

J.G. : « Parce que du coup, c'est à toi de remplir les dossier d'AME...? »
TRAVAILLEUR SOCIAL : « Voilà, alors j'essaye de rendre un peu les gens responsables pour renouveler les dossiers, mais si les gens maîtrisent pas la langue, etc. ou maîtrisent pas l'écriture, c'est pas la Sécurité sociale [CPAM] qui va les aider à remplir. » (Extrait d'entretien réalisé avec l'assistant social d'une PASS d'un CHU d'une ville moyenne du sud-est de la France. Mars 2012).

Comme l'exemplifient les propos de ce travailleurs social, d'autres barrières à l'accès aux soins s'inscrivent davantage sur le long terme. Pour une grande part, les patients de la PASS sont particulièrement démunis en termes de ressources et de connaissances pour naviguer dans le système de soin ou réaliser des démarches administratives. La précarité économique et la nécessité de faire face aux problèmes du quotidien entraînent des difficultés à se projeter dans l'avenir : pourvoir aux besoins de base est souvent prioritaire par rapport à la santé (Ménoret-Calles, 1998) et a fortiori par rapport à l'acquisition d'une couverture maladie. Cette hiérarchisation des priorités s'ajoute à des difficultés pratiques : rassembler les documents nécessaires, même s'ils sont peu nombreux, peut être réellement compliqué pour des personnes migrantes, vivant à la rue ou hébergées par des tiers, fuyant des persécutions, etc. ; se rendre à l'hôpital ou à la caisse d'assurance maladie peut aussi comporter des risques pour les personnes en situation irrégulière, être compromis par des difficultés financières empêchant de payer les transports, par l'obligation de garder des

enfants, de travailler, etc. L'incapacité à se repérer dans le système de santé, la méconnaissance de ses droits, la mauvaise, voire l'absence, de maîtrise des compétences nécessaires pour effectuer des démarches administratives, l'incompréhension de la langue française, sont autant de barrières qui s'accumulent avec un effet multiplicateur : l'addition de plusieurs de ces barrières démultiplie les chances que ces démarches administratives échouent.

L'insuffisance, voire l'absence sur certains territoires, de structures de soins compétentes dans la prise en charge de ces publics (structures adaptées aux modes de vie et aux difficultés des patients, possibilité d'interprétariat pour les personnes non francophones, mais aussi prise en charge psychologique ou psychiatrique pour les migrants traumatisés) enferme ces patients dans la PASS sur le long terme. Cette structure est en effet la seule à proposer des soins et une prise en charge adaptés à ces problématiques (service de traduction, prise en charge globale, accompagnement social, professionnels connaissant les problématiques particulières de leurs patients, etc.). Tous ces facteurs, et encore davantage lorsqu'ils se combinent, font que certains patients n'arrivent pas à accéder au « droit commun » et sont condamnés aux structures d'assistance. On voit ici que la stratification du système de santé ne se produit pas uniquement par l'instrument légal, mais également au travers d'une inadéquation entre système de santé et prise en charge des catégories les plus fragiles de la population.

À d'autres égards, c'est toute l'organisation hospitalière qui gêne l'intégration des patients des PASS dans le système de santé principal. L'effet combiné des restrictions budgétaires, du processus de spécialisation des soins et des réformes néo-managériales tend à être défavorable à la prise en charge des patients les plus pauvres (pour plus de précisions sur ces thématiques voir Geeraert, 2018, aussi Belorgey, 2010). La PASS devient ainsi une sorte de deuxième vitesse du système de santé qui prend en charge les patients précaires jugés problématiques :

TRAVAILLEUR SOCIAL : « Dès qu'(un patient) parle pas français, ça pense à nous [à la PASS]. Et ce qui est compliqué aussi, c'est qu'une fois que le patient a été étiqueté PASS, il va le rester... Voilà, du coup quand il y a quelqu'un qui est arrivé aux urgences et qui a eu le malheur dans son parcours d'avoir par exemple été suivi à la PASS, ne serait-ce il y a deux, trois, quatre ans, "ah, c'est un de vos patients !". Donc du coup après c'est vite le patient de la PASS qu'on n'a pas bien envie de voir, parce qu'il parle pas français, parce que c'est compliqué, parce qu'il a un comportement... Du coup, ça les dessert un petit peu. » (Extrait d'entretien réalisé avec l'assistant social d'une PASS d'un CHU d'une ville moyenne du sud-est de la France. Mars 2012).

Les raisons qui poussent les services de spécialité à refuser les patients précaires sont multiples. Tout d'abord, c'est « l'insolvabilité » de ces patients qui dissuade les médecins. D'autre part, la rareté des places hospitalières renforcée par les processus de rationalisation du *New public management* et de la nouvelle gouvernance hospitalière incite les hospitaliers à privilégier les patients chez qui la probabilité de durée moyenne de séjour (DMS) est la plus courte (alors que les

précarité des patients est un facteur augmentant la DMS, Maric *et al.*, 2008). Par ailleurs, les valeurs peu mobilisatrices des patients précaires (Dodier et Camus, 1997), tout comme les autres déviances perçues par rapport au comportement du « bon patient » (comportement violent, difficultés de communication, mauvaise odeur, etc.) constituent également des barrières à l'accès aux soins dans le système de santé classique.

Dans ce contexte, la PASS devient le réceptacle des patients qui sont indésirables dans le reste du système de santé. Le récit de l'assistant social n'est qu'un exemple parmi de nombreux récits récoltés auprès des professionnels de PASS qui montrent que l'insertion des patients de la PASS dans le système de santé n'est pas seulement un problème lié à l'absence de Sécurité sociale, mais qu'elle est également mise en difficulté par l'évolution néo-managériale et néo-libérale du système de santé (et en particulier de l'hôpital), mais aussi par le stigmate de leur condition sociale. Ce constat retrouve celui de la sociologue Yasmine Siblot à propos de la modernisation des services publics en général :

« La thématique de l'«adaptation des services» participe ainsi d'une entreprise de redéfinition du service public tendant à sa dualisation entre des services gérés suivant des normes d'efficacité gestionnaire, voire de rentabilité, à destination de l'ensemble de la population, et des services spécifiques visant à assurer des fonctions sociales dans les «quartiers». Loin de s'opposer aux dimensions managériales des réformes de modernisation des services publics, ce volet spécifique de l'«adaptation» des services dans les quartiers leur est ainsi complémentaire. » (Siblot, 2005, p. 71)

La PASS s'apparente dans ce contexte à une deuxième vitesse du système de santé. Ce phénomène de dualisation des services publics en général et du système de santé en particulier crée de la différence entre la population principale et des petits groupes marginalisés qui se retrouvent isolés. Ce « service adapté » aux étrangers précaires tend à identifier ce groupe comme « problématique » et « coûteux » justement parce qu'il nécessite une structure spécifique. De plus, de manière similaire au phénomène décrit plus haut à l'intérieur du système de protection maladie, l'isolement des patients étudiés dans les PASS rend possible un traitement spécifique de ces groupes. Ce dernier se caractérise entre autres par des prestations médicales moindres par rapport à celles habituelles du système de santé, réalisant encore un peu plus une stratification des marges de ce dernier.

4.2. Du provisoire au durable : d'une médecine d'insertion à une médecine du pauvre

La PASS agit différemment selon les caractéristiques des patients. Soit le patient est éligible, à court ou moyen terme, à un système de couverture maladie (CMU ou AME), soit il ne l'est pas. Dans le premier cas, la PASS revêt le rôle de passerelle vers le système dit de « droit commun » (le système de protection maladie principal) en aidant le patient à acquérir une couverture maladie (avec l'aide d'un travailleur social). Parallèlement, ce dernier pourra également bénéficier à la PASS de soins et de médicament (certes de façon limitée) jusqu'à ce qu'il acquiert effectivement une couverture maladie dans le droit commun. Dans le second cas, la PASS devient le seul lieu de

soin à l'intérieur duquel le patient pourra obtenir soins et médicaments, elle perd alors sa fonction de passerelle (ce dernier n'ayant pas accès au droit commun). La PASS remplit donc une double fonction, d'un côté, elle est un lieu de transit — on pourrait dire « une salle d'attente » — par lequel les patients disposant des bons capitaux de citoyenneté (les documents nécessaires à l'accès à l'AME, le bon titre de séjour, etc.) vont pouvoir accéder au système de protection maladie principal. Pendant cette période, les patients font l'expérience d'une prise en charge assistancielle au cours de laquelle leur identité « d'assisté » et de « pauvre » se construit ou se consolide (Parizot, 2003).

De l'autre côté, la PASS est une impasse à l'intérieur de laquelle ceux qui ne disposent pas de ces capitaux sont coincés. Ce cul-de-sac, strate basse du système de protection maladie, offre des soins inférieurs par rapport aux autres strates situées au-dessus dans le droit commun. Ainsi lorsqu'ils sont pris en charge à la PASS, les patients n'ont qu'un accès très limité aux soins : l'accès est permis au coup par coup (sous condition de maladie) et organisé autour d'un système de bons distribués par les travailleurs sociaux. De plus, les médicaments disponibles sont limités par une liste préalablement construite qui ne comprend qu'une partie des médicaments disponibles sur l'hôpital, excluant les médicaments et matériels médicaux dits « de confort » (tels que peuvent l'être par exemple des béquilles, un fauteuil roulant ou des bandelettes servant à mesurer le taux d'insuline pour les diabétiques).

En plus de cet éventail de prestations restreintes, les soins et médicaments distribués à la PASS sont constamment sujets à négociation du côté des professionnels et de l'administration hospitalière. Le mot d'ordre général à l'hôpital est celui de l'économie dans un contexte budgétaire contraint et cela vaut aussi pour les PASS. Le mode de financement de cette structure au travers d'une enveloppe distribuée par l'Agence régionale de santé tend à surexposer le coût des soins. Moins on réalise de soins pour un patient, moins cela coûte à l'hôpital. Alors que l'activité hospitalière habituelle est financée par les remboursements de l'Assurance maladie et des assureurs privés dans un système où plus on fait de soins et plus on va pouvoir facturer, le système économique de la PASS fonctionne exactement à l'inverse. Les soins y sont rationnés, réduits à ce qui est jugé nécessaire et dès que c'est possible les soins sont décalés dans le temps dans l'attente que le patient recouvre une protection maladie. Pour les patients de la PASS se construit empiriquement ce que nous avons appelé une « médecine du pauvre », c'est-à-dire une médecine qui ne prend pas en charge ce qui l'est habituellement lorsqu'on va chez le médecin, mais selon une conception réduite de ce qu'est « la vie qui mérite d'être protégée ». Ainsi, les règles qui s'y appliquent sont généralement : 1) la bio-légitimité, c'est-à-dire la protection de la vie biologique lorsqu'elle est menacée (Fassin et al., 2001), lorsque, sans traitement sur le court ou moyen terme, le pronostic vital est mis en jeu ; 2) la protection de la santé publique, le patient est pris en charge lorsque sa condition pourrait être un danger pour le reste de la population, e.g. maladies infectieuses ; 3) le prix réduit, le patient est pris

en charge lorsque les médicaments et soins qu'il nécessite sont peu chers. À travers ce rationnement des soins spécifique aux patients de la PASS se dessinent une vision réduite de la valeur de la vie pour ces catégories et les contours de la stratification des marges du système de santé.

5. Les économies morales de la PASS et la biopolitique de la migration

Comme évoqué dans un précédent article, la PASS est une structure de type assistanciel ou de secours (Geeraert, 2018). Opposée aux dispositifs d'assurance, l'assistance ne s'adresse pas à tous, mais plutôt à des groupes ciblés en raison de leur fragilité sociale et économique, elle est en ce sens discriminante. Ainsi, elle n'est pas un droit lié à un statut, mais s'apparente plutôt à une « faveur » accordée face à une condition ou un état (Chauchard et Marié, 2001). Elle est distribuée au cas par cas (et non selon des critères de droit), de manière locale et n'est pas pensée dans la durée (elle est ponctuelle). La PASS, en tant que structure d'assistance, opère un tri entre les « bons pauvres » (ceux qui sont légitimes à recevoir l'aide) et les « mauvais pauvres » à qui elle refusera l'aide. En tant que structure d'assistance prenant principalement en charge des étrangers, elle opère aussi un tri entre les « bons » et les « mauvais » migrants.

Les professionnels travaillant à la PASS (médecins, travailleurs sociaux, infirmières) deviennent ainsi les gatekeepers de cette prestation assistancielle. L'accès à la PASS est soumis à un entretien individuel (soit avec le travailleur social, soit avec le médecin, soit avec les deux) au cours duquel la situation du patient est évaluée. À l'issue de cet entretien, le patient se verra accorder ou non l'accès à la PASS et donc à des soins et des médicaments. La catégorisation morale entre « bon » et « mauvais » se construit lors des interactions avec les professionnels qui identifient les comportements des demandeurs de l'aide et leur « mise en récit » comme moralement bons ou mauvais.

J.G. : « Et il y a des patients qui viennent avec des demandes qui t'énervent ? »
ASSISTANTE SOCIALE : « Des gens qui viennent juste pour, par exemple, qui viennent chez nous juste pour se soigner gratuits parce qu'ils ont entendu là-bas que ça existait. Alors ça je peux pas, il y en a, oui. Ah, ceux-là, je ne peux pas, ceux-là non ! Faites-le ailleurs, faites ailleurs si vous avez le droit ou voilà. Mais non ! »
J.G. : « Et il y en a beaucoup qui viennent comme ça ? »
ASSISTANTE SOCIALE : « Il y en a quand même, qui viennent, qui sont en vacances et qui profitent de ça pour voir s'ils peuvent faire soigner leur mère, leur père ou leur soeur. Il y en a oui. Ils essayent. Bon, encore une fois ils ont le droit de se soigner, ça c'est clair, mais qu'ils n'essayent pas d'avoir une couverture sociale. » (Extrait d'entretien informel avec l'assistante sociale de la PASS d'un hôpital de banlieue parisienne. Novembre 2010)

Dans cet extrait d'entretien, on lit un exemple d'une forte condamnation morale de comportements de certains patients (ici, ceux qu'on a qualifié de « touriste ») par une assistante sociale de PASS. La paresse, l'exigence, la tricherie (comprise comme une volonté de profiter indûment de la prestation d'assistance, et par extension du système de santé français), sont quelques exemples d'attributs menant à une identification négative, de l'autre côté, on retrouve l'innocence, l'état de

victime, la passivité et l'obéissance conduisant plutôt à une caractérisation positive. Ces identifications n'ont pas lieu automatiquement et varient selon les dispositions morales des professionnels. Elles reflètent cependant deux « économies morales »¹⁴ : celles de la migration et de l'assistance. L'enquête empirique nous a permis de dégager deux figures idéal-typiques, l'une négative et l'autre positive. D'une part, celle du « réfugié », compris comme une innocente victime de conflits armés fuyant son pays par obligation (et non par choix), d'autre part, le « touriste » venant en France de manière temporaire et souhaitant profiter indûment d'une prise en charge gratuite (voir Geeraert, 2016). Les identifications morales négatives reflètent généralement des catégories stigmatisées construites par les administrations de la migration, elles concernent principalement des étrangers au statut précaire (ceux détenant un visa de tourisme, les sans-papiers, etc.). Cette fonction de tri en fonction des attributs moraux identifiés chez les patients de la PASS poursuit la stratification du système de santé public français. Ceux qui en sont exclus voient alors la valeur de leur vie se réduire à une protection de leur vie nue, c'est-à-dire une vie réduite à ses fonctions biologiques et dénuées de ses fonctions sociales et politiques. Il ne leur reste que leur biolégitimité, cette valeur sacrée du maintien en vie (Fassin et al., 2001), accordée par le dispositif du FSUV.

Dans l'une des PASS ayant fait l'objet d'une ethnographie longue, un comité expérimental a été mis en place afin d'aider les professionnels à prendre des décisions dans ce qui est appelé les « situations complexes ». En fait, ces situations complexes se concentrent exclusivement sur les cas de patients combinant trois caractéristiques : 1) ils sont sans possibilité de prise en charge par les systèmes de couverture maladie (donc étrangers) ; 2) ils présentent des pathologies aux traitements lourds et coûteux ; 3) ils n'ont pas les moyens financiers de payer eux-mêmes ces soins. L'idéal-type du patient faisant l'objet de ce dispositif est un(e) étranger(e) en provenance d'une ancienne colonie française venu(e) en France dans le but de soigner une pathologie grave (cancer, insuffisance rénale, etc.) qu'il/elle ne peut pas faire prendre en charge dans son pays d'origine. Ce comité — rassemblant les professionnels de la PASS (travailleurs sociaux, médecins, infirmiers), les médecins des services de spécialité concernés, mais aussi des membres de l'administration hospitalière — se réunit alors pour évaluer la situation sociale, administrative et médicale du patient et juger de l'opportunité de le prendre en charge dans le cadre de la PASS ou non. Cette situation pose un problème éthique aux médecins des PASS dans le sens où la déontologie médicale voudrait qu'ils soignent cette personne, sans considération pour sa situation sociale ou administrative. De l'autre côté, l'économie budgétaire de l'hôpital moderne invite les professionnels de santé à adopter une professionnalité organisationnelle, c'est-à-dire une pratique professionnelle construite en relation avec les intérêts de l'organisation dans laquelle elle se déploie (Evetts, 2009). Ainsi, les

professionnels des PASS se retrouvent au niveau le plus local confrontés au dilemme du choix entre soigner des patients gravement malades et l'injonction à l'économie de leur hôpital. La place peu valorisée qu'ils occupent à l'intérieur d'un espace hospitalier fortement concurrentiel les pousse parfois à prendre position pour les considérations budgétaires de l'hôpital, c'est ce que nous avons observé à plusieurs reprises à l'issue des réunions de ce comité ayant conclu à l'abstention de prise en charge. En refusant de prendre en charge ces patients dont l'absence de soins mène sur le court ou moyen terme à la mort, les professionnels de la PASS renoncent au principe de bio-légitimité évoqué plus haut.

Les économies morales de la PASS menant à l'exclusion de certains patients indiquent que la stratification du système de santé à ses marges se poursuit au-delà de celle construite par l'instrument légal séparant des catégories morales d'étrangers qui font écho à leur statut administratif stigmatisé. Elle se poursuit à un niveau très local lors des interactions en face-à-face.

Conclusion

De la différenciation fine des statuts de citoyenneté, auxquels sont attachés des droits sociaux eux aussi différenciés, résulte une « affiliation bridée » (Chauvin, 2009) de certaines catégories d'étrangers stigmatisées socialement et désignées comme des menaces de l'État social. L'AME, relique d'un ancien système de charité publique, mais aussi les PASS et le FSUV, agissent comme des outils de gouvernement pour ces catégories d'étrangers précaires indésirables. Ils réalisent concrètement une stratification des marges du système de protection maladie. Ils isolent dans des dispositifs séparés des catégories d'étrangers préalablement stigmatisés dans les discours politiques et offrent des protections de la santé réduites par rapport à celles proposées à la population principale.

D'un autre côté, ces trois outils représentent un progrès social important protégeant contre le risque maladie les étrangers en situation irrégulière, catégorie ignorée avant la création de ces dispositifs. Ils apportent également une certaine forme de citoyenneté qui s'exprime dans le domaine de la protection maladie par la reconnaissance d'un droit à la santé, mais « sous-citoyenneté » confinée et contrôlée à laquelle sont attribués des droits de seconde zone. La reconnaissance de ce droit renvoie à des logiques contraires et pourtant indissociables : protection de la vie dans une logique de bio-légitimité et volonté de maintenir en bonne santé une main d'œuvre qui a été volontairement précarisée et écartée de l'État social afin de la rendre flexible et bon marché dans une logique capitaliste utilitariste (De Genova, 2002). Il faut noter que la France fait figure d'exception dans ce domaine et est le seul pays parmi ses voisins européens à offrir une couverture maladie fonctionnelle et aussi large à ses ressortissants irréguliers. C'est le paradoxe du système de protection maladie français qui intègre et protège des groupes de la population qu'il a isolés et stigmatisés en amont et qui, en même temps, exclut certaines franges à l'intérieur de ces groupes. Les exclus parmi les étrangers précaires — ceux qui ne peuvent prouver trois mois de résidence, qui ne remplissent pas

les conditions de revenus, de domiciliation ou de preuve d'identité, les ressortissants européens pauvres, etc. — sont ceux qu'on retrouvera dans les PASS. On retrouve ici une binarité entre inclusion et exclusion. Inexorablement, le développement de l'État social sur la période récente semble produire, en contrepartie de l'inclusion de plus en plus large de la population dans le système de l'assurance maladie, une exclusion et marginalisation d'autant plus grande des marges qui en sont exclues.

La désignation, d'un côté, des étrangers comme responsables du maintien de la crise de l'emploi et la production d'illégalité dans différents domaines du droit et, de l'autre, les politiques répressives envers les étrangers ont conduit à une fragilisation de certains groupes d'étrangers précarisés dans les différents domaines de la vie, jusque dans leur corps au travers d'un refus du droit à la santé ou d'une limitation de celui-ci. Cette fragilisation doit se comprendre comme une partie d'un phénomène plus global de précarisation généralisée des groupes sociaux dominés (voir l'introduction dans Fassin et al., 1997). L'isolement, l'exclusion et la protection de franges d'étrangers précarisés dans le domaine de la protection maladie montrent une évolution des instruments de gouvernement biopolitiques ; alors que jusqu'à présent les politiques publiques de protection de la santé tendaient à protéger et prendre en charge de plus en plus de groupes de la population, elles semblent connaître un revirement et se servir d'une manière plus fine du bio-pouvoir que constitue la protection maladie afin de produire de la stratification sociale (par le biais d'inégalités d'accès et de discriminations aux ancrages multiples) et construire une hiérarchie de légitimité à l'intérieur du système de santé. Il y a une analogie entre la production d'illégalité dans le domaine de la citoyenneté et l'exclusion et l'isolement produit envers les mêmes groupes dans le domaine de la protection sociale. La question de l'accès aux soins dans la France contemporaine doit être comprise comme intimement liée à la question de la citoyenneté qui est devenue un instrument de domination par le maintien dans la précarité dans de nombreux domaines de l'existence de certaines catégories sociales. L'AME est un instrument d'acculturation qui a réussi à transférer les catégories des politiques migratoires dans le système de la protection maladie et de santé. Par ailleurs, le processus d'isolement institutionnel et la production légale d'exclusion de groupes marginalisés dans le système de santé se traduit par d'autres discriminations et par de l'isolement à d'autres échelles et dans d'autres lieux du système de santé. Ainsi, à la PASS, on retrouve des mécanismes d'exclusion et de stratifications similaires à ceux observés dans le système de protection maladie. Cette relation permet de faire le lien entre des pratiques étatiques et légales, d'une part, et les pratiques des professionnels de terrain en contact direct avec les patients concernés, d'autre part. C'est à travers un processus d'intériorisation et d'application de normes et de catégories créées par l'Etat que sont produites de nouvelles discriminations et des pratiques d'isolement à une plus petite échelle. Elle réalisent un gouvernement individuel de ce que nous avons appelé une biopolitique de la migration.

Références :

- Agamben, Giorgio, *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Éd. du Seuil, 1997.
- Assurance maladie, www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/votre-caisse-somme/vous-informer/soins-urgents-en-etablissements-de-sante_somme.php, consulté le 13 décembre 2016.
- Belorgey, Nicolas, *L'hôpital sous pression*, Paris: La Découverte, 2010.
- Castel Robert, *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*, Impr., Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio/Essais; 349 », 2007.
- Carde, Estelle, « Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers. De l'Aide sociale aux politiques d'immigration », *Mouvements*, vol. 59, n° 3, 2009, p. 143-156.
- Chauchard, Jean-Pierre et Romain Marié, « La couverture maladie universelle : résurgence de l'aide sociale ou mutation de la sécurité sociale ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, Décembre 2001, p. 137-156.
- Chauvin Sébastien, « En attendant les papiers. L'affiliation bridée des migrants irréguliers aux États-Unis? », *Politix*, vol. 87, n° 3, 2009, pp. 47-69.
- Cohen Muriel, « Regroupement familial : l'exception algérienne (1962-1976) », *Plein droit*, n° 95, 20 Décembre 2012, pp. 19-22.
- Cohen Muriel, « Contradictions et exclusions dans la politique de regroupement familial en France (1945-1984) », *Annales de démographie historique*, vol. 128, n° 2, 2014, p. 187-213.
- Coutin, Susan, *Legalizing moves: Salvadoran immigrants' struggle for U.S. residency*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 2000.
- Cvajner Martina et Giuseppe Sciortino, « Theorizing Irregular Migration: The Control of Spatial Mobility in Differentiated Societies », *European Journal of Social Theory*, vol. 13, n° 3, 1 Août 2010, p. 389-404
- De Genova, Nicholas, « Migrant « Illegality » and Deportability in Everyday Life », *Annual Review of Anthropology*, vol. 31, n° 1, Octobre 2002, pp. 419-447.
- Dézé, Alexandre, *Le Front national : à la conquête du pouvoir ?*, Paris, A. Colin, 2012.
- Direction de la Sécurité sociale, « Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2014 », 2015.
- Dodier, Nicolas et Agnès Camus, « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, vol. 65, n° 1, 1997, p. 109-119.
- Dubois, Vincent, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Éd. Economica, coll. « Études politiques », 2010a.
- Dubois, Vincent, « Politiques au guichet, politique du guichet », in Borraz, Olivier et Virginie Guiraudon, *Politiques publiques 2*, Presses de Sciences Po (PFNSP), 2010b, p. 265-286.
- Evetts Julia, « New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences », *Comparative Sociology*, vol. 8, n° 2, 1 Avril 2009, pp. 247-266.
- Fassin, Didier et Alain Morice, « Les épreuves de l'irrégularité. Les sans-papiers, entre déni d'existence et reconquête d'un statut. » in Schnapper, Dominique (ed.), *Exclusions au coeur de la cité*, Paris, Anthropos, 2001.

Fassin, Didier, Jacqueline Costa-Lascoux et Marie-Antoinette Hily, « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration », *Revue européenne de migrations internationales*, vol. 17, n° 2, 2001, p. 139-151.

Fassin Didier, « Vom Rechtsanspruch zum Gunsterweis », *Zur moralischen Ökonomie der Asylvergabepraxis im heutigen Europa* », *Mittelweg*, vol. 3625, 2016, pp. 62-78.

Ferré, Nathalie, « La production de l'irrégularité », in Fassin, Didier, Alain Morice et Catherine Quiminal (eds.), *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, Paris, Éd. la Découverte, 1997, p. 47-64.

Foucault, Michel, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.

Gabarro, Céline, « Quand la Roumanie adhère à l'Union européenne : quels changements dans l'accès à la Couverture Maladie Universelle pour les ressortissants communautaires ? », in Lurbe i Puerto Kàtia et Le Marcis Frédéric (eds.), *Endoétrangers: exclusion, reconnaissance et expérience des Roms et gens du voyage en Europe*, Louvain-la-neuve, L'Harmattan Academia, 2012a, p.87-109.

Gabarro, Céline, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, 2012b, p. 35-56.

GISTI, *Liberté de circulation un droit, quelles politiques ?*, Paris, Gisti, 2010.

Geeraert Jérémy, « Le touriste et le réfugié », *Cliniques méditerranéennes*, n° 94, 27 Octobre 2016, pp. 69-82.

Geeraert Jérémy, *La question sociale en santé. L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XXIe siècle*, Thèse de sociologie, Université Paris 13, 2017.

Geeraert Jérémy, « Atendimento hospitalar para populações à margem do sistema de saúde na França: o exemplo dos Permanences d'accès aux soins de santé », *Saúde e Sociedade*, vol. 27, n° 3, 2018, pp. 654-669.

Izambert, Caroline, « 30 ans de régressions dans l'accès aux soins », *Plein droit*, n° 3, 2010, p. 5-9.

Laurens Sylvain, *Une politisation feutrée: les hauts fonctionnaires et l'immigration en France ; (1962 - 1981)*, Paris, Belin, coll. « Socio-histoires », 2009.

Lochak, Danièle, « Les politiques de l'immigration au prisme de la législation sur les étrangers », in Fassin, Didier, Alain Morice et Catherine Quiminal (eds.), *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, Paris, Éd. la Découverte, 1997, p. 29-46.

Maric Michel, Gregoire Emmanuel et Leporcher Lucie, « La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins », *Document de travail, série Études et recherche*, n° 81, 2008.

Médecins du Monde, « Rapport 2004 de l'Observatoire de l'Accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde », Paris, 2005.

Médecins du Monde. « "Je ne m'occupe pas de ces patients", Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale d'Etat dans 10 villes de France », octobre 2006.

ODSE, « Lettre ouverte à Mme Marisol Touraine », <http://www.odse.eu.org/Lettre-ouverte-a-Mme-Marisol>, consulté le 14 décembre 2016.

Ménoret-Calles, Brigitte, *L'accès aux soins des populations démunies. Situation et perspectives en 1996*, Paris, France, 1997.

- Noiriel, Gérard, *Le creuset français : histoire de l'immigration, XIXe-XXe siècle*, Paris, Editions Points, 2006.
- Parizot Isabelle, *Soigner les exclus: identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social », 2003.
- Pierru, Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, 2007.
- Sénat, « Mission “santé” », 2018, consulté en ligné le 1 novembre 2018, <https://www.senat.fr/commission/fin/pjlf2018/np/np25/np255.html>
- Siblot Yasmine, « « Adapter » les services publics aux habitants des « quartiers difficiles »: Diagnostics misérabilistes et réformes libérales », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 159, n° 4, 2005, p. 70-87.
- Schuster, Liza, *The use and abuse of political asylum in Britain and Germany*, Londres, 2003.
- Spire, Alexis, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir, 2008.
- Ticktin Miriam, « Where ethics and politics meet. The violence of humanitarianism in France », *American ethnologist*, 2006, p. 33-49.