

Connaissance de l'emploi

Le 4 pages du Centre d'études de l'emploi et du travail
Septembre 2023

192 le cnam
ceet

TENSIONS ENTRE CONCEPTION DU TRAVAIL ET RATIONALISATION BUDGÉTAIRE : LE CAS DES PASS À L'HÔPITAL PUBLIC

Mauricio Aranda
Cnam, CEET

La pandémie de Covid-19 a, en plus d'exposer la persistance des inégalités sociales de santé, mis sur le devant de la scène les travailleuses et travailleurs de l'hôpital public. Faisant partie d'une institution à la fois centrale et en crise, elles et ils assurent un service public qui doit respecter les principes d'égalité d'accès et de prise en charge des malades.

Dans cette optique, les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), institutionnalisées à l'hôpital en 1998, ciblent les populations qui, faute de ressources ou de droits ouverts, ne sont pas prises en charge par le système de santé régulier. Financées par une enveloppe globale, celles-ci échappent *a priori* aux réformes comptables hospitalières.

À partir d'une enquête de terrain sur les PASS, ce numéro de *Connaissance de l'emploi* montre pourtant que les enjeux financiers de l'hôpital influent de manière indirecte sur leur activité. Une double fonction – qui ne va pas sans tensions – se dessine dans le travail de ses membres : faire accéder leurs publics aux soins et aux droits tout en veillant aux finances de leur institution.

Existant au niveau national depuis la loi de lutte contre les exclusions (1998), les PASS sont aujourd'hui plus de 400 en France. Leur origine se trouve dans l'engagement de médecins hospitaliers pour la mise en place de dispositifs prenant pour modèle les consultations gratuites d'ONG médicales (Geeraert, 2022). Elles se matérialisent par des équipes pluridisciplinaires composées *a minima* de deux membres, l'un du corps médical, l'autre du service social, mais souvent plus élargies (elles regroupent plusieurs métiers : médecins, assistantes sociales, mais aussi infirmières, secrétaires, entre autres). Les publics visés par ce dispositif sont les personnes sans couverture médicale ni ressources, soit celles considérées comme étant « exclues » par rapport au système de santé régulier – ce qui correspond, dans la très grande majorité des cas, à des populations étrangères.

La mission des permanences consiste, d'une part, à assurer des consultations de médecine générale avec ou sans rendez-vous et, d'autre part, à accompagner les malades à la (ré)ouverture de leurs droits sociaux auprès de l'assurance maladie.

La question des effets de la rationalisation budgétaire de l'hôpital – que cette institution connaît depuis la décennie 1980 (Juvén, Pierru et Vincent, 2019) – ne devrait pas se poser au sujet de l'activité des PASS. En effet, le budget du dispositif ne relève pas de la tarification à l'activité (T2A)¹, comme c'est le cas pour la plupart

¹ Mise en place en 2004, la T2A est une méthode de financement des établissements de santé qui repose sur la mesure et l'évaluation de l'activité effective des services, ce qui détermine les moyens alloués. Elle se différencie du financement par dotation globale qui préexistait.

des services hospitaliers, mais d'un montant accordé par le ministère de la Santé et de la Prévention pour les missions d'intérêt général². Or on constate que les enjeux budgétaires de l'hôpital les affectent de manière indirecte. Dans certains établissements, des consignes implicites prévalent : tant que le malade ne dispose pas de ses droits sociaux et tant que son cas ne relève pas d'une « urgence », les équipes des PASS veillent à limiter les orientations vers des services de spécialité ou les prescriptions d'examen et de traitements trop onéreux. En général, la majorité des PASS reste attentive à ce que la patientèle participe aux démarches pour l'obtention de ses droits auprès de l'assurance maladie afin que l'hôpital puisse se faire rembourser les frais engagés.

Pour comprendre comment ces enjeux budgétaires influent sur la conception du travail du personnel des PASS, ce numéro de *Connaissance de l'emploi* s'appuie sur une enquête de terrain menée auprès de huit permanences en Île-de-France (encadré 1). Il montre qu'il existe une tension entre l'engagement dans les missions du dispositif et la rationalisation de l'activité au sein de l'hôpital. Cette tension naît de manière duale – plus ou moins acceptée – de concevoir son travail, entre faire accéder des personnes dans le besoin aux soins et aux droits et veiller aux bons comptes de l'institution.

Encadré 1

MÉTHODOLOGIE

L'enquête a été conduite, au cours de l'année universitaire 2020-2021, dans le cadre d'un postdoctorat à la Chaire Santé de Sciences Po (Aranda, 2022). Cette recherche s'inscrit dans une étude plus large sur la politique de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France³. La mission consistait à étudier la mise en œuvre de l'accès aux soins au niveau de la région, en variant les points d'entrée selon les groupes professionnels et les territoires. Ceci a pu être fait au travers du dispositif des PASS à l'hôpital⁴. 8 permanences se trouvant dans quatre départements différents ont été explorées. 39 entretiens ont été effectués avec leurs membres. Ce CDE se concentre sur les deux piliers principaux des PASS, à savoir le médical et le social.

Après avoir présenté de manière un peu plus détaillée les PASS, ce numéro de *Connaissance de l'emploi* interroge de manière séparée les effets des rationalisations budgétaires de l'hôpital sur la conception du travail des médecins et des assistantes sociales.

● Les PASS à l'hôpital : genèse, développement, public

Pour saisir le dispositif, il faut tout d'abord l'inscrire dans deux processus. D'une part, les PASS relèvent de l'extension de l'assistance dans la protection sociale. En effet, des mesures participent depuis les années 1980 d'un mouvement d'élargissement de la « solidarité nationale » en faveur des populations sans ressources et écartées jusqu'alors de la

² Les hôpitaux reçoivent pour les PASS une somme globale (50 000 euros minimum) pouvant être réévaluée en fonction de la « file active » – soit du nombre total de malades pris en charge dans le service au cours de l'année.

³ Celle-ci a été dirigée par Daniel Benamouzig. Le volet de la recherche sur les PASS a été effectué en collaboration avec Nicolas Duvoux. Pour une autre publication tirée de ce travail voir (Aranda et Duvoux, 2022)

⁴ Une autre partie de cette recherche, dont nous ne parlons pas ici, porte sur les PASS ambulatoires.

Sécurité sociale – on pense dans le domaine de la santé à la Couverture médicale universelle (CMU) ou à l'Aide médicale d'État (AME), créées respectivement en 1999 et 2000⁵. Impulsées depuis le monde humanitaire et ratifiées par les pouvoirs publics, ces mesures cherchent à éviter la rupture avec les droits fondamentaux des populations pensées comme relevant de « l'exclusion ». D'autre part, les PASS apparaissent alors que des réformes néolibérales ont lieu dans la protection sociale (assurance maladie, allocations familiales, etc.) et l'hôpital. Celles-ci se présentent aussi bien comme des demandes de productivité pour ses agents que de contrôle des dépenses. Parallèlement à l'étatisation de la « santé de base » qui cible les exclus de l'assurance maladie (PASS, AME, etc.) se produit une prise en charge croissante des « soins courants » par les assurés de la sécurité sociale et par le secteur privé des mutuelles.

Aussi, l'institutionnalisation du dispositif des PASS passe par la croissance de leur nombre et de leur budget :

Tableau 1 : nombre de PASS

	1998	2018
Île-de-France	18	67
France	88 (hors APHP)	442

Tableau 2 : budget des PASS (en millions d'euros)

	2014	2018
Île-de-France	14	18
France	55,8	72,6

Tableaux effectués à partir des données du Pilotage des rapports d'activité des missions d'intérêt général (PIRAMIG) (Bertini et al., 2020).

Par ailleurs, il convient de préciser les spécificités du public des PASS, qui influent sur le travail du personnel : il s'agit de personnes étrangères (pour 79 % du public total), en grande partie primo-arrivantes, avec bien souvent des situations administratives complexes et en partie non francophones. Des chiffres de 2018 issus du PIRAMIG au niveau national montrent leur surreprésentation dans la file active des permanences (Bertini et al., 2020). Cette population se caractérise souvent par un défaut de couverture sociale, qu'il soit total (58 %) ou partiel (12 %). Une minorité possède une protection universelle maladie avec complémentaire (14 %), une aide médicale d'État (9 %) ou une couverture d'un autre pays européen (3 %). De plus, 33 % de ces malades ont bénéficié d'interprétariat lors de leurs consultations. Toutefois, il convient d'indiquer que dans certains hôpitaux visités, en vue de réduire les coûts, les directions conseillent aux équipes PASS de limiter le recours aux interprètes. Des formes de traduction informelles sont souvent mobilisées (par exemple, faire appel aux collègues polyglottes d'autres services ou autoriser des accompagnants des malades qui parlent le français).

Enfin, si l'on s'intéresse ici au travail médical et au travail social de manière séparée, il faut garder à l'esprit que ceux-ci se caractérisent par des interdépendances. Le suivi social permet

⁵ La CMU — devenue depuis 2019 la Complémentaire santé solidaire — est accessible aux personnes à faibles ressources, qu'elles soient françaises ou étrangères, disposant d'une résidence stable et régulière en France. L'AME concerne les personnes étrangères en situation irrégulière sur le territoire français.

aux assistantes sociales de tenir informés les médecins de l'avancement de l'ouverture de droits de la patientèle. En retour, les assistantes sociales ont besoin de l'avis médical avant d'arrêter ou de renouveler la prise en charge d'un malade au titre de la PASS.

● Les médecins : un travail relationnel entre soin et responsabilisation

S'intéresser aux effets budgétaires de l'hôpital sur le travail médical au sein des PASS implique, tout d'abord, de comprendre qui sont ces médecins et en quoi consiste leur activité. Les médecins des permanences appartiennent à une spécialité (la médecine générale) qui est dominée dans le champ hospitalier et, par extension, dans le champ médical (Bloy et Schweyer, 2010). À l'hôpital, marqué par des processus de spécialisation et technicisation médicales, en particulier depuis le milieu du XX^e siècle, les généralistes sont pensés comme n'ayant pas de spécialité. Il existe cependant une particularité idéalisée de leur travail, à savoir le fait de créer une relation singulière avec le patient, propice à l'écoute, à la compréhension de son contexte de vie, au développement de la confiance, ainsi que de disposer d'une capacité d'orientation et de synthèse à son égard. Dans les faits, leur activité se compose de consultation pour des affections aiguës, délivrance de certificats, contrôle et suivi d'affections chroniques stables, etc.

Dans le cadre hospitalier, les PASS donnent la possibilité à ces médecins de revenir aux fondamentaux de leur travail, c'est-à-dire de mettre en avant une dimension relationnelle de la médecine, et cela d'autant plus qu'elles et ils ne sont pas soumis à une cadence guidée par la T2A. Parmi les 9 médecins interviewés (5 femmes, 4 hommes), la plupart a intégré le dispositif de manière volontaire. Six sur neuf ont commencé leur carrière médicale dans le service des urgences avant de se tourner vers le dispositif. Le lien avec ce service n'est pas fortuit : les PASS ont été pensées lors du vote de la loi de 1998 comme un moyen de désengorger les urgences hospitalières par la prise en charge des malades précaires. La volonté de s'investir dans le dispositif se manifeste aussi par d'autres engagements (préalables ou parallèles) en lien avec leur activité professionnelle. Sept s'investissent dans une association qui défend les intérêts de leur démarche (notamment, le Collectif des PASS) ; trois dans des organisations humanitaires, telles que Médecins sans frontières ou l'association « Médecins-bénévoles ».

Dans le cadre des PASS, ces médecins développent le rapport au patient idéalisé par leur groupe de référence (médecins généralistes). Elles et ils allongent la durée de leurs consultations et accordent une grande importance à la compréhension des parcours et conditions de vie de leur public. Leur patientèle est souvent en proie à diverses problématiques issues de leurs parcours migratoires (malnutrition, dégradation de leur santé, maladies non soignées, violences, etc.) et dont l'expression des maux peut mettre du temps à émerger. Les consultations (notamment les premières) durent plus que prévu dans le reste de l'hôpital (ce qui fait que l'adaptation des médecins au cas par cas exige, en contrepartie, de la flexibilité du côté des malades). Un enquêteur passé par la médecine de ville, avant d'arriver à l'hôpital – où il intègre, en amont de la PASS, différents services dont celui des urgences – signale :

« Faire une consultation comme ça, c'est pas une consultation habituelle de cinq minutes ou dix minutes. Ça prend parfois une heure, deux heures. »

L'écoute attentive permet de mieux cerner les besoins en santé des malades, mais aussi la possibilité de prendre soin des finances de l'hôpital. En effet, elle permet d'apprendre, par exemple, si le patient fait déjà l'objet d'un suivi par une autre structure ou si l'on dispose ailleurs de bilans médicaux à son sujet. En évitant le doublon, l'objectif consiste à faire une économie de moyens dans les hôpitaux où les consignes vont dans ce sens.

Par ailleurs, pour cette même raison financière, il existe dans certaines PASS la volonté de responsabiliser les malades – comme cela se produit dans d'autres guichets sociaux où s'exerce une injonction à l'autonomie (Duvoux, 2009). De manière assumée, des médecins témoignent parfois de cette volonté de ne pas faire « un chèque en blanc » :

« [On dit à ces malades :] "Vous, le contrat, c'est que vous allez faire vos démarches, et voilà". »

En somme, cette dimension relationnelle du travail médical a une double fonction de soin et de responsabilisation. Selon les configurations institutionnelles et les trajectoires mêmes des médecins, cette posture sera plus ou moins acceptée, voire remise en cause. Le verbatim précité provient d'une médecin qui non seulement gère une PASS, mais aussi la polyclinique dans laquelle celle-ci se trouve. De plus, elle travaille depuis vingt ans dans un hôpital qui donne au public PASS un accès élargi aux autres services de l'hôpital. En ce sens, elle semble attachée à réaffirmer que la contrepartie consiste pour les malades à faire leurs démarches d'obtention des droits. Un cas divergeant est celui d'un autre responsable médical de PASS qui, travaillant aussi dans des centres d'accueil pour migrants, se trouve également depuis deux décennies dans un hôpital qui limite fortement l'accès de ses malades aux autres services. Son désaccord avec la double fonction qui lui est impartie apparaît très clairement : *« C'est pas notre boulot de contrôler les papiers des gens, nous notre travail, c'est de les soigner. »*

● Les assistantes sociales : entre ouverture des droits et contrôle des démarches

Tout comme pour les médecins, pour saisir les effets des enjeux budgétaires de l'hôpital sur la conception du travail des assistantes sociales, il faut commencer par se demander qui elles sont et en quoi consiste leur travail. L'assistance de service social est l'un des groupes professionnels de ce qu'on appelle communément le travail social. Univers professionnel dont les pratiques sont constamment débattues, il convient de le resituer dans la configuration spécifique de l'hôpital (Gaspar, 2019). Être dans le milieu hospitalier peut être source de prestige pour les assistantes sociales en raison de leur rapprochement vis-à-vis des médecins. Or cela marque aussi l'existence d'une hétéronomie de leur groupe professionnel. L'exercice du travail social dans cette institution implique une domination médicale multiforme : la hiérarchie formelle place souvent le service social sous la direction médicale ; le travail social est par ailleurs cadré par le corps médical (qui détermine, par exemple, la

durée de séjour des malades et donc de l'intervention sociale) ; ses schèmes de compréhension des problèmes sont marqués par le champ médical, ainsi que par les normes administratives, juridiques et financières ; les médecins sont davantage des hommes et les assistantes sociales des femmes.

Les PASS donnent au moins deux avantages apparents aux assistantes sociales de l'hôpital. D'une part, elles clarifient leurs missions : faire accéder les patients aux droits sociaux, mais aussi orienter vers des réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. D'autre part, elles mettent la mission sociale (accès aux droits) à égalité avec celle que les médecins assurent (accès aux soins). Cela peut expliquer l'entrée volontaire des assistantes sociales interviewées (8/10 sont des femmes) dans les PASS. La grande majorité d'entre elles ne compte pas des engagements dans des associations professionnelles ou humanitaires – seulement trois disent avoir participé à quelques réunions du Collectif des PASS, mais indiquent ne pas être réellement impliquées en son sein. Pour plusieurs d'entre elles, le fait d'intégrer une permanence relève de la recherche d'un gain professionnel : travail pluriprofessionnel, en réseau sur un territoire, autonomie du poste, etc.

L'ensemble des assistantes sociales interviewées note la place importante qu'occupe l'ouverture de droits dans leur activité. L'impression d'être submergées face à une importante demande de publics avec des situations administratives complexes est partagée :

« 99 % des personnes, des patients que l'on voit ici, ce sont des étrangers. La moitié, je pense, sont demandeurs d'asile. [...] Donc, là, en fonction de leur situation administrative, ça détermine, un peu, les choses. »

Contrairement aux médecins des PASS qui dédient plus de temps à leurs consultations que leurs collègues d'autres services, les assistantes sociales ont l'impression de devoir aller aussi vite qu'ailleurs (10-15 minutes). Afin de contrecarrer cela, elles planifient des rendez-vous avec certains malades pour aller plus loin dans l'accompagnement (30-45 minutes).

En outre, bien qu'en concertation sur ce point avec les médecins, elles font également le « sale boulot » consistant à ne pas renouveler un « bon PASS⁶ » lorsque le malade n'a pas fait sa part du travail, à savoir les démarches pour l'obtention – selon sa situation – d'une CMU ou d'une AME. La focalisation sur l'ouverture des droits sociaux produit des tensions chez les assistantes sociales. Les réactions varient en fonction des configurations institutionnelles et des trajectoires des professionnelles. Deux cas illustrent ces différences d'appréciation. D'une part, celui d'une assistante sociale qui, étant depuis quelques années en détachement de la

fonction publique territoriale et cherchant à s'épanouir en milieu hospitalier, n'approuve pas et essaye de résister à la mission « restrictive » voire « intrusive » qu'elle doit effectuer. D'autre part, on pense à un assistant social qui a fait toute sa carrière dans le même hôpital (depuis vingt ans, dont dix ans de PASS) et qui s'accommode très bien de la mission de contrôle.

Les réformes comptables de l'hôpital affectent de manière indirecte les PASS qui pourtant ne sont pas financées par la T2A. Les deux piliers principaux du dispositif voient leurs conceptions de travail bousculées par l'enjeu budgétaire. Si les médecins développent l'écoute des malades, un des éléments distinctifs de la médecine générale, elles et ils le font pour les faire accéder aux soins, mais aussi pour éviter des frais non couverts à l'hôpital. Si les assistantes sociales finissent par se focaliser sur l'accès aux soins – en réduisant le flou qui caractérise le travail social –, elles le font aussi bien au bénéfice de la patientèle que pour les finances hospitalières. Face à ces doubles fonctions qui créent en elles et eux des tensions, les travailleuses et travailleurs se positionnent différemment. Mettre en lumière leurs dilemmes peut nous donner à réfléchir aussi bien sur les adaptations que les résistances dans le travail face aux transformations des services publics.

RÉFÉRENCES

Aranda M., 2022, « Entre sanitaire et social. Enquête sociologique sur les PASS en Île-de-France », Paris, Chaire Santé, Sciences Po.

Aranda M., Duvoux N., 2022, « Les Pass ou l'extension de l'assistance dans le système de santé », dans **Duvoux N., Vezinat N.** (dir.), *La santé sociale*, Paris, PUF, p. 73-86.

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.

Bloy, G., Schweyer, F.-X. (dir.), 2010, *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Duvoux N., 2009, *L'autonomie des assistés : sociologie des politiques d'insertion*, Paris, PUF.

Gaspar J.-F., 2019, « Sociogenèse et défis du travail social hospitalier », *Les Politiques Sociales*, 1-2, 1, p. 34-44.

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.

Juven P.-A., Pierru F., Vincent F., 2019, *La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir.

⁶ Il s'agit de certificats valables pendant une période donnée (1 à 3 mois). Ceux-ci permettent au malade d'avoir accès aux soins ambulatoires et empêchent, en attendant l'ouverture de ses droits, l'émission d'une facture.

Les actualités du Centre d'études de l'emploi et du travail (dernières publications, colloques et séminaires) sont en ligne sur le site : ceet.cnam.fr
Elles sont également disponibles via la [lettre électronique Flash](#) ainsi que les comptes [Twitter @CeetEtudes](#) et [LinkedIn Cnam-CEET](#).

Centre d'études de l'emploi et du travail

29, promenade Michel Simon - 93166 Noisy-le-Grand CEDEX

Directrice de publication : Christine Erhel - Responsable éditorial et relations Presse : Bilel Osmane - Téléphone : 01 45 92 68 48

Mise en page : Ad Tatum - Dépôt légal : 1805-066 - Septembre 2023 - ISSN : 1767-3356

Ce numéro est en accès libre et sous licence Creative Commons 