



## Rapport de recherche 2016

**Recours aux PASS et aux EMPP :  
Quelles demandes ? Quelles souffrances ?**



## ∞ Remerciements

---

Cette recherche est le résultat d'une collaboration entre l'Orspere-Samdarra (CH le Vinatier) et le GRePS (Université Lyon 2). Elle a été financée par le Conseil Scientifique de la Recherche du Vinatier-Lyon 2 que nous tenons à remercier.

Nous souhaitons également remercier les acteurs des PASS et des EMPP qui nous ont ouvert leurs portes, ont *patiemment* accepté notre présence tout au long de cette étude et nous ont offert du temps, de l'attention et de vastes espaces de réflexion (dans des emplois du temps déjà bien chargés).

Nous remercions Gaia Barbieri, en stage à nos côtés, avec qui les moments d'échanges et de réflexions ont été fructueux ; ainsi que Maëlle Chiron, stagiaire également.

Enfin, nous remercions vivement les *usagers* de ces lieux qui ont admis notre présence à leurs côtés, qui ont accepté de répondre à nos sollicitations, à nos questions et qui surtout, nous ont accordé leur confiance.

- Remerciements ..... 3
- Sommaire ..... 4
- Introduction ..... 5
- Problématique et terrains ..... 7
  - 1. *La triangulation méthodologique* ..... 9
  - 2. *Les terrains* ..... 10
- Éclairer les recours à partir de la psychologie sociale : expériences et contextes ..... 17
  - Avant-propos* ..... 17
  - 1. *Rapports au passé : les ruptures* ..... 20
  - 2. *La rue, la précarité : un nouvel irreprésentable dans un présent obnubilant* ..... 32
  - 3. *Tenir-lâcher prise : rapports au futur* ..... 47
  - 4. *Impuissance et représentations du corps* ..... 62
- Conclusion ..... 72
  - 1. *Perspectives temporelles, corporelles, force et faiblesse* ..... 72
  - 2. *Mise en incompétence vs mise en incapacité* ..... 74
  - 3. *Les catégories de l'expérience* ..... 75
- Références bibliographiques..... 76
- Annexes ..... 81
  - Annexe I : Nature des demandes adressées aux PASS* ..... 81
  - Annexe II : La problématique du logement* ..... 82

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions est votée le 29 juillet 1998 et répond au constat d'inégalités persistantes en matière de santé, questionnant la mission sociale de l'hôpital, notamment en termes d'accès aux soins et lutte contre les exclusions. Elle est une loi-cadre qui stipule l'accès à tous à l'ensemble des droits fondamentaux (la santé mais aussi l'emploi, le logement, la justice, etc.)<sup>1</sup>. Sur les 159 articles présents dans cette loi, 11 ont spécifiquement attiré au domaine de la santé dont l'article 76 qui recommande que « *les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits* ».

La création du dispositif des PASS répond à la nécessité de soigner les individus en « rupture » de droits sociaux, permettant à la fois d'être soignés dans l'urgence et d'ouvrir des droits afin d'accéder aux dispositifs de soin classiques « de droit commun ». Ce dispositif s'inscrit dans la construction des nouveaux droits sociaux qui répondent à la question de la prise en compte de la souffrance (Fassin, 2010), privilégiant le principe de dignité à celui d'égalité (Rancière, 2009 ; Thomas, 2010). Les PASS s'inscrivent pleinement dans cet objectif avec pour objectif de faciliter l'accès aux soins des « personnes démunies ».

Parallèlement, quoique les PRAPS (Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins) initiés avec cette même loi de 1998, aient pour vocation, via l'article 71, de « *définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la*

---

<sup>1</sup> Article 1 : « La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux »

*précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels* », une circulaire de 2005 <sup>2</sup> est venue affirmer la nécessité de créer des équipes mobiles psychiatriques chargées d'améliorer la prise en compte des besoins en santé mentale des personnes précaires. Les EMPP œuvrent auprès de deux publics : d'une part, les personnes en situation de précarité et d'exclusion ; d'autre part, les acteurs de terrain témoignant de difficultés face aux souffrances/troubles psychiques de ce public. Leurs missions principales reposent sur *l'aller vers* et sur un principe d'interface avec les professionnels de santé du terrain. Aussi, au-delà des permanences possibles (notamment dans les accueils de jour, les CHRS...) et des maraudes, les EMPP ont pour objectifs de réinsérer dans le droit commun, de mener des actions de formation à l'adresse des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, de soutenir les équipes dites « de première ligne » et de développer des actions en réseau.

Ces dispositifs « à bas seuil », qui s'adressaient à leur création avant tout à un public en « grande précarité », sont confrontés, ces dernières années, à une problématique nouvelle : celle d'accueillir une catégorie de population non directement ciblée initialement, qu'on nomme « migrants précaires ». C'est du moins le cas notamment de la PASS du Centre Hospitalier du Vinatier qui déclare que 95% des usagers sont des « migrants », la plupart déboutés de leur demande d'asile et confrontés à une précarisation de leur situation matérielle. Ce constat s'inscrit dans un contexte de forte augmentation des demandes d'asile<sup>3</sup> et d'une précarisation de la population migrante en général.

---

<sup>2</sup> Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

<sup>3</sup> Augmentation de 85% en France entre 2007 et 2014

Aussi, au-delà de cette nouveauté relative à l'accueil dans ce dispositif d'une population pour laquelle il n'était pas conçu, il a été observé, sur le terrain, une difficulté à caractériser les demandes du public. Il semble y avoir une différence entre ce qu'ils viennent chercher, ce qu'ils espèrent trouver et ce qu'ils trouvent effectivement, ce que le dispositif leur offre et ce qu'il fait d'eux. Plus spécifiquement, il semble apparaître une complexité à identifier une grande partie de la souffrance exprimée par les sujets venant dans ces dispositifs au-delà des problématiques de compréhension dues au fait qu'une partie de ce public soit allophone. Il a ainsi été montré dans une recherche précédente (Chambon, Le Goff & Cochet, 2013 ; Chambon, 2013) que les professionnels de ces structures expriment largement un sentiment d'incompréhension et de confusion vis-à-vis de ces nouvelles demandes. Ainsi, la capacité à nommer les états pathologiques des individus par l'institution hospitalière, notamment dans le domaine psychiatrique, semble être mise en difficulté, dans la confrontation avec ce public. Si la dimension traumatique est une réalité pour une partie des migrants, la catégorie des « syndromes post traumatiques » ne semble pas suffisante. Aussi, cette psychiatrisation de la souffrance qui est émise dans ces lieux d'accès aux soins pourrait participer à la biologisation et la psychologisation de problèmes davantage sociaux (Castel, 2008). Le risque serait alors de catégoriser, à travers une grammaire psychiatrique, des souffrances qui peuvent davantage être de l'ordre d'une souffrance existentielle et sociale (Lazarus & Strohl, 1995), ancrée dans les manques et les besoins du quotidien, l'urgence présente, les nécessités corporelles, etc. ; de l'ordre davantage d'une demande de justice et de droits, ou bien d'écoute, de reconnaissance ou d'attention que de soin en tant que tel.

## ∞ Problématique et terrains

---

Sur une commande de l'Orspere-Samdarra et dans le cadre d'un appel à projet du Conseil Scientifique de la Recherche du Vinatier en partenariat avec l'Université Lyon 2, nous avons proposé de construire une enquête. Dans une optique

psychosociale, nous souhaitons explorer les formes et les sens des demandes adressées dans les PASS et EMPP par les usagers et notamment par la catégorie des « migrants », à travers leur propre regard, celui des professionnels, et le nôtre, par une approche externe des dispositifs. Le but était ainsi d'objectiver ce qui pouvait mettre en difficulté les professionnels, mais aussi les usagers de ces dispositifs.

Différentes interrogations se sont posées parmi lesquelles celles de comprendre les processus et les logiques de (non-)recours aux PASS/EMPP ; de comprendre quelles formes et quels sens ont les demandes adressées dans ces dispositifs par les usagers ; de comprendre comment le rapport psychosocial au temps façonne le recours aux droits et aux soins. Nous souhaitons également questionner les manières dont les sujets peuvent se représenter leur propre histoire, leur devenir et interroger la construction identitaire dans les recours aux PASS/EMPP (notamment en termes de stigmatisation ou de reconnaissance) ; l'objectif étant finalement d'identifier les catégories ou les coordonnées de l'expérience. Pour explorer ces dynamiques, nous avons choisi de situer notre regard au niveau des expériences et des trajectoires, pour tenter de saisir les dimensions subjectives qui peuvent rendre compte des vécus qui conduisent et qui orientent vers les dispositifs comme les PASS, et les effets de leur interaction avec les situations rencontrées au fil des parcours. L'expérience spécifique de la migration, de l'errance et les processus de recours nous ont conduit à vouloir nous centrer sur les dimensions diachronique et temporelle des trajectoires qui constituent autant d'histoires de vie qui croisent le vécu des acteurs, leur situation et les contextes rencontrés au fil du temps. Cette mise en perspective vise moins à reconstituer des parcours qu'à tenter de saisir comment les personnes envisagent leur histoire, le sens qu'elles lui donnent, et les répercussions de ce sens sur les vécus, le recours et les souffrances qui parfois s'y expriment.

Notre démarche a pris ensuite le parti d'analyser les demandes en allant des situations aux personnes et des contextes aux vécus, afin de saisir les conditions psychosociales d'émergence et d'expression de ces vécus. Nous avons ainsi approché les PASS/EMPP de l'extérieur, en les re-situant dans un espace élargi (celui du territoire et des autres dispositifs), nous avons abordé le terrain en non-spécialistes, donc en interrogeant les

catégorisations, interprétations et mises en sens se présentant d'emblée, et nous avons situé les expériences dans leur contexte d'actualisation et d'expression, contextes envisagés comme partie prenante de cette expérience.

### 1. La triangulation méthodologique

Pour répondre à nos différentes interrogations, nous avons opté pour une triangulation méthodologique avec pour objectif de recueillir différents types de données et pouvoir ainsi observer notre objet de différents points de vue, l'appréhender ainsi à travers sa complexité. Nous avons donc fait le choix de saisir depuis l'extérieur, puis *in vivo* et *in situ*, notre objet d'étude, à travers différentes opérations de recherche (Flick, 2001), en prenant en compte les points de vue de sujets sociaux dans des situations socio-historiques concrètes « mettant en œuvre les règles socioculturelles de l'environnement auquel ils appartiennent » (Kalampalikis, 2007, p. 50). Ainsi, notre approche a été en quelque sorte *concentrique*, souhaitant appréhender PASS et EMPP à partir d'une observation allant de l'extérieur vers l'intérieur (comme le font les usagers). Par cette approche, il nous a été permis de nous éloigner des affirmations qui pouvaient être catégorielles (voire catégoriques) et nous saisir du terrain selon un point de vue décentré.

Avant de présenter les différentes démarches adoptées, les outils de recherche utilisés pour appréhender notre objet et les terrains choisis pour l'observer, attardons-nous sur cette posture empirique globale qui nous a été dictée par la nature même de notre objet d'étude.

La triangulation est pour nous une voie méthodologique permettant d'observer l'objet d'étude à travers son existence dynamique et contextualisée (Flick, 1992, 2008 ; Haas & Kalampalikis, 2010), contexte qu'il faut expliciter (Beaud & Weber, 1997/2003 ; Haas & Masson, 2006) pour comprendre la construction des représentations sociales. La triangulation constitue ainsi une « posture méthodologique » reposant sur une combinaison de différentes méthodes visant à donner une plus grande validité, cohérence, profondeur aux résultats d'une étude (Haas & Kalampalikis, op. cit.). Elle

permet de rassembler, sur le terrain, une série d'indices, de traces permettant au chercheur de résoudre une intrigue, d'élucider un problème, impliquant une posture engagée mais modeste, à l'instar d'une enquête policière (De Sardan, 1995, p. 12). La triangulation peut soit être confirmatoire, soit permettre de chercher les contrastes, les différences, les variations, dans les discours et les pratiques étudiés (De Sardan, 2003, p. 44), palliant ainsi la vision restreinte que l'on opère sur un objet par le biais d'une méthode en la complétant grâce à d'autres outils disponibles en sciences sociales.

Ainsi, dans cette optique de méthodologie mixte, nous avons construit un dispositif méthodologique mêlant des observations et des méthodes d'entretiens individuels et collectifs sur différentes PASS et EMPP de la région Rhône-Alpes.

## 2. Les terrains

Il existe actuellement sur la région Rhône-Alpes 45 PASS (somatiques, psychiatriques, fixes et/ou mobiles) et 7 EMPP :

- 35 PASS hospitalières (uniquement somatiques et sur permanences) ;
- 2 PASS mobiles et hospitalières (somatiques sur permanences et mobiles) ;
- 1 PASS hospitalière et psychiatrique (somatique et psychiatrique sur permanences) ;
- 5 PASS psychiatriques avec EMPP (uniquement psychiatriques- permanences et mobiles) ;
- 2 PASS hospitalières et EMPP (somatiques sur permanences et mobiles en psychiatrie) ;
- 7 EMPP.

Nous sommes entrés en contact avec une partie des PASS et EMPP de la région Rhône-Alpes, cependant, nous avons souhaité focaliser notre attention sur des spécificités

contextuelles, notamment géographiques. En effet, afin d'appréhender notre objet d'étude dans ses différents contextes, nous avons choisi de travailler auprès de PASS/EMPP situées dans des zones urbaines, rurales et suburbaines. Il nous semblait en effet que tant dans les demandes, dans les usages que dans les pratiques, nous aurions à y voir des problématiques différentes. Nous souhaitons donc comprendre ce qui pouvait y être similaire et/ou dissemblable. De plus, appréhender l'ensemble de ces dispositifs nous a permis une relative exhaustivité dans le recueil de nos données et allait dans cette volonté d'aller de l'extérieur vers l'intérieur. Aussi, et pour les mêmes raisons, nous n'avons pas souhaité nous contenter des seules PASS psychiatriques et avons élargi nos investigations aux PASS somatiques.

Nous avons ainsi travaillé auprès de 9 PASS et 3 EMPP de la région Rhône-Alpes.

## Observations

En premier lieu, nous avons mis en place des observations dans certaines PASS/EMPP. L'enjeu ici a été d'objectiver les pratiques et de considérer plus finement les rapports qu'entretiennent les usagers aux lieux, aux professionnels et d'observer quels usages se développent. Avec cette démarche de recherche, qui « a pour intérêt de mettre l'accent sur la créativité et sur l'inventivité des acteurs et rendre sensible l'intelligence du social dont ils font preuve – quels qu'ils soient » (Boltanski, 2013, p. 98), l'enquêteur participe à la construction des données dans l'interaction avec son ou ses terrains (Haas & Masson, op.cit. ; Favret-Saada, 1977 ; Chauvier, 2011), avec les sujets sociaux qui y participent et auxquels il se confronte. Ainsi, les données sont liées au contexte dans lequel elles sont produites. Ce type d'approche méthodologique, renvoyant à l'enquête ethnographique, nécessite une temporalité lente (De Sardan, 2013 ; Beaud & Weber, op.cit. p. 24), une présence longue « sur place », rendant possible l'institution de relations de proximité et de confiance avec les enquêtés, par l'écoute attentive et le travail patient (Beaud & Weber, op. cit., p. 8).

Nous avons ainsi mené deux types d'observations nous permettant de nous familiariser avec les professionnels des dispositifs et de comprendre et appréhender leurs pratiques

et problématiques : observations des groupes de travail de professionnels ; observations des professionnels et des usagers, dans le cadre des dispositifs :

- Nous avons participé aux journées organisées par l'APASSRA<sup>4</sup> (une régionale et une départementale) et à une journée régionale des EMPP. Au-delà du contact qu'elles ont rendu possible avec les différentes PASS et EMPP de la région, ces journées nous ont surtout permis d'une part, d'avoir un regard plus global sur l'ensemble des dispositifs de la région et du département (puisque toutes sont présentes lors de ces journées) ; d'autre part, de recueillir un certain nombre de données qualitatives très riches puisque issues de réflexions communes et partagées. En effet, ces journées de réflexion sont l'occasion pour les professionnels de faire l'état des lieux de leurs différentes pratiques et de faire émerger ce qui peut être problématique.
  
- D'autre part, nous avons mené des observations de différents types dans le cadre des PASS/EMPP. L'observation des consultations a été une source importante de constats sur la rencontre de parcours et de trajectoires avec le lieu de leur accueil au sein des dispositifs :
  - Observations en consultations sociales (avec les assistantes sociales) ;
  - Observations en consultations médicales ;
  - Observations du circuit dans la PASS (avec l'utilisateur) ;
  - Observations en consultations aux services des urgences ;
  - Observations des activités mobiles (notamment lors de maraudes et de rencontres dans des structures associatives – point d'accueil de jour, centres d'hébergement, petits déjeuners, permanences, ...)
  - Observations de groupes de parole en Cada.

---

<sup>4</sup> Association des PASS en Rhône-Alpes.

Nous avons ainsi réalisé :

- 25 journées d'observations en PASS ;
- 6 maraudes avec le Samu Social et l'équipe médicale d'une PASS ; une maraude avec l'assistante sociale et l'infirmier d'une PASS ;
- Une demi-journée avec une infirmière d'EMPP sur un accueil de jour ;
- Deux groupes de paroles avec une psychologue d'EMPP en Cada.

### Entretiens semi-directifs

L'entretien, comme les méthodes qualitatives en général, doit permettre d'accéder à un matériau riche, conservant une certaine naturalité (Jodelet, 2003), n'imposant pas de pré-découpage de l'objet (Haas & Masson, 2006) bien que dans le cadre de l'entretien semi-directif, la discussion est orientée selon des thèmes prédéfinis et selon les objectifs de l'enquête. L'entretien semi-directif, technique d'entretien « flexible », n'est ni complètement structuré, ni entièrement libre (Nils & Rimé, 2003, p. 173) et permet à la fois de circonscrire l'entretien à nos interrogations tout en laissant relativement libres les sujets quant à la dynamique du dialogue. Cette forme d'entretien présente également la particularité de comporter une part hypothético-déductive qui dans ce cas s'est appuyée sur les données issues des observations.

### *Les professionnels*

Dans un premier temps, nous avons choisi d'interroger différents professionnels des PASS/EMPP de la région Rhône-Alpes. Nous avons ainsi souhaité considérer en premier lieu les représentations des professionnels quant à leurs pratiques professionnelles et quant aux usages et usagers des PASS/EMPP. Leurs regards sur les logiques des recours et des demandes, les confusions et les tensions qu'ils peuvent susciter, sont venus éclairer les ententes, malentendus, quiproquos que créent potentiellement la rencontre entre la demande et les lieux et personnes auprès desquels elle se porte (Fieulaine, 2007).

Lors de cette phase d'entretiens, nous avons construit un guide, standardisant relativement la conduite de ceux-ci <sup>5</sup>. Comme il convient souvent de le faire et participant à la mise en confiance des sujets interviewés, nous l'avons construit afin de partir d'enjeux plus généraux pour aller vers des questions plus particulières, plus singulières. Celui-ci a été organisé autour de 3 points essentiels :

- **Les usagers** : qui sont-ils, quels sont leurs parcours (de vie et de ville, de soins et de droits), quels usages font-ils/ont-ils de la PASS/EMPP, quelles sont leurs demandes et leurs besoins, ...
- **Les professionnels** : quelles réponses/non-réponses apportent-ils, quelles difficultés, quels freins, quelles perceptions au sein de l'hôpital/de la ville, quels rapports aux autres partenaires/associations/professionnels, ...
- **La PASS/l'EMPP** : quelles spécificités, quels rôles, quels usages, ...

Il nous semblait nécessaire de s'approcher au plus près des représentations que ces différents professionnels pouvaient avoir de l'accompagnement PASS/EMPP et de voir les différentes mises en œuvre et pratiques des missions PASS/EMPP de dispositif en dispositif, en fonction également de leur position sur le territoire.

Nous avons réalisé 19 entretiens individuels ou collectifs auprès de 35 professionnels de PASS et EMPP, essentiellement infirmier(e)s (11) et assistant/es social/es (9) mais aussi médecins (généralistes, urgentistes, pédiatres, psychiatres – 6), psychologues (5), secrétaires ou agents d'accueil (2) et cadres de santé (2).

---

<sup>5</sup> Ces entretiens ont été menés individuellement ou collectivement en fonction des disponibilités des équipes. Sur certains sites, nous avons rencontré les professionnels en équipe puis individuellement.

## *Les usagers*

Dans un second temps, nous avons élaboré un guide d'entretien à l'adresse des usagers. L'objectif était d'analyser différentes dimensions de leur rapport à la PASS/EMPP. Nous souhaitions aborder essentiellement la question du parcours de vie, de ville, qui mène à la PASS/EMPP et à travers elle, la question du rapport au temps et au recours. Nous avons aussi souhaité réaliser avec les usagers des *lignes de vie*. Cette technique, centrée sur la reconstitution des trajectoires, a une longue histoire en sciences sociales, et a été autant utilisée dans une perspective descriptive (Bauer & Maresca, 1992) que compréhensive (Leclerc-Olive, 2002), cherchant tantôt à rendre compte le plus complètement possible des étapes des parcours individuels, tantôt à saisir le rapport à l'expérience dans le temps sans imposer le cadre restrictif de la consigne narrative (Fieulaine, 2006 ; Leclerc-Olive, 1998). Dans ce cas, l'outil visait à replacer les parcours dans leurs perspectives temporelles, en situant les répondants au centre de l'histoire. L'espace du dessin, lui, permet que s'expriment les contraintes et les obstacles qui pèsent sur les expériences, les tournants, les ruptures, les périodes (DeConinck & Godard, 1989) pouvant ainsi être exprimés de manière visuelle, dans une forme globale. L'objectif n'était donc pas de faire rendre compte du parcours, mais de saisir le sentiment de trajectoire qui est celui des personnes à un moment donné, dans une situation donnée, et de lier cette trajectoire au vécu pour éclairer ce qui les lie, en particulier les catégories et coordonnées de l'expérience (le rapport au temps, bien sûr, mais aussi à l'espace, à soi, aux autres).

Notre guide d'entretien débutait donc par une consigne graphique où l'utilisateur était sollicité pour la réalisation d'un dessin retraçant son parcours jusqu'à la PASS/EMPP. Nous laissions néanmoins la liberté au sujet de considérer comme il l'entendait cette question de parcours, lui laissant ainsi la possibilité de retracer tout autant son parcours spatial que temporel, selon les modalités qui lui convenaient au mieux. Certains usagers ont ainsi pris le parti de reconstruire leur parcours migratoire, d'autres leur parcours de vie par exemple.

Le guide d'entretien était ensuite structuré autour de quatre points :

- **Le rapport à la PASS/EMPP** : l'orientation, le recours, les attentes, le rôle, le ressenti, ...
- **Leur rapport à la santé** : le soin de soi somatique, psychologique ou psychiatrique, le passé, les projets de soin, ...
- **Les représentations du système de santé français et du système administratif d'une manière plus générale** : la complexité, les difficultés, les facilités, les aspects négatifs et positifs, ...
- **L'avenir** : les projets de soi, la suite du parcours, ...

Nous avons réalisé 15 entretiens auprès d'usagers rencontrés dans les PASS/EMPP lors de nos observations ou orientés par les professionnels. Les sujets ont été rencontrés sur les PASS, à leur domicile ou lieu d'hébergement. Les entretiens ont donné lieu à une analyse thématique que nous avons couplée avec l'analyse des observations (voir infra).

Nous avons par ailleurs pris le parti de rencontrer tous les profils d'usagers qui se rendent dans les PASS/EMPP sans préjuger de leur origine et de leur niveau de « précarité », cela dans l'objectif d'observer les différences entre les individus en fonction de leur vécu, de leur situation socio-économique, administrative etc. Ceci participe de notre choix théorique et méthodologique d'observer de l'extérieur l'activité des PASS et EMPP, sans préjuger des catégories existantes, *a priori*.

### Analyse des données obtenues à partir des observations et des entretiens

L'ensemble de ces temps nous ont permis de distinguer dans nos analyses, 90 usagers adultes (seuls, en couple ou en famille) et 34 enfants. Nous avons réalisé une analyse individuelle et exhaustive de l'ensemble de ces rencontres (observations et entretiens) à partir d'une composition de thèmes : la situation socioéconomique ; les rapports aux corps, aux soins, aux droits et aux autres (à travers les thématiques liées à la projection du soin, la projection du recours, la fonction des demandes que celles-ci soient implicites ou explicites, la fonction des plaintes et des souffrances, la

stigmatisation, ...) ; les rapports aux temps (passé, présent, futur dans leurs projections ou leurs inhibitions par exemple) ; les rapports à la PASS/l'EMPP et au système administratif (avec les questions liées aux représentations de ces lieux et de ses usages, de ses usagers et des professionnels qui y œuvrent) ; les représentations plus générales des recours et des systèmes d'accès aux soins et aux droits.

L'analyse couplée de nos données nous ont donné à voir différentes stratégies de recours faisant état des dispositions des sujets en fonction de leur prise aux temps et aux contextes.

Cela nous a ainsi permis d'appréhender les dispositifs, usagers et usages de manière exhaustive et d'extraire une analyse à la fois fine et précise des modalités de recours et d'usages aux PASS et EMPP ainsi que de saisir, dans leur contexte, les souffrances des usagers.

## ∞ Éclairer les recours à partir de la psychologie sociale : expériences et contextes

---

### Avant-propos

Nous souhaitons d'emblée mettre en exergue un résultat saillant de nos analyses qui va nous servir ici de canevas pour l'ensemble de la présentation de nos résultats.

Nous prenons le parti d'analyser ceux-ci en fonction non seulement d'un regard ternaire (Moscovici, 1984) : usagers- dispositifs-usages, l'objectif étant de considérer ces trois instances dans leurs interrelations ; mais aussi, dans une approche située, c'est-à-dire selon les rapports entre les actions et les situations.

### *Co-constructions et mises en miroir*

En effet, au-delà d'une volonté didactique, cette présentation a le mérite de *performer* un élément essentiel de nos observations qui est la mise en miroir constante entre les dispositifs (les professionnels essentiellement), les usagers et les usages qui y

sont développés ; voire à certains égards, une forme de mise en abyme. L'aspect le plus évident tient donc à une forme de co-construction entre ces trois instances, chacune venant influencer l'autre tant dans ses pratiques, que dans ses représentations ou ses fonctions. La diversité des PASS/EMPP en est une illustration tant celles-ci « *bricolent* » sans cesse dans une volonté d'adaptation constante aux terrains, aux usages et aux usagers. En écho, nous rencontrons des usagers qui s'adaptent aux usages et aux dispositifs tout autant qu'ils participent, par leurs particularités, à leur construction. La mise en miroir première est donc celle d'une adaptation dynamique ; les PASS et EMPP sont construites sur et à partir du terrain, rien n'est ainsi absolument fixé ni figé dans le temps<sup>6</sup>. Elles sont le fruit de réflexions, adaptations et ajustements.

La présentation des résultats se veut donc à cette image : dans une construction dynamique et en miroir entre les usagers, les dispositifs et notre regard psychosocial. Il s'agit donc de mettre en exergue les rapports d'interdépendance, de connexions et d'influences entre les usagers, les usages et les dispositifs, à travers les différentes dimensions qui intéressent notre problématique. Nous prenons la liberté ici de considérer le dispositif à travers les professionnels, considérant le rapport engagé (voire militant) des professionnels par rapport à leur dispositif. Il s'agit là aussi d'une sorte de *performativité* dans la mesure où chaque PASS ou EMPP semble colorée par les professionnels qui les portent. Aussi deviennent-ils le dispositif tant celui-ci donne à voir l'identité des cadres qui le soutiennent.

### *Perspective temporelle*

Il nous faut également préciser que si des catégories d'usagers existent (en termes de statut administratif en l'occurrence), si les professionnels peuvent parfois en faire état (infra) et si nous les utiliserons dans cet écrit, il n'en reste pas moins que nous enjoignons le lecteur à considérer bien davantage les situations ; notre approche de l'extérieur ayant impliqué tout au long de cette recherche de suspendre les

---

<sup>6</sup> Même si un cahier des charges existe fixant les objectifs et devoirs des PASS/EMPP.

catégorisations. Aussi, s'il est des aspects propres à certaines catégories d'utilisateurs (notamment en termes d'accès aux droits), il nous semble qu'il en est bien davantage qui sont propres aux situations et aux contextes. De plus, sortir des catégories d'utilisateurs nous semble plus utile afin de répondre à notre questionnement quant aux recours et aux souffrances. En effet, notre regard psychosocial nous porte à questionner la manière dont les sujets pensent leur expérience, notamment en termes de projection temporelle, de rapport au corps, aux soins et aux droits.

La perspective temporelle constitue une des principales catégories d'interprétation des vécus exprimés dans les entretiens, et ce pour plusieurs raisons. D'une part, les situations de migration et/ou de précarité, mettent en jeu la dimension temporelle des modes d'existence, temps suspendu pour les uns, temps haché ou « en miettes » pour les autres, ces mises en cause de la structure temporelle des vécus nous semblent devoir jouer un rôle prépondérant dans les modes de recours, les formes de souffrance qui s'y expriment et leur interaction avec les contextes. La perspective temporelle correspond à la « totalité des points de vue qu'un individu entretient à un moment donné à son passé, son présent ou son futur » (Lewin, 1951, p.75). Il s'agit donc de la présence, au présent, du passé et du futur (Mead, 1932), qui selon la forme prise par cette présence marquent les vécus et participent à construire les significations et les répercussions des expériences sociales (Lewin, 1942). Elle conditionne et exprime la prise en compte singulière des éléments du passé et des enjeux du futur dans les situations, et constitue une dimension essentielle des vécus, entre autres de migration (Schutz, 1976/2003), des pratiques, en autres de santé, et des conséquences psychosociales des situations de précarité ou de migration (Fiulaine & Apostolidis, 2015 ; Beiser, 1987). Cette dimension a pu aussi apparaître comme un facteur de compréhension des interactions et des tensions qui se jouent dans le recours à l'aide, aux droits ou aux soins (Fiulaine, 2007). Fondées sur les trajectoires telles que représentées au présent, les perspectives temporelles produisent des effets de profondeur de l'expérience sociale, qui peuvent ici rendre compte en partie du moins des vécus, des recours et des souffrances des usagers des PASS/EMPP.

Nous allons donc dans un premier temps rendre compte des demandes (et souffrances liées) selon la question de la perspective temporelle, questionnant le rapport des usagers au passé, au présent et au futur.

Nous questionnerons ainsi le passé des usagers au regard de dimensions liées aux ruptures éprouvées, que celles-ci soient envisagées par leur caractère absolu ou relatif.

Par la suite, nous mettrons en perspective ces ruptures dans un rapport au présent, incarné par la mise en précarité et l'omnipotence du temps suspendu.

Nous envisagerons ensuite la considération future, interrogeant les possibilités de se projeter dans ce rapport obnubilant au temps présent, à travers la question de la force et de la faiblesse, du tenir et du lâcher-prise.

Enfin, nous développerons les atteintes conséquentes à l'identité, aux compétences et aux capacités des sujets ; en miroir, celles des dispositifs et du droit plus généralement.

## 1. Rapports au passé : les ruptures

Le premier élément opérant dans nos diverses observations et entretiens prend racine et place dans la question de la rupture. Nous observons la récurrence de celle-ci dans la parole des usagers qui tant dans les récits qu'ils font de leur vie que parfois dans les consultations médicales ou sociales, laissent entrevoir cette perspective avant-après, dans des avants parfois incarnés dans du *paradis perdu* (dans une certaine nostalgie), parfois à l'inverse, incarnés dans de l'impossible passé, celui que l'on veut oublier. La « mise en précarité<sup>7</sup> » (Appay, 1997, p.511) est ainsi le premier effet de cette rupture : il a fallu rompre et avec cette rupture, une série d'incidences. Insistons

---

<sup>7</sup> Initialement, la « mise en précarité » correspond aux processus structurels de « précarisation sociale », liés notamment à la transformation de l'emploi et de l'organisation du travail (voir Appay, 1997).

néanmoins sur le fait que la rupture vient se cumuler à des effets de contexte et que c'est bien plutôt ceux-ci qui créent la mise en précarité (nous y reviendrons).

Aussi, à travers les discours recueillis auprès des usagers de notre échantillon, nous avons pu déceler deux types de rupture (absolue ou relative) se modelant sous quatre modalités (imposée ou décidée ; relative à l'extraordinaire, relative à la chute) :

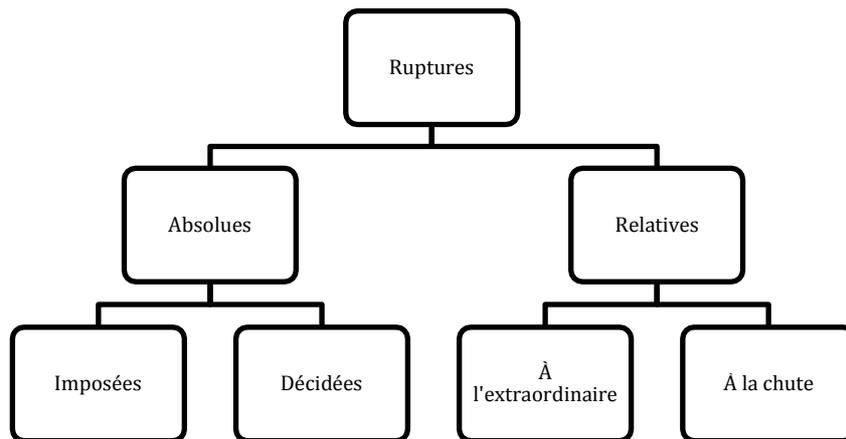


Schéma : Typologie des ruptures

Notons qu'il peut y avoir cumul entre ces types de ruptures. Ces dernières, énoncées à un moment T (celui de la rencontre avec les professionnels des dispositifs), semblent organiser la manière dont les sujets pensent leur expérience présente et située, notamment en termes de recours aux droits et aux soins.

## Ruptures absolues

Nous avons pu distinguer deux types de rupture absolue, l'une qui s'imposerait aux usagers, l'autre qui serait davantage de l'ordre de la décision :

### *La rupture absolue imposée*

Elle s'incarne dans une rupture qui a toujours été, comme si les individus étaient en perpétuelle rupture et cela, souvent depuis leur plus jeune âge. Il s'agit de ruptures familiales, d'abandons, de placements ; de carence affective pour le moins, d'enchaînements de violence pour le plus. Un infirmier rencontré en EMPP nous dira : « [à côté] *Causette elle a une belle vie presque* ». Ici, il n'y a pas tellement de dichotomie avant-après ; la rue (le plus souvent) venant signer une longue errance. Les histoires de ces

sujets sont marqués par des ruptures qui se répètent et se rejouent. Nous retrouvons dans ce cas de figure des individus extrêmement précaires, correspondant en grande partie à la catégorie des « grands exclus », vivant le plus souvent dans la rue, avec des problématiques addictives certaines (notamment alcooliques). Ce sont les usagers que nous avons majoritairement rencontrés lors des maraudes ou aux services des urgences des hôpitaux (traduisant de la non-demande), pour une majeure partie de nationalité française mais pas uniquement puisque nous avons également rencontré des migrants, parfois demandeurs d'asile, plus généralement des migrants d'Europe de l'Est (polonais). Chez eux, la rupture s'incarne dans de la continuité, et s'ils n'évoquent pas forcément leur passé, ce sont les professionnels qui nous en parlent, évoquant des histoires « *cabossées* », avec des enfances violentées, des passages récurrents et originels dans les institutions, « *en éternelle rupture* », qui ont été « *coupés à chaque fois, écrasés et broyés* » (infirmiers d'une EMPP). Chez les plus âgés, la vie à la rue/précaire constitue une longue période, ce sont des patients dont l'une des particularités est l'errance composée d'aller-retours entre villes ou entre pays. Nous retrouvons également dans cette forme de rupture les personnes « isolées » que nous avons pu rencontrer davantage sur les territoires plus ruraux.

Aussi, nous pourrions illustrer ces expériences de *longue dérive* par le récit de M. Bul<sup>8</sup> (France – 52 ans)<sup>9</sup> dont la rupture se matérialise ici par un « *pschitt* » qui a tout fait basculer :

« M. Bul : - *tout a commencé en 91, à Perrache, sous la gare. Je marchais quand soudainement, j'ai entendu un pschitt derrière mon épaule.*

Médecin : - *un pschitt ?*

M. Bul : - *oui un pschitt [il mime]. Alors je me suis retourné et là, ça sentait la glaise.*

Médecin : - *la glaise ?*

M. Bul : - *oui la glaise ! Et d'un coup, il y a comme une bulle d'air qui est rentrée sous mon omoplate et qui a fait comme ça dans mon corps ! [il mime avec sa main des aller-retours rapides au sein de son abdomen]*

---

<sup>8</sup> Nom d'emprunt

<sup>9</sup> M. Bul s'est rendu à la PASS ce jour-là pour soigner ses pieds, abîmés par le froid.

Médecin : - *...et vous êtes allé voir un docteur ?*

M. Bul : - *oui.*

Médecin : - *il a dit quoi ?*

M. Bul : - *bouffées délirantes.*

Médecin : - *aaaah.*

M. Bul : - *mais moi je sais que ce n'était pas ça, c'est juste qu'ils n'avaient jamais vu ça, ils n'ont pas su le diagnostiquer.*

Médecin : - *ah ? Et vous, vous ne pensez pas que ça peut être des bouffées délirantes ?*

M. Bul : - *non, c'est juste qu'ils n'avaient jamais vu ça ».*

La vie à la rue et la consommation de substances psychotropes (notamment l'alcool) viennent alors incarner les symptômes tout autant que les soins (nous y reviendrons). Chez ces sujets, il peut y avoir ce que certains professionnels appellent du « *trauma* ». Les professionnels, notamment d'EMPP, feront le plus souvent référence à des profils psychotiques : « *mais d'une flamboyance que moi j'ai rarement vu, même dans l'hôpital* » (infirmière-EMPP) ; ayant pour la plupart un passé avec l'institution psychiatrique. Ainsi, ils « *[sortent] des hôpitaux psychiatriques et [atterrissent] à la rue dans une grande précarité* » (infirmière – EMPP), au point qu'un infirmier d'EMPP nous dira : « *je me suis très rapidement rendu compte qu'un SDF qui commençait à accéder au soin, ben, il ressemblait beaucoup à un psychotique dès qu'on lui avait remis une coupe de cheveux correcte et puis qu'il avait des vêtements propres et qu'il pouvait prendre une douche quoi. Et à l'inverse, que quelqu'un qui échappait aux soins et qui avait des fois de longues histoires avec la psychiatrie qui se trouvait à la rue, ils ont encore fugué etc. et au bout de deux mois, on les voit et c'est des vrais SDF, enfin, et qui investissent la rue avec leurs délires et qui sont dans l'incurie et qui, et qui, et c'est assez étonnant* ». Ainsi et pour compléter, une autre professionnelle raisonnera en ces termes : « *ils ont 5% en eux qui sont cohérents, en tout cas qui ont la cohérence qui fait qu'ils peuvent être dehors, en tout cas, ils en sont aptes. Et tout le reste est fou. Mais ces 5% là leur permettent de ne pas se mettre en trop grande difficulté, de pouvoir se protéger, de pouvoir utiliser les besoins minimalistes pour les faire avancer* » (infirmière d'EMPP).

Il est ici également question de violences, que celles-ci soient *réelles* (conjugales, parentales, familiales, etc.) ou qu'elles s'incarnent dans la violence d'une vie trop misérable. Nous retrouvons des individus qui subissent trop longtemps un état de fait et qui prennent la décision d'y mettre fin. L'avant-après est formellement identifié : il s'est agi du moment où la situation n'était plus tenable, il a donc fallu partir. Les patients de notre échantillon qui portent cette rupture décidée ont essentiellement en commun leur jeune âge. Antoine et Marius (France- deux frères de 17 et 19 ans) ou Melle Anna (Allemagne - 19 ans) en sont l'illustration : les premiers ayant fui un foyer parental du nord de la France ; la seconde ayant fui les violences répétées de son père en Allemagne (jusqu'à ce qu'elle sature après s'être fait casser le nez et les mailles de l'appareil dentaire). Madame Isidima (Albanie - 25 ans) que nous avons interviewée est une migrante albanaise ayant reçu l'asile en raison des violences de son mari, « *beaucoup de violences* ». Il est ici question de fugue.

Mais, il peut également être question de conditions de vie à fuir, Ausarta (Tunisie- 22 ans) quittera la Tunisie après la chute de Ben Ali « *pour avancer dans la vie* » ; César (Albanie - 22 ans) quittera l'Albanie « *avec l'espoir qu'[il peut] refaire une nouvelle vie* » ou enfin Tatiana (Roumanie - 14 ans) viendra avec le reste de sa famille parce qu'en Roumanie, « *y'a pas de travail, y'a pas de monnaie, y'a pas de mangé* ». Il peut ainsi s'agir tout autant de jeunes migrants en demande d'asile, en situation irrégulière ou encore de jeunes de nationalité française. Chez ces derniers, nous retrouvons un rapport au passé ténu, leur narration est très froide, distante. Le départ n'est pas remis en cause et ce qui semble faire souffrance semble davantage tenir à aujourd'hui qu'à hier ; il fallait de toute façon partir. Le passé est parfois *annulé* et s'ils veulent bien l'évoquer, certaines évocations font souffrance voire blocage. C'est le cas lorsque les travailleurs d'une PASS demanderont à Melle Anna sa nationalité. Elle nous parlera de la nationalité de sa mère (polonaise) mais refusera à plusieurs reprises (tant avec l'assistante sociale qu'avec le médecin) de donner la nationalité de son père ; comme si les mots ne pouvaient/voulaient pas sortir, comme

si elle se refusait de prononcer quoique ce soit qui puisse évoquer cet homme : « *je ne peux pas, je ne peux pas* ».

Finalement, la frontière entre ces deux types de publics aux ruptures « absolues » est parfois ténue mais s'incarne essentiellement dans la volonté de rompre avec ce passé à travers le fait d'être chassé ou de décider de fuir, à travers le sentiment de contrôle et les attachements variables au passé. Chez les premiers dont la rupture semble fondatrice, il y a comme une répétition de cette rupture : « *il y a de la coupure toute leur vie, ils reproduisent ça hein, ils sont coupés de partout et ils reproduisent les coupures, les ruptures* » (Infirmier – EMPP). Pour les seconds, il s'agit de passer à autre chose, s'ils y arrivent...

### Ruptures relatives

Contrairement aux usagers précédents, les patients qui décrivent cette rupture relative évoquent un passé relativement équilibré, où leur vie était jugée bonne. Survient l'inattendu et avec lui la rupture, que celle-ci soit spatiale (dans la migration) et/ou temporelle (dans une représentation très clivée de l'avant et de l'après). Ce sont des usagers qui évoquent l'enchaînement de situations qui crée des ruptures *en cascades* ; des usagers le plus souvent sidérés par celles-ci :

#### *La rupture relative à l'extraordinaire*

Ici, il est question de l'irruption d'une expérience pensée comme irreprésentable. Ils nous racontent ainsi une vie somme tout ordinaire jusqu'à ce que survienne un évènement (politique ou personnel) qui vient bouleverser l'équilibre de cet ordinaire. Pour certains, il va ainsi s'agir d'une menace d'assassinat (Madame Holohana - Guinée équatoriale, 32 ans ; ou encore M. Tone - Guinée équatoriale, +-20 ans) ou d'une mise à exécution (Madame Wauta – Cameroun, 37 ans) ; d'un changement de régime politique ou d'une guerre (Madame Laifi – Syrie, 35 ans ; ou M. Anyen – Syrie, 35 ans). Tous décrivent alors la précipitation des évènements, leurs récits sont précis tout autant que saccadés, traduisant ces ruptures en cascade : « *c'est allé trop vite, c'est allé trop vite, ça*

*s'est passé en 3 mois donc, aux mois de février, mars, avril tout a basculé, tout a basculé...voilà on nous a tout pris, on nous a enfermés »* (Madame Holohana). Il est alors question d'un rapport à l'impossible, à l'irreprésentable. Madame Wauta en est une illustration, lorsque nous la rencontrons dans les couloirs de la PASS ce jour-là et qu'elle souhaite à tout prix nous montrer les photos du corps de son frère *mâchetté* quelques jours plus tôt. Elle est agitée, c'est un rapport à l'impossible, à l'impensable qu'elle figure à travers ces quelques photos tout comme Ausarta lorsqu'il évoque la traversée de la Méditerranée : « *[nous sommes] quatre qui sont passés et deux qui sont tombés dans l'eau et les deux qui sont tombés dans l'eau, c'est mes deux cousins, mes deux vrais cousins »*, « *[ils] sont morts dans l'eau quand on est sorti de la Tunisie »*. La rupture peut également intervenir dans l'insignifiant ; une psychologue rencontrée en EMPP nous parlera ainsi d'un homme qui était à « *une manifestation tout simplement »* ; « *[il] participait à un défilé présidentiel, une pierre a été jetée sur le président, il a été arrêté ; il n'y était pour rien mais il a été arrêté. Sa vie était menacée, il n'a pas eu d'autres choix que de quitter le pays. C'est une réalité »*. La migration peut ainsi se figer en une succession de violences comme en témoigne M. Tone : « *moi j'ai quitté et j'ai beaucoup vécu, j'ai vu la mort, beaucoup de morts donc on a tué même devant moi donc parfois ça vient dans mes rêves »*. La convocation de ce passé s'il vient projeter, mettre en route, parfois réduit, enferme et crée de l'angoisse : « *j'ai pas la tête tranquille, je pense à ma maman, je pense à mon père, je pense à mes petits frères »* ; « *j'ai été maltraité, j'ai pas la tête tranquille (...) je pense à comment vivre maintenant dans ma vie »* (M. Tone).

La migration (en tout cas son issue) devient alors la promesse d'une vie meilleure tout autant qu'une autre rupture entraînant la perte des objets sociaux (ruptures des liens familiaux, rupture du monde connu, ...) ; la perte de ses propres traces, notamment quand il y a impossibilité de se retourner ; la perte de ses possibles (« qu'aurais-je pu/dû faire ? »). C'est donc une rupture de la norme qui apparaît là entraînant d'autres multiples inconnus et d'autres ruptures. Le projet migratoire, s'il n'est pas forcément pensé au départ, incarne ce qui porte vers demain, vers une vie imaginée meilleure avec la volonté d'oublier ce passé

traumatique. Chez ces usagers, cette rupture première s'accompagne très souvent d'une certaine nostalgie mais aussi de remords, de regrets, parfois de honte ou de culpabilité : ce que j'ai fait, ce que je n'ai pas fait, aurais-je pu/dû rester ? Ceci est d'autant plus fort que le présent est tout autant sur-mobilisé que sclérosé (nous le verrons ensuite). Nous retrouvons ici des sujets essentiellement demandeurs d'asile qui sont parfois diagnostiqués PTSD<sup>10</sup>, le passé ressurgissant de manière violente : « *j'ai même peur maintenant, partout où je vais, je vois des choses euh je pense à ça* » (M. Tone). « *Je pleure, je n'ai personne* » ; « *j'ai personne, je pleure, je pleure, je pleure, je pleure, je n'arrive pas à dormir, je ne passe que des nuits blanches, je pleure* » nous dira Madame Holohana demandant explicitement des soins psychiatriques (tout comme le fera M. Tone qui avait un rendez-vous prévu en CMP lorsque nous l'avons rencontré). Ce sont des usagers en demande de soin, d'une manière plus générale, que nous retrouvons essentiellement dans les permanences des PASS.

#### *La rupture relative à la chute*

Ici, les patients nous décrivent une chute et ont pour point commun avec les précédents un passé décrit comme « *normal* » et plaisant (dans une certaine nostalgie), c'est la nature de la rupture qui diffère, et avec elle la considération de soi et du contexte. Ici, ce sont des usagers qui racontent un *avant* où tout se passait convenablement jusqu'à ce qu'il y ait perte(s). Aussi, nous rencontrons des usagers qui nous parlent de chutes soudaines, de ruptures professionnelles, familiales et/ou amoureuses ayant entraîné la vie à la rue, la mise en précarité. Chez ceux-là, nous retrouvons également ce principe d'extraordinaire dans la mesure où ni la chute ni l'incapacité à se relever n'étaient anticipées. À l'instar des usagers témoignant de ruptures relatives à l'extraordinaire, ils sont dans une certaine sidération, rien ne leur paraît « normal » et la représentation qu'ils

---

<sup>10</sup> Post Traumatic Stress Disorder

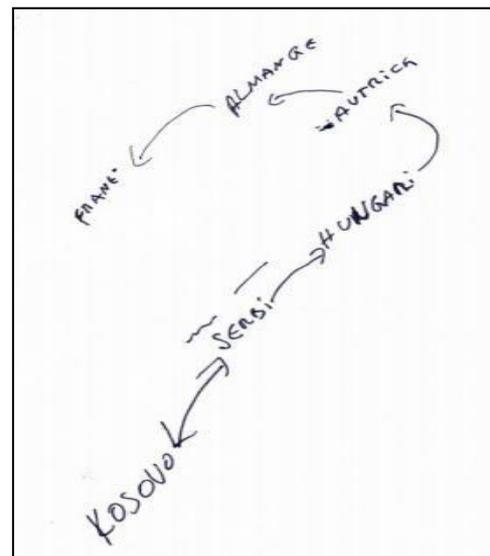
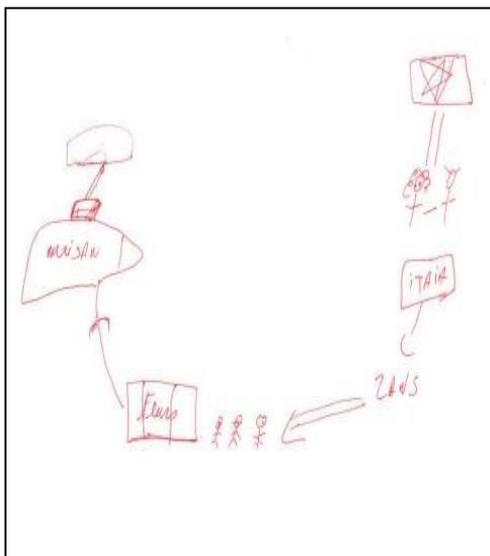
avaient du système de solidarité se trouve souvent fortement ébranlée. Ceux dont la chute s'est précipitée font ainsi état d'un certain mécanisme de l'effondrement, comme de rouages de l'exclusion, de précarisation, où perdre signifie donc perdre donc perdre donc perdre etc. M. Nani (France – 37 ans, vit dans sa voiture) sera très explicite à cet égard, nous comptant ses amendes impayées donc majorées ; sa séparation avec sa conjointe donc la perte de son appartement donc la perte de sa domiciliation donc la perte du RSA, etc. Il traduit cela en parlant de « *cercles centripètes qui excluent toujours davantage* », comme des ruptures en conséquence. Chez celui-ci, l'extraordinaire s'incarne dans ce qu'il estime être des aberrations du système, système qu'il méconnaît particulièrement (ignorant ses droits et ses possibilités).

Chez ceux-là aussi, il y a un discours axé sur la culpabilité et les regrets même s'ils prennent davantage acte d'une certaine injustice, considérant être les victimes d'un système et/ou d'individus les ayant rejetés (M. Landel qui a perdu son travail – France, 41 ans ; M. Nani, surendetté, dont le père n'accepte pas la bisexualité – France, 37 ans ; le jeune braqueur, ayant épuisé ses droits ARE, dont l'épouse a demandé le divorce – France, 25 ans ; par exemple). Ils dénoncent parfois également le système d'accès aux soins, la PASS venant alors réintroduire pour eux de la justice et de la reconnaissance. Ici, ce sont des usagers rencontrés essentiellement aux urgences même si nous avons pu en rencontrer chez eux, via les PASS.

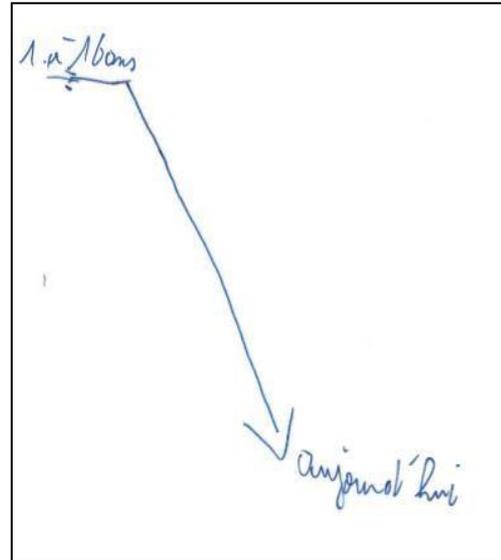
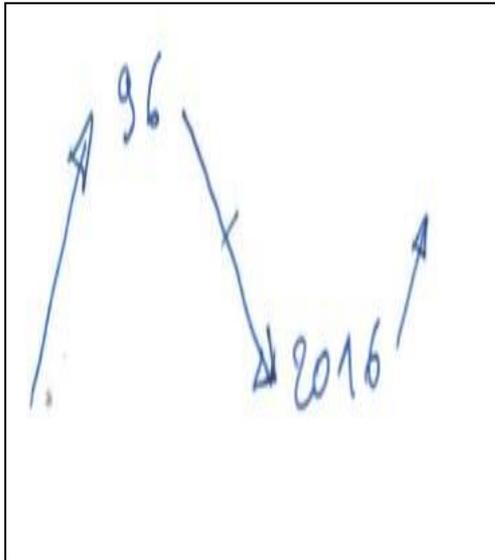
Nous retrouvons également ceux pour qui la maladie est survenue venant bouleverser le quotidien tout autant que l'avenir. La migration revêt alors un caractère particulier puisqu'il ne s'agit pas ici de quitter mais bien plutôt de partir, d'espérer un soin, une guérison parfois miraculeuse, sans forcément considérer le temps, le projet que celle-ci comporte. Prenons pour exemple Madame Komaha (Algérie, 35 ans) dont l'enfant est né polyhandicapé et qui décide il y a quelques mois de quitter époux et enfants dans l'espoir de sauver le dernier. Le médecin rencontré à la PASS ne cessera d'insister sur la temporalité longue du projet et ses conséquences : il s'agit d'un « *projet de vie* » qui « *implique toute une famille* »,

« une désorganisation de la famille » ; « ça veut dire que ce sera plus d'un an en situation irrégulière » ; « c'est pour toute la vie » ; « à vie » ; « c'est une démarche longue » ; « un suivi à long terme » ; une « situation précaire pendant plusieurs années ». L'irreprésentable s'incarne ici dans le projet de vie de l'enfant handicapé ; la migration ne semble plus être une option mais un non-choix. Nous retrouvons ici des usagers qui mettent en difficulté les PASS puisqu'ils ne détiennent le plus souvent qu'un visa touristique, posant des problèmes d'accès aux soins. Néanmoins, la pathologie est souvent assez lourde (notamment des problèmes de diabète ou d'insuffisance rénale) plongeant les professionnels devant des difficultés d'accès aux soins et aux droits.

Les lignes de vie que les usagers ont pu produire illustrent parfaitement cette scission entre un avant et un maintenant, un ici et un ailleurs mais dans des rapports spatiotemporels différents et de natures différentes :



Dessins 1 : Lignes de vie réalisées par des migrants -rupture absolue décidée ou relative à l'extraordinaire



Dessins 2 : Lignes de vie réalisées par des précaires - rupture absolue ou relative à la chute

Nous observons sur ces lignes de vie deux types de rapport au temps et à l'espace qui illustrent les deux types de rupture. En effet, les usagers témoignant de ruptures absolues décidées et les usagers témoignant de ruptures relatives nées de l'irruption de l'extraordinaire se retrouvent dans ces dessins sur une trajectoire traduisant des temps courts sur des espaces longs (le plus souvent dans des mouvements circulaires imageant schématiquement le départ, les étapes et l'arrivée, dans un mouvement saccadé). Les usagers témoignant de ruptures absolues imposées ou de ruptures relatives à la chute représentent des temps longs sur des espaces courts (le plus souvent sous forme de flèches qui chutent à la manière de graphiques temporels)<sup>11</sup>. Ainsi, au-delà d'être liées à l'accidentel ou à la continuité, les ruptures sont décrites sous forme de représentations spatiotemporelles avec une insistance sur l'espace pour les uns, sur le temps pour les autres. Ces « coordonnées » de l'expérience, renvoient autant aux « catégories » de l'expérience issues des travaux sur l'impact psychosocial

---

<sup>11</sup> Signalons cependant que nous n'avons pu récolter que peu de dessins.

des situations de pauvreté (Jahoda, 1992), qu'aux travaux de Simmel sur l'espace-temps de l'expérience (Simmel, 1903 ; Sullivan & al., 2015).

### Les petites histoires

Dans les discours des professionnels, le passé s'incarne par le récit de ce que nous avons nommé des « petites histoires », les professionnels évoquant de manière, assez singulière, les usagers rencontrés. Chaque « petite histoire » devenant une mise en perspective du sujet et de son passé d'une part ; d'histoires plus générales, d'autre part. Chaque cas devenant ainsi une illustration des différentes situations rencontrées : nous avons ainsi écouté l'histoire du *chibani* avec tous ses papiers, l'histoire de femmes enceintes, l'histoire de « *la mère de famille avec ses trois enfants* », l'histoire du vieux SDF polonais, l'histoire du mineur isolé, celle de l'homme au visa touristique ou de l'européen dialysé...

Chaque entretien avec les professionnels est ainsi parsemé de ces différentes rencontres comme s'il semblait impossible de prime abord de généraliser une population d'usagers et qu'il était donc nécessaire de nous « raconter » chaque singularité, chaque unicité ; comme si chaque patient était considéré dans son originalité, dans son parcours particulier, dans ses ruptures. Cela peut traduire une pratique du « cas par cas ». Or, ce que nous constatons finalement, c'est que si chacune de ses histoires traite d'un patient en particulier, il semble devenir, dans le récit des professionnels, le patient représentatif d'une catégorie, celui qui exemplifie une micro-catégorie, avec les difficultés propres à cette catégorie et des particularités précises en termes d'accès aux droits et aux soins. Chaque situation particulière est, dans ces cas-là, en permanence remise en contexte et en sens.

Aussi, pour les professionnels, les publics peuvent être décrits à travers différents types de catégories qui peuvent s'entrecouper et façonner les micro-catégories et les demandes parfois complexes faites aux PASS/EMPP :

- Des catégories de droits, des situations administratives (minima sociaux, demandes d'asile, situations « irrégulières », carte de sécurité sociale européenne, CMU, AME...);
- Des ancrages institutionnels, des structures qui orientent les sujets vers la PASS et/ou qui signalent des cas problématiques aux PASS/EMPP (Samu Social, CADA, CHRS, PMI, CCAS, MDR, sauvegarde de l'enfant, associations caritatives...);
- Des catégories de sens communs (migrants, « *punks à chien* », précaires, grands précaires, roms...);
- Des catégories liées aux pathologies ou aux problèmes de santé (pathologies chroniques, « *femmes enceintes* », addictologie ; problématiques plus communes – douleurs, fièvre, etc. ; pathologies liées aux ou aggravées par les situations de pauvreté/précarité ; pathologies somatiques ou psychologiques).

On observe donc, à travers ces discours, des équilibres subtils qui s'établissent entre des niveaux d'expériences sociales différenciés, entre les catégories administratives, sanitaires ou de sens commun, et des micro-récits qui par l'anecdote illustrent l'actualisation problématique de ces catégories face aux interactions en situations. Du particulier de la rencontre au général de sa catégorisation, les anecdotes et les histoires produisent et questionnent le sens des recours et des souffrances qui s'y expriment.

## 2. La rue, la précarité : un nouvel irreprésentable dans un présent obnubilant

Au présent, de nouvelles fractures apparaissent et si la mise en précarité est pour les uns, une nouvelle violence et une nouvelle rupture ; pour les autres (notamment ceux dont la rupture est absolue et imposée), elle apparaît de manière *moins* problématique, comme si la rue devenait un contenant (voire une contention) du trop-plein.

## Le surgissement de la « rue »

Pour tous les usagers (en dehors de ceux dont la rupture est absolue et imposée, et parfois ceux dont la rupture a été relative à la chute), cette nouvelle situation est un nouveau surgissement de l'extraordinaire, une nouvelle irruption de violence. La rue, la précarité constituent une continuité de la violence, elle est un contexte, une cause, elle survient.

### *L'urgence de la survie*

Aussi, tant pour les usagers qui témoignent d'une rupture relative à l'extraordinaire ou décidée que pour ceux qui témoignent d'une rupture relative à la chute, la précarisation n'était pas prévue, pas anticipée (en tout cas pas à ce point-là) et elle vient incarner un nouvel irreprésentable. Les ruptures deviennent persistantes, continues (notamment pour les demandeurs d'asile lorsqu'il y a relocalisations de Cada en Cada), l'extraordinaire aussi. Cela crée des tensions, des agitations que les parents peuvent identifier chez leurs enfants : « *il ne parle pas...l'agitation...(...) comme s'il a envie de parler mais la parole ne sort pas...il s'est passé beaucoup de choses...* » (un père originaire de Libye à propos de son enfant de deux ans). Un autre enfant témoignera de cette agitation, accompagné de ses parents tout juste déboutés. Roms, ils avaient fait une demande d'asile fondée sur la discrimination à leur égard en Albanie, ils dorment désormais dans un squat : l'enfant n'aura de cesse durant l'entretien de viser sa mère avec un pistolet factice, dans une colère et une agitation manifestes.

L'extraordinaire s'incarne alors dans l'incompréhensible de la situation, dans l'envahissement par le réel : la rue ne peut s'ancrer dans du déjà-là, dans ce qui était familial auparavant. Chez ces usagers, il est question de légitimité des recours aux droits et aux aides, du bien fondé de ceux-ci, comme des demandes ordinaires. Or, cette représentation du légitime, du banal se heurte systématiquement aux rejets des demandes (la non réception) et/ou aux délais. Nous trouvons là des individus dans l'urgence de la survie à laquelle s'opposent la lenteur et la froideur du droit. Violences et ruptures deviennent systémiques. Il est surtout question d'hébergement et de

demandes d'asile et la réalité est d'autant plus violente qu'elle n'était pas attendue, anticipée comme cela.

### *La désillusion*

Chez les migrants, notamment réfugiés, dont nous évoquions précédemment la rupture d'une vie ordinaire, aucun de ceux que nous avons rencontrés n'imaginait une précarisation aussi extrême à leur arrivée ici. C'est la désillusion qui prend le pas, chargée d'une forte anxiété voire d'un traumatisme supplémentaire. Même chez ceux dont la rupture était décidée, cette mise en précarité prend l'allure d'un « choc » ; César décrira cela : *« par rapport à l'hébergement, le problème c'était grave, parce que ils ont trop de demandes d'hébergement et pas tout le monde peut être hébergé et pour ça, quand nous sommes venus, on est restés dehors, en bas du pont Kitchener en fer, Perrache, on est restés là pour 3 mois, c'étaient des expériences que je pense la plus pire de ma vie, et parce que je ne pouvais pas retourner », ajoutant « quand nous avons vu cet endroit, c'était un peu choquant pour nous, c'était trop choquant, de voir dans quelle situation c'est les demandes d'asile même si toi tu rentres dans une démarche de demande, tu as encore ta...je sais pas, t'as pas le droit mais tu peux pas avoir un hébergement »*. Tatiana, 14 ans, atteste également de cette problématique liée à l'hébergement : *« y'a beaucoup de personnes qui sont dehors, mais ils sont pas avec tous nous, ils sont pas avec tous nous. Notre dehors, il est pas tout seul »*.

Certaines assistantes sociales nous ont expliqué la difficulté que cela représentait pour elles de ne pas pouvoir proposer de solutions pour le logement, prenant notamment pour exemples les « *sorties sur rue* » de femmes enceintes. Aussi avons-nous rencontré nombre de femmes en procédure de demande d'asile, dormir dehors avec des enfants, souvent en bas âge. Celles-ci témoignent d'une incompréhension, d'un avant où cet après n'était pas imaginable ; au-delà de l'angoisse et de l'inquiétude fortes dont elles témoignent, c'est également dans un état de relatif sidération qu'elles décrivent cette vie hors les murs : *« c'est pas du tout facile parce que en mars, il faisait froid donc...c'est comme ça, c'est pas facile, surtout pour les enfants, mais je pouvais rien... »* (Madame Holohana) ; *« avant j'ai dormi la tente, les enfants dehors, petits, la rue avec*

*l'épilepsie* » (Madame Isidima – elle vient d'être logée mais a passé 7 mois sous une tente avec ses deux enfants de 2 et 4 ans).

Parfois, la désillusion figure davantage dans le désenchantement par rapport à un système de protection sociale qu'ils imaginaient davantage solidaire et contenant. Cette désillusion s'illustre soit qu'après la chute, la mise à la rue ne semblait pas si précipitée ; soit dans l'imaginaire développé quant au système de solidarité français : « *on est en France quand même ! c'est quoi ce pays où on laisse les femmes enceintes dehors ! c'est pas normal !* » (M. Rékou, Algérie, 27 ans). Là encore, c'est la PASS qui vient parfois rassurer ces rapports, notamment au système d'accès aux soins, dans une certaine allégeance : « *je me dis que c'est bien, c'est bien parce que déjà de là où je viens, si t'as pas de moyen, t'as pas de soin (...) même si c'est lent, c'est pas grave, demain tu pourras être on pourra te soigner* » (Madame Holohana).

### *La peur*

C'est également la peur qui occupe les esprits et quand ce n'est pas la rue, les dispositifs d'hébergement ne rassurent pas non plus. Lapew (Congo- 23 ans) nous donnera ainsi son témoignage, après une nuit agitée et apeurée dans un hébergement d'urgence lyonnais, décrivant un endroit où les « *gens n'ont plus de raison* » (traduction de l'interprète) ; où il a eu peur d'être agressé ; où toute la nuit, les gens « *poussaient des cris et ouvraient sans cesse [sa] porte* » ; où l'insalubrité des locaux lui paraissait intenable. Au-delà donc de l'irruption de la précarité, c'est aussi l'irruption de la « folie », de la « souillure » qu'il faut côtoyer ; c'est là encore l'extraordinaire, l'inattendu qui vient redoubler l'angoisse de demain, qui vient réinterroger le projet migratoire, la fuite ou la chute. Tout cela vient créer de l'impossibilité réelle et idéale de se projeter dans le futur d'autant qu'il est alors question de mise en présence avec des formes extrêmes de pauvreté, celle à laquelle on ne veut pas ressembler ; représentations de la pauvreté qui imposent aussi de continuer à résister, à lutter pour ne pas chuter plus bas. Un infirmier d'une PASS, à propos d'un usager (le jeune braqueur, France, 24 ans) nous parlera de « *caps de vulnérabilité* » nous expliquant à quel point il est nécessaire d'empêcher les jeunes ou les nouveaux précaires « *de poser*

*leur couverture sur le trottoir* », comme si par cet acte pouvaient commencer l'effondrement et le non-retour.

Il est également question d'insécurité multiples. La peur revient régulièrement dans les discours, à travers celle-ci, c'est aussi la question de la mort qui revient, celle que l'on a évitée et qui risque de surgir de nouveau dans cette précarité ou cette rue.

### *La solitude*

Cette nouvelle vie est également définie par l'extrême solitude. Les migrants en demande d'asile nous expliquent ainsi à maints reprises l'impossibilité de contacter leurs proches, soient qu'ils n'en aient pas les moyens (techniques ou financiers) ; soient qu'ils ne puissent pas le faire pour des raisons liées à des menaces (« *je n'ai pas de nouvelles du tout...j'ai pas de nouvelles...(...) je peux pas rentrer en contact avec plusieurs personnes parce que sinon leurs vies seraient en danger donc...(...) parce qu'une fois que tu rentres en contact avec elles, une fois qu'ils découvrent, eux aussi seront en danger parce qu'ils vont vouloir savoir où est-ce que je suis, c'est justement pour ça que je suis partie d'Espagne, c'est facile de retrouver un guinéen en Espagne donc...* » - Madame Holohana) ; soit enfin, qu'ils ne sachent pas où se situent leurs proches et comment les contacter. Chez les usagers en rupture absolue et décidée ou relative à la chute, ils se sont éloignés volontairement de leur réseau amical ou familial ou celui-ci les a laissés pour compte (en témoignent les nombreux divorces ou séparations). Melle Anna est davantage encore recluse dans son isolement car si son frère, tout comme elle, a fui ce père violent, ils ont pris le parti tous deux de ne pas s'informer de leurs étapes et destinations de peur que le père retrouve l'un deux.

### *Un présent omnipotent*

Pour ces usagers enfin, ces conditions de vie nouvelles viennent s'opposer non seulement à leur ancienne vie (celle d'avant la rupture) mais aussi à leurs espoirs de vie meilleure. Au-delà de cela, il est aussi et parfois surtout question de rapport intenable au temps : dans l'opposition de ce qu'ils considèrent comme urgent et la fin de non-recevoir ou le délai long imposé par les démarches de droits et de soins. Il s'agit alors de tenir encore, souvent dehors, parfois quelques nuits, souvent quelques mois.

Le rapport au présent est obnubilant, les non réceptions immédiates créent l'impossibilité de voir demain, de se projeter. Le présent est omnipotent et il ne s'y passe rien. La longueur du temps est insondable, créant un profond ennui et du trépignement, accentués par l'impossibilité (légale ou circonstancielle) de travailler<sup>12</sup>. Ainsi, les contraintes légales ou administratives contribuent à créer de la souffrance ; prenons pour exemple M. Tone qui mettra au même niveau les différentes violences qu'il a subi durant son parcours migratoire et le fait d'avoir été « dubliné<sup>13</sup> » : « *chaque fois je repense à ça, procédure Dublin, procédure Dublin, on attend la réponse de l'Italie...parfois je repense à mon ami, mon ami qui est resté dans l'eau, je repense à Dublin, Dublin, que moi je suis dans la procédure Dublin, on attend la réponse de l'Italie et je repense aux autres personnes qui ont été tuées devant moi...ça me vient moi comme un rêve...* ».

#### La rue comme contenant

Chez ceux dont la rupture était absolue, imposée, parfois relative à la chute, les représentations de cette précarité et de la rue sont toutes différentes. Ici, la rue est une sortie, elle est le symptôme et le contenant.

#### « Une façon d'exister au monde »

Ce sont surtout les professionnels des EMPP qui nous en font état même si nous avons pu l'observer lors des maraudes et le saisir dans quelques entretiens. Ce sont des usagers que les professionnels (notamment du Samu Social ou des EMPP)

---

<sup>12</sup> Un usager de la PASS de Bobigny, filmé par Alice Diop, dira : « je passe le temps qui n'avance pas vite ; je dis au temps « passe, passe » mais il ne m'écoute pas » (Film La Permanence de Alice Diop) ; <http://www.cinemadureel.org/fr/archives/programme-2016/competition-francaise/la-permanence>

<sup>13</sup> Le fait d'être « dubliné » contraint le demandeur d'asile à réaliser sa demande dans le pays où ont été saisies ses empreintes.

n'arrivent pas à fixer, utilisant parfois le terme « *apprivoiser* » renvoyant à une certaine animalité, estimant qu'il s'agit d'individus qui « *sont en résistance, c'est les seules modalités qu'ils arrivent à construire pour exister au monde* » et qui sont dans le « *rejet de tout ce qui peut faire limite, qui peut faire loi* » (infirmiers d'EMPP). Il s'agit alors de « *faire exister la loi* » pour « *rendre l'humanité humaine* » (infirmière d'EMPP). Le fait d'être à la rue serait « *aussi une façon d'exister au monde et une façon d'être perçu au regard des autres* » dans une sorte de mise en scène ; ainsi pour ces usagers, il s'agirait d'« *[aménager] avec son délire et sa façon d'exister au monde comme [ils peuvent] et sans doute la rue, c'est le moins pire pour [eux]* ». À ce titre, l'un des infirmiers d'EMPP rencontrés nous dira : « *Je crois que c'est des gens qui n'arrivent pas à s'habiter eux-mêmes et qui pourront habiter nulle part que dans la rue quoi. Donc euh... c'est des gens avec qui on a tout essayé pratiquement niveau des lieux de vie machin. Rien ne fonctionne. Rien* ». Jonas (France, 61 ans) revendique d'ailleurs son « *droit de vivre à la rue* », dans une vie « *extrême* » : « *Et ça, ça me plaît, ça, une vie extrême* » ; « *J'ai passé une vie merveilleuse* ».

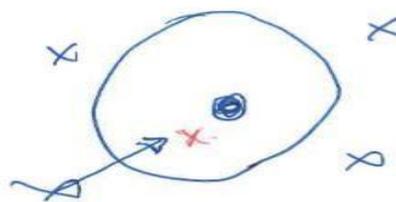
Cela, nous l'avons également particulièrement observé avec M. Scotto (Pologne, +55 ans) ou Madame Bégonia (France, 44 ans). Pour l'un comme pour l'autre, les travailleurs sociaux ne parviennent que difficilement à les faire héberger. Pour le 1<sup>er</sup>, le foyer d'accueil se plaint du fait qu'il ne vienne pas tous les soirs occuper sa chambre, préférant être dehors. M. Scotto se plaint de la rigidité des règles imposées par le foyer (notamment le couvre-feu et l'interdiction d'y entrer de l'alcool). Pour la seconde, il semblerait qu'elle ait enfin accepté un hébergement (après 20 ans de rue) parce qu'elle se sait malade. Pour elle, c'est la peur de la mort imminente qui vient normaliser et créer du prendre-soin. Pour une psychologue rencontrée en EMPP, la rue a ses fonctions, elle vient parfois apaiser. Elle propose également des formes relationnelles venant rompre l'isolement. Elle pourrait ainsi être un recours, une « *stratégie de survie* », l'errance pouvant « *empêcher le débordement, l'effondrement* » (psychologue EMPP).

Ce qui est donc envahissant et extraordinaire pour ceux-là, ce n'est pas tant la rue ou la précarité mais bien plutôt la norme, sa rigidité et les ruptures absolues et originelles.

Une professionnelle d'EMPP nous parlera d'un homme, récemment logé, préférant dormir sur le sol à côté de son lit : « *la stabilisation est fragile (...) il faut apprivoiser* ». Toutefois, M. Bul ou Claudius (Pologne, +-55 ans, en France depuis une trentaine d'années) ont chacun un logement personnel qu'ils n'occupent pas toujours, préférant souvent dormir dehors. Ils expliquent y faire des aller-retours, pour se « *retaper* » quelques temps.

### *L'isolement*

La question de la solitude se pose ici de manière différente, et si la rue rompt l'isolement, elle semble parfois la permettre. Ces usagers témoignent ainsi parfois de leur volonté à ne pas créer de liens : M. Bul nous parlera de ses



*Dessin de Jonas : son périmètre*

« *compagnons de bouteille* » qu'ils préfèrent parfois ignorer ; Jonas en témoigne aussi avec une vision très réfléchi de son périmètre : « *De temps en temps ces gens-là, ils font ça* [il dessine une flèche qui signifie l'empiétement de quelqu'un dans son périmètre] *Là c'est rouge dans ma tête* [il rajoute une petit croix en rouge dans son périmètre] (...) *Je suis obligé de m'isoler, je me connais, c'est obligatoire, sinon je pète un câble* ».

Certains professionnels de PASS et d'EMPP ont ainsi distingué *l'isolement* de la *solitude* distinguant les populations précaires des populations migrantes. Les premières seraient dans une situation *d'isolement*, car dans un relatif choix ou dans une difficulté à se lier avec les autres, ce qui met en difficulté les professionnels des PASS/EMPP et leur objectif souvent évoqué de les « *apprivoiser* ». Les « *migrants* » seraient eux davantage dans une situation de *solitude*, décrivant leur volonté de se lier à l'autre tout en énonçant les empêchements ou les difficultés du fait de leurs conditions de vie contraintes par leurs situations administratives et leurs hébergements.

## Le rôle des tiers

Pourtant, l'Autre joue parfois un rôle essentiel tant dans l'accès aux droits qu'aux soins, l'encourageant parfois, l'empêchant à d'autres reprises. Le rôle des tiers peut ainsi être primordial dans cette demande de reconnaissance et dans sa capacité à tenir.

Il peut s'agir de tiers connus. Ainsi, certains patients viennent accompagnés d'un membre de leur famille ou d'un compatriote, souvent pour faire office de traducteur, parfois pour rassurer. Il s'agit parfois d'un alter expert, qui connaît les démarches de droit ou de soin, pour les avoir déjà faites et qui vient ainsi rasséréner l'utilisateur. Parfois, il prend presque la place de l'utilisateur, s'inquiétant pour lui, posant des questions à sa place. Madame Komaha est ainsi accompagnée de son beau-frère qui posera des questions assez précises au médecin, s'impliquant activement dans la situation de sa belle-sœur : « *comment on va faire ?* », « *j'ai entendu parler de* », « *mais si on fait* », « *s'il reste comme ça, qu'est-ce qu'il risque ?* », « *donc on patiente ?* ». Il peut également s'agir du binôme de rue qui encourage au soin, qui encourage au recours. C'est le cas de Doudou dont Melle C. est parfaitement dépendante. Blessée à l'œil suite à une altercation avec la police<sup>14</sup>, c'est en maraude que nous sommes allés la trouver même si Doudou l'avait précédemment emmenée aux urgences. Repartie avec une ordonnance, Melle C. ne se soignera pas si Doudou ne l'aide pas, et celui-ci estime les conditions hygiéniques trop rudimentaires pour procéder au soin (il nous montre l'état de ses mains). C'est sous son encouragement que nous emmènerons Melle C. désinfecter son œil mais sous condition, nous devons aussi emmener Doudou : « *je préfère perdre un œil que perdre mon Doudou* ». Ce tiers est indispensable et c'est à travers lui que Melle C. peut tenir et se projeter.

Les tiers, ce sont également les enfants qui prennent une place importante dans nos données, essentiellement chez les demandeurs d'asile. Aussi, nous avons

---

<sup>14</sup> Un tir de gaz lacrymogène à bout portant suite à la plainte du voisinage quant à la présence de ces deux sans abris dans le hall de l'immeuble.

rencontré de nombreux usagers venus à la PASS pour le soin de leurs enfants. Ils sont souvent ceux qui portent la trajectoire et le projet ; ils sont souvent le moteur et la cause. Il s'agit de prendre soin d'eux, prendre soin de leur avenir. Il s'agit ainsi d'être forts pour eux mais parfois aussi faibles, afin d'obtenir des droits ou des soins. Ainsi, des mères (essentiellement) nous expliquent comme ils portent la projection vers demain, comme également ils leur permettent de tenir. Espérance (Angola, +-32 ans) est très explicite quant à cela : « *Le principal c'est mes enfants. Le principal c'est mes enfants. Moi je me disais, si j'avais pas d'enfants, moi j'aurais fait tout pour aller habiter avec ma mère, hein ? Mais j'ai plus de choix. J'ai plus de choix. Moi je peux pas, je peux pas laisser mes enfants subir ce que moi j'ai subi, je ne peux pas laisser qu'ils voient des mauvaises choses. Ce que moi je veux seulement pour eux c'est un bon futur, une bonne vie pour eux. (...) Si je suis là, c'est pour mes enfants, pour mes enfants. Si j'étais moi toute seule, je me serais débrouillée, je serais restée là-bas* » ; Madame Isidima aussi : « *moi pour les enfants, les enfants bien et bah moi bien, l'école, les enfants* ».

D'autres genres de tiers apparaissent, ayant des rôles plus flous, il s'agit de voisins parfois très volubiles, d'amis parfois absents, de compagnons de rue dont on ignore souvent les relations exactes avec l'utilisateur. Pour exemple, nous rencontrerons Festina (Pologne, 24 ans) une première fois avec son compagnon ; une seconde avec un autre homme faisant office de compagnon ; puis nous la perdrons de vue.

Plus étonnants mais pas rares, nous avons rencontré des usagers accompagnés d'inconnus ou faisant référence dans leurs récits à des inconnus aidants (notamment dans l'orientation vers la PASS). Ce sera le cas d'Espérance avec un homme croisé à l'aéroport qui l'emmènera en Cada ; ou encore le cas de Madame Holohana à trois reprises : un homme qui l'a emmenée à Lyon, « *je connaissais pas la personne (...) il a dit voilà qu'il avait fait ce qu'il pouvait faire, il ne pouvait rien d'autre, jusque dans le passeport que j'avais, c'était un passeport d'emprunt pour pouvoir m'amener jusque ici, et une fois qu'il m'a laissée à Forum, il a pris le passeport, il est parti donc je suis rentrée pour demander l'asile* » ; puis une femme rencontrée dans la rue lui proposant un hébergement dans une église, « *je n'avais pas de famille, elle [à Forum Réfugiés] m'a dit qu'elle ne pouvait rien faire pour moi, donc j'étais à la rue avec les deux enfants* ».

*et y'a une passante qui m'a vue, elle m'a pris, elle m'a amenée dans son église à XX, donc c'est là-bas qu'ils m'ont hébergée jusqu'à ce jour » ; puis une autre qui l'a amenée aux urgences pédiatriques pour son enfant, « c'est comme ça qu'une dame m'a pris, elle m'avait trouvée dans un arrêt, l'arrêt de bus, elle m'a pris elle m'a amenée ici, pour consulter ». Melle Anna viendra également accompagnée d'une femme : celle-ci l'aurait trouvée dormant à la gare, l'aurait hébergée et l'orienterait ce jour-ci à la PASS. Toutefois, cette femme a quelque peu déconcerté les professionnels de la PASS nous expliquant qu'« à cause d'elle, je rate plein de rendez-vous » ajoutant avoir « autre chose à faire ». Un couple d'arménien va également se retrouver aux urgences le lendemain de leur arrivée sur le territoire grâce à une femme rencontrée dans le métro et qui les y auraient amenés. C'est une femme qui a pris une place assez conséquente dans leur soin. Non seulement elle a fait office de traductrice tout au long de l'hospitalisation ; mais de plus, elle a œuvré auprès du médecin de l'hôpital qui souhaitait un « repos à domicile » pour ce couple sans abri afin qu'il les garde, en vain.*

Ainsi, si ces Autres, connus ou inconnus peuvent orienter, aider, accompagner, ils peuvent aussi empêcher. Ce sera le cas avec Madame Bégonia qui s'étant estimée « *moquée* » n'ira pas au bout du soin envisagé. Une aide-soignante aurait eu des propos qui ont poussé Madame Bégonia à quitter l'hôpital quelques minutes après y être entré. Le parcours imaginé par les professionnels de la PASS s'effondre alors.

## Patience du soin, soin de la patience

Pour les uns comme pour les autres, la PASS/l'EMPP agit alors comme un média, un passe-temps (au sens absolu) comme si elle avait la *clé du temps* et permettait l'accès à demain (nous y reviendrons) mais dans une temporalité longue et imposée. Elle agit également comme un « *porte-soin* » (infirmier d'EMPP), une « *interface, un passage, une porte, un tremplin* » (médecin de PASS).

## Le temps du droit

Longueur de temps tout d'abord parce qu'il faut faire avec et face au temps long de l'administration. Ainsi, la patience du soin, c'est tout d'abord le temps de constituer

les dossiers avec de nombreux rendez-vous avec les patients, des pièces manquantes, des documents à se procurer : la constitution d'un dossier peut ainsi prendre parfois plusieurs mois, parfois plusieurs années.

Le temps long, c'est ensuite le temps du traitement des dossiers par l'administration – même s'il y a des possibilités parfois de contourner ou d'accélérer ces temps notamment grâce des accords mis en place entre les PASS et certaines CPAM. Nous pouvons prendre l'exemple de l'AME « soins urgents » pour laquelle il s'agit de faire une demande de CMU qui, refusée, servira à établir une AME soins urgents : les dossiers doivent donc effectuer quelques aller-retours avant que ce droit soit ouvert et perçu par les sujets. Le temps long du recours aux droits, caractérisé notamment par ces dossiers à constituer, des papiers administratifs à apporter aux dossiers, peut entraîner ce que Philippe Warin et l'Odenore<sup>15</sup> nomment le non-recours « par épuisement ». Aller-retours de dossiers infinis quand il s'agit de pièces manquantes (réelles ou supposées), avec des demandes qui peuvent parfois être jugées comme aberrantes par les professionnels. Certains professionnels dénoncent ainsi une certaine « *suspicion organisée* » qui les oblige (eux et les usagers) à fournir des pièces administratives compliquant et retardant l'accès aux droits. Une assistante sociale nous expliquera ainsi certaines aberrations auxquelles elle doit faire face notamment lorsqu'il s'agit de faire traduire des papiers pour les publics étrangers, pourtant non utiles pour l'obtention du droit en question. L'exemple d'un jeune tunisien recourant à une PASS en est également une illustration : une assistante sociale essaye ainsi depuis plusieurs mois de réaliser une domiciliation pour cet homme auprès d'un CCAS afin de pouvoir concrétiser une demande d'AME. Au-delà de la mise en confiance qu'elle a dû réaliser avec ce jeune usager sans-papiers, inquiet pour sa situation, il a fallu le faire revenir plusieurs fois avec des papiers qu'il n'avait pas

---

<sup>15</sup> Observatoire DEs NOn-REcours aux droits et services

forcément en sa possession et qu'il a dû se faire envoyer de Tunisie<sup>16</sup>. Or et malgré cela, le CCAS « *ne veut rien entendre* » explique l'assistante sociale, prétextant sans cesse un manque de documents administratifs. Elle ironisera en nous disant que « *même pour une carte d'identité, on n'en demande pas autant* ». Elle dit aussi soupçonner le CCAS de « *faire exprès* », se questionnant presque sur le bienfondé de sa démarche « *pour une facture d'à peine 500€...* ». Certains interlocuteurs administratifs peuvent ainsi créer des *longueurs de temps* et du doute ainsi que de l'impuissance chez ces professionnels de PASS/EMPP. Doute qui peut se mouvoir également en sentiment de méfiance vis-à-vis des services publics chargés de l'accès aux droits, avec une bureaucratisation qui désincarnerait, déshumaniserait les relations sociales

Certains usagers y trouvent également de l'aberration : quand M. Oz (Roumanie, 54 ans) souhaitera réaliser une demande de domiciliation pour son épouse afin de la faire bénéficier d'une AME, il ira au CCAS de son lieu de vie avec ses pièces d'identité et son certificat de mariage. Tout cela sera refusé, il lui faudra faire une demande de domiciliation indépendante. M. Oz, avec son niveau de français fragile va s'employer à démontrer à l'assistante sociale de la PASS ce qu'il pense être une aberration : cette double domiciliation alors qu'il s'agit de son épouse ; le fait d'avoir à être domicilié sur une autre ville alors que c'est à la PASS qu'il se fait soigner demandant à l'assistante sociale « *pourquoi pas ici la domiciliation ?* » ; le fait que son attestation d'AME arrivera donc au CCAS « *et pourquoi pas ici ?* ». Il pointe là l'éclatement du système de droit et la nécessité d'aller en divers endroits pour une seule et même chose, retardant par là même l'accès aux droits. Cet exemple pointe également une sorte de cercle paradoxal dans lequel sont plongés les usagers : entre une exigence d'activation *versus* une mise en inactivation et l'incertitude de l'accès (imminent) aux droits ; entre des évènements

---

<sup>16</sup> Il faut également noter à cet égard que ces papiers l'identifiaient et que cela participait de l'inquiétude de cet usager, attentif habituellement à n'avoir aucun papier identitaire en sa possession. L'assistante sociale, consciente de cette réalité, a ainsi dû mettre en œuvre un long processus de mise en confiance.

qui fusent, qui s'enchaînent *versus* l'impossibilité de faire changer les choses (malgré l'activation etc.).

Ainsi, c'est souvent la lenteur de l'accès au système de soins de droit commun qui est retranscrite dans les discours des usagers. Par exemple, Mounir relate les démarches qu'il a effectuées pour faire soigner son doigt de pied nécrosé : on ne l'aurait pas cru aux urgences hospitalières où il s'était rendu, il a dû être pris en charge par les acteurs d'une association de sa commune qui l'ont emmené à la PASS où le médecin a fait les démarches nécessaires pour l'orienter vers un autre hôpital où il a enfin pu être hospitalisé, *in extremis*.

Il faut donc accepter l'attente pour accéder aux droits et aux soins. Ne pas être pressé. C'est ce qu'évoque un sujet que rencontre dans ses maraudes une infirmière d'une EMPP, lorsqu'il évoque lors de notre interview la nécessaire et normale attente par laquelle il faut passer pour accéder à l'hébergement d'urgence. Madame Holohana fait également preuve de compréhension lorsqu'elle tente de justifier ce temps long : « *c'est pas aussi facile pour les gens qui travaillent parce que peut-être qu'avant moi, y'a eu plusieurs demandes donc moi je suis sur la liste d'attente* » ; aussi, elle essaye de se contenter : « *le peu qu'on me donne, je crois que c'est déjà beaucoup, c'est déjà beaucoup, je me dis que c'est déjà beaucoup, je fais avec* ».

#### *Le temps du soin et de la confiance*

D'autre part, la patience s'observe également de manière plus prosaïque dans les consultations dans ces dispositifs spécifiques d'accès aux soins de santé (en permanence comme en mobilité) : les consultations médicales en hôpital, par exemple, peuvent ainsi durer plus d'une heure avec des allers et venues, puisque les médecins « profitent » de la présence des patients pour faire une médecine la plus globale possible et surtout la mieux prise en charge (analyse sanguine, radios, pharmacies, explications des posologies...). S'ajoute à cette consultation médicale, la consultation sociale, si elle n'a pas pu être faite en même temps : les patients peuvent rester une demi-journée voire une journée entière dans certaines PASS pour pouvoir se faire soigner. Les patients deviennent ainsi réellement des patients. Un médecin de PASS nous dira par exemple que la médecine qu'il pratique peut être associée à une

« *médecine de luxe* » au regard d'une médecine qui serait à l'inverse misérable, pauvre parce qu'expéditive. Il est intéressant de noter ce paradoxe d'une médecine « *pour les pauvres* » représentée à travers le symbole de la richesse.

Le soin de la patience dans ces dispositifs socio-sanitaires se caractérise également par le temps pris pour construire un lien de confiance avec des patients qui, pour partie, semblent en avoir besoin dans leurs relations sociales marquées par la méfiance, notamment vis-à-vis des représentants institutionnels du droit ou du soin. Cela permet également que la parole puisse/veuille se libérer, avec l'idée sous-jacente qu'il y aurait des besoins et des demandes non exprimés, la parole en tant que telle participerait ainsi à la santé mentale des usagers. Nous retrouvons particulièrement cela avec les publics les plus précarisés (notamment lors des maraudes) et davantage lorsqu'il est question de soins psychiques. Les professionnels des EMPP nous expliquent comme ils tissent patiemment ces liens, passant parfois par des médias : un infirmier joue depuis des semaines au babyfoot avec un usager, attendant que la parole se « *libère* ». Elle se libère parfois, pour se refermer ensuite. Il faut donc continuer doucement à remettre en confiance. Nous avons observé cela sur des temps de présence en lieux d'accueil de jour où les infirmiers d'EMPP sont là, passent du temps, se saisissent des occasions : « *Dans l'informel, on arrive à rencontrer le public, créer du lien* » (infirmière d'EMPP).

C'est un soin particulièrement modeste qui est mis en place, se construisant sur la temporalité du sujet et parfois selon ses modes de communication : « *y'a un patient qui me traite d'enculé, de fils de pute, j'te nique ta race, et ben on continue de l'accompagner et avant, l'entretien durait 3 minutes, on tient bon et maintenant, il dure 12 minutes, on a réussi à faire un dossier et puis peut-être que dans 5 ans, on arrivera à d'autres choses* » (professionnel d'EMPP). Une infirmière nous parlera d'une « *autre clinique* » où « *ça ne casse pas la relation s'il nous dit : « Moi, tu m'emmerdes, je ne veux plus te voir, fous moi la paix ». Et ben, ok. Ok* ». Cela traduit la temporalité parfois longue de l'accès aux soins, un accès aux soins essentiellement marqué par « *la pérennité du lien social* » nous dira un travailleur d'EMPP pour qui, « *les missions de l'EMPP et de la PASS, c'est ça, c'est maintenir du lien* ».

Le recours est ainsi co-construit en accord avec les possibilités du système mais aussi des sujets. Il n'est ainsi pas toujours question de guérison, d'accès aux droits et de demande ; il s'agit de séparer parfois l'idée du soin de l'idée de la guérison, de distinguer l'idée de l'inscription dans le droit de l'idée du recours, de différencier le besoin et la demande. Chaque cas semble ainsi particulier dans une construction partagée de projet humble et possible.

Il s'agit donc pour l'ensemble de ces usagers de faire avec la longueur et la lenteur du temps, même si nous observons chez les seconds (dits « grands exclus ») une certaine maîtrise de ce temps. Si pour les premiers pour qui la rue surgit, ce temps présent est obnubilant, entêtant et empêchant, devenant un ennemi ; pour les seconds que la rue semble contenir, il semble devenir un allié, un repère. Nous voyons ici apparaître une donnée fondamentale qui est cette expérience du temps : quand pour les uns, elle est marquée par l'incontrôlable, le blocage forcé sur le temps présent et la mise en incompetence (nous y reviendrons) ; pour les autres, elle semble être au contraire la seule maîtrise possible, contrôlant pour ainsi dire le temps du recours et le temps du soin (dans les mises en échec qu'ils peuvent créer des parcours imaginés par les professionnels des dispositifs), comme s'ils reprenaient leur temps. Pour ceux-là, le temps semble s'être arrêté au présent, dans leur présent alors que pour les premiers, ce blocage semble empêcher toute perspective future sur laquelle pourtant, tout le projet (notamment migratoire) est fondé.

### 3. Tenir-lâcher prise : rapports au futur

Dans cet impératif présent, les rapports aux recours, aux corps et à l'avenir se distendent et c'est à travers la question de la force et de la faiblesse qu'ils s'éprouvent. La migration, l'errance, la mise en précarité participent à la fabrication de corps et de psychés épuisés ; la fatigue et l'effacement nous donnent à observer des individus souvent hagards. Il s'agit de tenir et cette injonction à tenir, à résister en ayant de la

volonté et du courage, est contredite par la faiblesse qu'il faut pourtant souvent démontrer pour obtenir de l'aide, des droits, des soins.

Les usagers que nous rencontrons s'emploient à expliquer la difficulté de leur situation, le caractère intenable de celle-ci et en même temps, la force dont ils ont besoin tant pour tenir que pour recourir. Aussi, il faut être fort pour prendre soin de soi mais se montrer faible pour accéder aux droits et aux soins. Et pour se montrer faible, il faut être fort...Notons par exemple la force qu'il faut avoir lors des demandes d'asile : la lucidité, la mémoire, la conviction,... Il s'agit d'être crû et à travers cela, être reconnu.

### Une reconnaissance entre force et faiblesse

Chez les usagers dont la rupture est relative (à l'extraordinaire ou à la chute) ou absolue et décidée, nous rencontrons des individus qui se soucient de leur santé et qui viennent dans les PASS tant pour des pathologies lourdes (les plus récurrentes étant le diabète, les hépatites, les tuberculoses, les cas de handicaps) que pour des maladies plus bénignes (dites de médecine générale). Il s'agit de prendre soin de son corps et par là même de ses droits. Nous avons là des usagers qui entrent souvent à la PASS pour le soin et sortent de la PASS avec des ouvertures de droits (quand c'est possible) c'est-à-dire que l'entrée première n'est pas le droit, il intervient par extension. Cependant, là encore, les usagers (et les professionnels des PASS) sont confrontés au temps long de l'administration, aux aller-retours de dossiers, à l'éclatement des démarches et des papiers créant des temporalités saccadées et saturées (« *beaucoup rendez-vous ouh ! (...) oh beaucoup beaucoup beaucoup !* » puis « *moins 5 minutes, 5 minutes la mairie non non, encore un rendez-vous ah 5 minutes un autre rendez-vous* » - Madame Isidima). Ce débordement vient contredire le temps du présent et des délais. Néanmoins, les usagers sont ici porteurs de projet, c'est une tension qui tend tout autant qu'elle porte et lorsque le projet migratoire est incarné par les enfants, il s'agit de les faire soigner et de les installer dans du long terme. Il s'agit également de rester fort pour ceux dont on a la responsabilité.

### *Objectivation du corps*

Il est donc question d'objectiver son corps, celui-ci pouvant incarner l'espoir pour demain. Dans le même temps, la récente demande de certificat de vulnérabilité pour les demandeurs d'asile crée de l'ambiguïté : il s'agit de mettre en avant sa faiblesse, accepter de se montrer victime, se projeter via la défaillance du corps. Nous avons toutefois rencontré une usagère ayant jeté son certificat de vulnérabilité, au grand désespoir du médecin, celle-ci ne semblait pas comprendre en quoi et pourquoi elle devait se montrer vulnérable. C'est donc d'un corps fragile dont il faut faire état, il s'agit de montrer ses traces, ses cicatrices et avec cela se replonger et se reconnaître dans les souffrances passées, dans les ruptures, celles par lesquelles le départ a pris sens. La souffrance devient fonctionnelle et quand la demande de certificat est réalisée auprès des psys, c'est le plus souvent à défaut de symptômes somatiques, il s'agit alors de construire la souffrance psychologique : revenir, répéter, ruminer. Là encore, le passé projette autant qu'il enferme et réduit.

### *Projection du corps*

Par ailleurs, la maladie devient pour certains projective, celle par qui le droit pourra être effectif. Prenons l'exemple d'une usagère (Madame Kahasol – Congo – 45 ans), venue suite à un regroupement familial mais dont le mari, parti depuis, avait toujours refusé de l'emmener à la préfecture. Récemment, il lui a été découvert une hépatite : « *on a découvert que j'ai de l'hépatite !* » ; « *l'hépatite B, donc c'est par rapport à ça que le juriste que j'ai à la Cimade là-bas, il a demandé à ce que mon médecin me donne le certificat médical et elle pense qu'elle va mieux suivre mon dossier afin que je puisse écrire à la préfecture comme ça on pourra me donner le titre de séjour* ». L'hépatite n'est donc pas prise en tant que telle mais dans un rapport au droit : accéder au titre de séjour. Un autre homme rencontré à la PASS était venu chercher un courrier d'un médecin prouvant son incapacité à rentrer au Congo, sa hanche venait d'être opérée. Muni d'une béquille, le médecin lui dira plusieurs fois

qu'il n'en a désormais plus besoin mais celle-ci semblait à elle seule incarner la nécessité de rester en France<sup>17</sup>.

### *Reconnaisances*

Enfin, pour ces demandeurs d'asile comme pour les jeunes ou nouveaux précaires (dans une rupture décidée ou relative), la demande de soin et de droit est aussi une demande de reconnaissance : être reconnu dans son statut, être reconnu dans sa souffrance. Ainsi, les demandes explicites de droits semblent toutes traduire des demandes implicites : demander un logement pour obtenir une place, un endroit où aller ; demander des papiers pour obtenir une légitimation, une identité ; demander une protection ou un travail pour obtenir de l'autonomie, de la sécurité, un avenir. Le jeune braqueur peut en être une illustration : s'étant rendu aux urgences au milieu de la nuit (se plaignant de douleurs aux pieds et de difficultés respiratoires), la demande implicite semblait bien davantage porter sur une demande de prise en charge totale (y compris et surtout psychiatrique). C'est un jeune homme usé que nous avons rencontré, épuisé par ses longues marches nocturnes autant que par ses ruptures successives ; il nous a parlé de ses chutes (la perte de son emploi, son divorce, ses ruptures familiales) et de deux tentatives de suicide. Il a néanmoins éprouvé les limites du système puisque la psychiatre qu'il rencontrera expliquera à l'assistante sociale de la PASS (qui sollicitait une éventuelle hospitalisation) que ce jeune homme a « *une dimension de personnalité psychopathique* », qu'il est « *un tyran domestique* », « *un enfant tyrannique ou un ado tout puissant* », qu'il est par ailleurs un « *délinquant* » ayant commis des « *braquages avec son frère, d'ailleurs en prison* ». Elle a conclu qu'elle ne voyait pas pour lui la nécessité d'une hospitalisation, en tout cas pas dans « *le temps de l'urgence* ». L'assistante sociale a objecté qu'il avait tout de même fait deux tentatives de suicide en quelques mois, la psychiatre a répondu qu'elle « *ne le*

---

<sup>17</sup> Notons toutefois que ce médecin a refusé de réaliser ce courrier, estimant pour sa part que « *tout va bien* », « *il pourra tout à fait vivre normalement* ».

*sentait pas dans le passage à l'acte* ». L'assistante sociale a conclu en expliquant que compte tenu de sa situation (précaire), l'issue là, était la rue et tout au mieux « *une nuit à XX<sup>18</sup>* », la psychiatre a rétorqué qu'« *il fallait peut-être qu'il éprouve ça* » (nous voyons également ici le rôle de l'alter empêchant, évoqué précédemment).

### *La difficulté de se plaindre*

La difficulté éprouvée ici est aussi celle de demander et par extension celle de se plaindre. Parfois, se plaindre, recourir, est une nouvelle forme de violence d'autant plus vive et paradoxale qu'elle rentre en contradiction avec la nécessité de tenir et d'être fort. Demander, montrer, se plaindre, c'est ainsi donner à voir sa faiblesse, donner à voir son histoire, ses ruptures. Il s'agit parfois également de montrer ses traces, or, ce sont parfois précisément celles-ci que l'on souhaite enlever : un adolescent rencontré dans une PASS tient absolument à faire enlever une cicatrice qu'il a sur le pourtour du visage. Elle lui fait honte (il la cache sous une large capuche) tout autant qu'elle est un rappel au passé ; il souhaite l'effacer. Aussi, cette injonction à considérer ses pertes et ses difficultés, à redire, répéter pour recourir (et pas toujours pour soigner) crée de la souffrance doublée de la crainte de ne pas être crû, entendu, considéré. Là où il est question de se projeter, de tendre vers demain, la plainte peut ramener à hier, enfermer l'usager dans un statut (en l'occurrence de migrant et/ou précaire) et une histoire. Les professionnels des PASS/EMPP sont le plus souvent conscients de cela et montrent une attention pudique et respectueuse envers les patients et leurs histoires, craignant parfois de « *reprécariser* » (au sens de rendre faible) certains usagers à travers cette dynamique de la plainte (assistante sociale d'une PASS).

Espérance, demandeuse d'asile hébergée en Cada, illustre parfaitement cette situation entre force et faiblesse, montrant cette dynamique de la demande et de la plainte qui questionne sa force et sa capacité à prendre des décisions pour et par elle-même :

---

<sup>18</sup> Foyer d'hébergement d'urgence

« Après j'ai compris qu'ici ça ne fonctionne pas comme chez nous (...) J'ai commencé à expliquer, c'était dur. C'était dur de traverser tout ça. C'était dur même pour moi. Avant, je parlais pas. Je parlais pas. (...) Non, j'avais pas envie de parler. J'avais pas envie. Je voulais même pas parler, je voyais... J'étais pas bien. J'étais pas bien. J'étais pas bien. (...) J'étais trop triste (...) Je parlais pas, hein, je parlais pas. (...) Comme on dit, c'est seulement des larmes qui vont te donner des réponses, j'arrivais pas, j'arrivais pas à parler, j'arrivais pas ». Aussi, explique-t-elle que désormais « [elle] n'a pas peur de demander » même si elle sait qu'il faut pourtant tenir et rester forte : « Après, quand tu restes [seule] tu commences à penser que non, ça va pas bien, mais il faut rester forte, il faut rester forte, il faut pas démontrer ça ». Apparaît bien à travers ces courts extraits l'ambiguïté de la plainte, entre force et faiblesse.

#### Une reconnaissance entre stigmaté et symbole

Chez les usagers décrivant une rupture absolue et imposée, la question ne se pose évidemment pas du tout de la même manière. S'ils ont pour point commun l'épuisement et la fatigue, ceux-là sont le plus souvent dans du non-recours et les professionnels leur « courent » après au sens presque propre du terme. Chez ceux-là, il y a impossibilité ou difficulté de créer du recours, de créer du projet, et le soin « est perçu comme quelque chose de violent » (infirmier d'une EMPP). Madame Bégonia entre parfaitement dans ce schéma-là. Une PASS lui avait construit tout un parcours de soin après avoir suspecté un cancer, ce parcours s'est complètement effondré lorsque Madame Bégonia a fugué de l'hôpital quelques minutes après y être entré. Une infirmière de la PASS justifiera ceci en disant que c'était « beaucoup trop pour elle », « beaucoup trop de changements d'un coup », pensant qu'il faudra aller vers le soin « sans la brusquer ». Pourtant, Madame Bégonia est consciente de sa situation, elle dit être « triste », « très triste » et ne pas arrêter de pleurer pensant au possible diagnostic : « je sais. Je sens. [elle se touche la gorge]. Mon père est mort de ça, ma mère est morte de ça, mes grands-parents sont morts de ça et je sens que c'est en moi cette fois et ça me rend triste ».

## *Le corps-média*

Il s'agit alors de construire le recours, de construire le projet ; le corps devient un corps-média qui permet l'accrochage aux soins, aux droits mais surtout l'accrochage pour demain, pour une perspective temporelle future. Les EMPP se saisissent également de ce corps-média pour permettre le soin psy, en entrant par la douleur du corps : *« nous, on a pour pratique souvent de dire qu'il faut attendre qu'ils aient mis un genou à terre. Et qu'à ce moment-là, on essaie de rentrer »* (infirmière d'EMPP). Néanmoins, tout cela n'est possible qu'avec le concours du temps, du *« tricotage »* nous dira un infirmier d'EMPP construisant ainsi du cadre : *« c'est du cadre qu'on a construit mais voilà, ouais, on a rendez-vous au café PMU toutes les semaines, on prend le café. Et voire même on a établi des choses où on paie chacun notre tour le café. Ça crée des choses où, un investissement mutuel »* ; *« Donc on a joué au babyfoot longtemps, toutes les semaines. Et puis à force de faire des babyfoots, parce que lui, très clairement, la question de créer du lien, c'était prendre le risque d'être laissé sur le côté après, ben, on a pu s'accrocher »* (infirmier d'EMPP). Ce sont des patients dans l'ici et le maintenant et les professionnels ne parviennent à les rencontrer que dans l'urgence extrême, quand la douleur devient intenable.

## *Stigmates*

Quand le recours existe, il est parfois stigmatisant. Il s'agit de montrer ses cicatrices, ses stigmates, montrer sa dure vie à la rue. Quelques patients viennent ainsi à la PASS pour désinfecter (et non pas guérir) une plaie. C'est avec une certaine force qu'ils montrent les vers se régaland de leur chair (le Chevalier Bayard) ou leur pied handicapé doublé d'une plaie sanguinolente. Pour ce second patient, il ne faut pas *trop* guérir, cette plaie est sa source de revenus, c'est en la montrant qu'il fait la manche. Le rapport au corps est utilitaire et démonstratif dans une sorte de mise en scène qui montre tout autant la faiblesse que la force. Il s'agit de montrer le stigmate, montrer sa douleur autant que montrer son courage à la surmonter. Nous sommes ici dans une alliance entre le tenir et le lâcher-prise, dans une stigmatisation performative. Ces patients-là ne sont pas dans le recours au droit, ils viennent s'éprouver et se mettre en tension avec le regard médical, et le recours aux droits ne se construit que dans leur

propre temporalité. Aussi, il y a une forme de maîtrise, de contrôle qui apparaissent, comme si maîtriser ce temps du recours (à la santé comme aux droits), c'était reprendre un certain contrôle comme nous l'avons évoqué précédemment. Nous l'avons également remarqué avec Madame Bégonia qui après nos premières rencontres se rendra à la PASS deux fois : une fois où elle n'est pas restée considérant l'attente trop longue ; une seconde fois où elle s'est employée à montrer au médecin ses différentes cicatrices de rue. Le médecin nous rapportera ainsi que lorsque Madame Bégonia s'est déshabillée, elle a désigné chacune de ses cicatrices : une sur le bras, « *un coup de couteau* » ; une sous la gorge, « *un autre coup de couteau* » ; une autre ici, une autre là. Le médecin s'en amusera en ajoutant : « *parfois, il n'y avait plus de cicatrices mais elle avait chacune d'elles en tête, comme des marques, des souvenirs* ». Nous retrouvons ici aussi cet extraordinaire incarné là par l'extraordinaire violence qui fascine tout autant qu'elle repousse les usagers et les professionnels. Les cicatrices deviennent alors des preuves, le corps (é)preuve entre force et faiblesse. Il est également question ici de la plainte et chez ces sujets, la plainte est comme taboue : Jonas exprime cette difficulté à se plaindre, à demander ; ainsi, pour lui, « *la douleur et le froid, c'est dans la tête* », il s'agit donc de tenir. Tenir, c'est parfois aussi maîtriser ; Claudius à qui l'infirmier proposera un anxiolytique pour calmer le manque d'alcool, s'emportera vivement en expliquant pouvoir s'en sortir « *seul* » comme lorsqu'il s'est sevré seul d'une dépendance narcotique, s'enfermant dans son appartement et jetant les clés par la fenêtre : « *sans médecin et sans médicament !* ». C'est la force qu'il vient exposer là.

### *Symboles*

Ce rapport au corps peut parfois être un rapport symbolique considérant tout autant une partie pour le tout, ou au contraire le tout pour une partie. Ainsi, M. Mwapo (Pologne – 45 ans) est venu à la PASS accompagné du Samu Social pour faire soigner un psoriasis étendu à l'ensemble du corps. Lors de cette première rencontre, le médecin s'inquiètera notamment d'un fort amaigrissement laissant suggérer d'autres affections plus graves. M. Mwapo n'en aura cure et ne laissera soigner que son psoriasis, comme s'il fallait soigner uniquement ce qui « dépasse », soigner le

stigmaté ; comme si soigner le stigmaté l'empêchait de voir le reste voire empêchait le reste, dans un déni certain. Cependant, M. Mwapo reviendra seul à la PASS la semaine suivante et réclamera dans la salle d'attente : « *hospital please hospital* », conscient d'un autre mal. Toutefois, là encore, M. Mwapo n'ira pas au bout du soin et sera renvoyé de l'hôpital après avoir mendié avec M. Scotto devant les portes de celui-ci. À l'inverse, ce rapport symbolique peut prendre place dans un désir de soin total. C'est la demande que nous fera Claudius : « *un diagnostic complet ! Qu'on me regarde tout parce qu'y a tout qui déconne !* », justifiant cette demande par son incapacité à suivre des soins, notamment les rendez-vous, il veut un « *bilan de santé* », qu'on « *regarde tout !* ». On voit ici l'ambiguïté qu'il y a à se montrer tout autant qu'à se cacher, là encore entre le tenir et le lâcher-prise.

### Voir venir/aller vers

C'est donc la question du *voir venir* et de *l'aller vers* qui s'illustre ici. À travers ces usages des PASS et EMPP, se profilent des recours inscrits dans des perspectives temporelles que celles-ci soient prises dans l'urgence du corps ou dans sa projection future.

Pour les PASS, nous retrouvons dans le 1<sup>er</sup> cas (« *voir venir le patient* »), pour une majeure partie, les publics migrants (qu'ils soient primo-arrivants, demandeurs ou déboutés du droit d'asile, européens, sous visa touristique...) ; dans le second cas (« *aller vers le patient* »), il s'agit le plus souvent de migrants « installés », de « grands <sup>19</sup> » précaires et d'un public intermédiaire incarné par les migrants polonais. Cependant, précisons qu'il s'agit ici de considérations globales et que les publics restent relativement hétérogènes dans chacun de ces mouvements. Ceci participe néanmoins d'une certaine logique qui va impacter l'activité des PASS puisque l'un des

---

<sup>19</sup> « grands » entendu ici essentiellement en termes de temps long (qu'ils soient donc migrants ou non).

objectifs étant l'insertion dans le droit commun, l'*aller vers* est parfois le symptôme de l'échec du *voir venir* (mais pas seulement<sup>20</sup>) ; et si dans les deux cas, l'objectif reste celui du retour au droit commun, dans les faits, cela s'avère souvent plus compliqué. Aussi, il peut également être entendu que le retour au droit commun peut et doit nécessairement prendre du temps pour une partie du public en « rupture » sociale et de soins.

Pour le *voir venir*, nous notons que la présence d'enfants semble inciter au recours aux PASS et porte par là même vers le projet (de soin et au-delà), particulièrement pour les publics migrants. Il est ainsi question de s'installer sereinement et d'apporter à ses enfants un soin relativement optimum. Nous notons néanmoins que malgré l'inquiétude des parents, le recours n'est pas sur-mobilisé. Ce *voir venir* est par ailleurs un mouvement vers la PASS lié à une projection vers le futur : on se soigne parce que l'on veut tenir pour aujourd'hui mais aussi pour demain.

Cet usage du *voir venir*, plus particulièrement lié aux pratiques des PASS, peut néanmoins exister parfois dans les activités de permanences organisées par les EMPP, comme nous l'avons souligné précédemment. Il peut y avoir une pratique mixte entre le *voir venir* et l'*aller vers* : on va auprès des individus mais on laisse venir leur(s) demande(s). Un infirmier d'EMPP nous expliquera ainsi préférer le terme « *baguenauder* » à celui de « *marauder* » estimant par là qu'il s'agit pour lui « *d'être dans l'espace sans lieu précis* ». La maraude lui renvoie « *l'idée de la pomme qui dépasse de l'arbre et on va plaquer le SDF qui dépasse du buisson* » tandis que la baguenaude le renvoie « *au psy qui traine, qui est dans l'espace, qui attrape ce qui vient* ».

---

<sup>20</sup> Cela signe sans doute également (et peut-être surtout) l'échec de l'aval du soin notamment avec la difficulté de trouver médecins et spécialistes « ouverts » à ce public ; ce sont également des rapports aux soins et aux corps distendus comme nous l'avons souligné.

Ainsi, si une partie des usagers des PASS ont un recours « théorique » à la PASS (c'est-à-dire recours et accès aux soins et aux droits), d'autres ont un recours ultime à celle-ci : soit que les professionnels des PASS/EMPP viennent à l'utilisateur (via les maraudes, les examens médicaux ou les permanences en foyers), soit que la douleur les pousse à aller vers le soin et par extension vers la PASS (c'est notamment et énormément le cas avec les PASS dentaires mais aussi avec les services d'urgences), soit enfin que l'urgence amène, indirectement, vers la PASS (notamment quand l'utilisateur est amené par les pompiers). Pour tous ceux-là, l'accès aux droits est secondaire. Ce qui compte c'est ce qui ne « tient » plus.

Ce recours via la douleur est également souvent symptomatique d'un non-recours aux droits : les patients de la PASS dentaire par exemple, ne reviennent parfois pas aux rendez-vous fixés par l'assistante sociale une fois le soin prodigué et surtout une fois la douleur calmée, le corps de nouveau maîtrisé. Néanmoins, ce recours ultime peut parfois aussi être un « appel au secours » : quand le mental ne tient plus, le recours au corps devenant un média vers le soin psychique. Nous pensons ici au jeune braqueur évoqué plus haut, qui demandera explicitement à « *faire de l'air dans [sa] tête* ».

À travers ce rapport à la force et à la faiblesse, ce rapport au tenir et au lâcher-prise qu'ont les usagers des dispositifs, qu'ils soient migrants et/ou précaires, nous voyons le rapport entre la projection du corps, la projection de soi, la projection vers l'avenir *versus* la non-projection du corps, la non-projection de soi, la non-projection vers l'avenir. Aussi, *le voir venir* n'est pas forcément lié au recours ou au fait de se montrer ; inversement, *l'aller vers* n'est pas forcément lié au non-recours (au sens où il peut être accroché) ou au fait de se cacher. Il peut ainsi y avoir une mise en scène : jouer le jeu et avec le jeu de l'irreprésentable même si pour les catégories énoncées, il s'agit d'assimiler cet extraordinaire, cet irreprésentable. Néanmoins, aux extrêmes, il est parfois question pour les premiers d'être reconnus par le droit tandis que pour les seconds, il est souvent question d'être reconnus par le corps.

## Soin de la négociation

Au regard de ces situations, les « petites histoires » évoquées précédemment jouent à plein : il s'agit pour les professionnels des PASS/EMPP de convaincre les administrations de l'urgence débordante de la situation et de trouver dans la réalité ce qui permet d'agir. Il y a une mise en identité venant contredire les mises en altérités classiquement opérées (notamment via les stéréotypes).

### *Stigmatisation et accès aux droits/soins*

L'accès aux droits se trouve ainsi *travesti* puisque l'énergie développée par les usagers et par les professionnels donne à voir et à penser le droit comme quelque chose de *miraculeux*, relevant de l'extraordinaire, comme si la PASS devenait *passer-muraille*, passant au travers les murs du système administratif et légal. Cela est d'ailleurs conforté par Jonas qui passe par une professionnelle d'un accueil de jour pour interpellier le 115, expliquant qu'il est pour lui nécessaire de faire porter sa demande de logement par un tiers. Aussi, de nombreuses demandes vont en ce sens, les usagers se persuadent qu'une demande réalisée par une assistante sociale aura plus de poids que s'ils la font seuls. Tout cela peut potentiellement créer de l'usure tant chez les usagers que chez les professionnels, entraînant par extension du non-recours (par épuisement). Il est ici lourdement question de stigmatisation puisqu'il est question de représentation de soi par rapport aux aidants, par rapport aux autres et nous avons pu observer comment cette forte stigmatisation (notamment de la part des autres services hospitaliers ou administratifs) pouvait être incorporée par les patients. M. Oz assimilera ainsi patiemment son statut de patient de « seconde zone » après de multiples reports d'une IRM pourtant prévue. Le médecin de la PASS ne l'entendra pourtant pas de cette oreille, considérant qu'il est « *inadmissible de traiter un patient de la sorte* » et s'adressant au

service concerné : « *c'est parce qu'il s'agit d'un patient PASS, il aurait été d'XX<sup>21</sup>, ça ne se serait pas passé comme ça !* ».

Cette question de stigmatisation renvoie par extension à la question du retour aux droits communs. Les publics des PASS/EMPP ont très souvent été décrits par les professionnels comme un public stigmatisé par la société et particulièrement par les acteurs du système d'accès aux soins de droit commun. Ils disent ainsi agir auprès d'un public rejeté socialement et symboliquement pour différentes raisons, à partir de différentes caractéristiques sociales. Ils sont décrits comme porteurs de traits d'infamie et/ou participant à la mise en altérité jusqu'à ce qu'ils présentent comme des processus d'altérisation extrême. Ces signes d'infamie participeraient à la difficulté voire à l'impossibilité pour les sujets d'accéder aux soins de droit commun. Ainsi, ces professionnels des PASS/EMPP s'occuperaient de ces publics, pallieraient à leur non-reconnaissance. Il s'agit donc pour eux de « *ramener [vers le soin] les indésirables* » (infirmier d'une EMPP), de « *rendre visible ce que l'on veut cacher* » (assistante sociale d'une PASS) mais aussi de « *faire côtoyer des publics qui peuvent déranger* » (assistante sociale d'une autre PASS). Cette stigmatisation est aussi ressentie par les professionnels des dispositifs PASS/EMPP, évoquant notamment les manières dont ils sont pensés au sein des hôpitaux ; c'est également le soin pratiqué qui est stigmatisé comme une « *médecine de caniveaux* » (infirmière d'une PASS) ou encore un « *bureau des étrangers* » (assistante sociale d'une PASS). Ce sont des caractéristiques stéréotypées qui excluraient les publics PASS/EMPP de l'accès aux soins classiques, mettant à l'épreuve le système de droit commun. Au contraire, les professionnels des PASS et EMPP accueilleraient ces différences extrêmes, de manière relativement inconditionnelle – même si nous avons parfois pu observer des tensions entre ces professionnels concernant ce principe d'inconditionnalité.

---

<sup>21</sup> Faisant référence à un quartier huppé du centre-ville

## *Négociation et singularisation*

Le soin en PASS/EMPP est donc aussi un soin de la négociation. Négociation à triple égard : avec les partenaires vers lesquels les usagers sont orientés à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, et avec les patients eux-mêmes.

Avec les partenaires immédiats ou futurs : il s'agit de faire entendre la situation du patient, de remettre en contexte et en sens des situations particulières. En effet, dans une perspective de suivi de soins, d'accompagnements aux soins ou de sensibilisation aux pratiques des PASS, certains professionnels évoquent la nécessité de remettre de l'identité, de la subjectivité. Les *petites histoires* semblent donc servir ce projet : il s'agit de « raconter » chaque singularité, chaque unicité, comme si chaque patient était considéré dans son originalité, dans son parcours particulier. Il semblerait ainsi que ce modèle d'énonciation dans la singularité des histoires ait également pour vocation de rendre sensible, d'humaniser l'usager. Il faut montrer son mérite à accéder aux soins. Une infirmière d'EMPP nous expliquera à cet égard « *remettre du clinique* », autrement dit de la subjectivité à travers une histoire de vie complexe face à une psychiatre lui décrivant un usager comme un patient gênant (apparemment virulent), parlant de « *graaaaannnde schizophrénie* » (l'infirmière a en effet insisté sur le « grande » imitant la psychiatre). Un autre infirmier PASS nous expliquera « *sortir les violons* » pour qu'un patient soit pris en charge dans l'hôpital. Une assistante sociale nous expliquera avoir le sentiment parfois de « *se prostituer* » tant il faut parfois insister pour faire comprendre une situation complexe à des partenaires altiers et non compréhensifs<sup>22</sup>. Pour les professionnels, comme en miroir des usagers, il s'agit de tenir, être forts, ne pas lâcher-prise.

Remettre du tragique et de l'individu semble équivaloir à remettre de l'identité, remettre de l'humain. S'opère alors une sorte de mise en miroir entre l'énonciation de l'usager (dont l'histoire est propre et particulière) et l'énonciation du professionnel PASS/EMPP. Il s'agit dans le rapport aux autres professionnels (médecins, institutions) de « *vendre* » la

---

<sup>22</sup> Notamment lors de rendez-vous non honorés

situation du patient afin de créer de l'empathie, avec le risque, énoncé par certains professionnels PASS/EMPP, d'enfermer le patient dans un statut, de le figer dans une situation précaire, de le figer dans sa faiblesse. Ces professionnels se saisissent de ces histoires comme de cas particuliers avec des *preuves* justifiant la précarité et par là même les difficultés en termes d'accès aux soins somatiques et psychiques. Ce modèle d'énonciation semble renvoyer à la question de la reconnaissance : reconnaître l'histoire de l'utilisateur, reconnaître ses difficultés et donc ses nécessités. Néanmoins, cela interroge l'éthique qui est mobilisée pour faire accéder au système de soins de droit commun, qui semble davantage être une *topique du sentiment* construisant une valorisation des bons pauvres et/ou étrangers, qu'une topique de la *dénonciation* (Boltanski, 1993) critiquant les inégalités d'accès aux droits et/ou aux soins.

Il s'agit également d'expliquer patiemment le temps du recours administratif et le temps du recours au soin. Il faut ainsi faire entendre et accepter cette pratique du soin, faire entendre et accepter sa patience, sa modestie et ses « ratés ». Il arrive ainsi que ces négociations *ratent*, plongeant les professionnels des PASS/EMPP dans un certain désarroi et là encore une forme d'impuissance créant un fort sentiment d'injustice. Pour exemple, une PASS avait réussi à mettre un place un hébergement et un suivi de grossesse, avec accouchement prévu dans un hôpital proche de l'hébergement pour une femme suivie depuis quelques temps. Du jour au lendemain (en trois jours), l'OFII dans le cadre de sa procédure, a décidé d'envoyer cette usagère à plusieurs dizaines de kilomètres, défaisant au passage tout le travail fourni par cette équipe de la PASS. Nous avons assisté à l'appel téléphonique de l'assistante sociale à un agent de l'OFII et assisté à une longue négociation, tendue et infructueuse. L'agent de l'OFII, inflexible, expliquera que « *cette dame peut s'estimer heureuse* » et devant les arguments médicaux de l'assistante sociale, dira « *elle ira accoucher à l'hôpital* [sous-entendu aux urgences] *comme plein de gens* ». Ces négociations avortées créent chez les équipes une grande frustration vis-à-vis de leur idéal professionnel. Nous voyons là aussi une nouvelle mise en miroir entre la faiblesse de l'utilisateur et du professionnel s'incarnant ici par une certaine mise en incompetence de l'un comme de l'autre.

#### 4. Impuissance et représentations du corps

Ces rapports au temps et à la force-faiblesse conjugués à des contextes de non-réception ou de délais longs ont des conséquences sur les recours mais aussi sur les souffrances des usagers. Il semblerait en effet que ces temps et rapports administratifs (dans leurs procédés, leurs exigences et leurs temporalités) viennent faire écho et pour ainsi dire doubler les ruptures sus énoncées.

S'il était question de briser un rapport au passé qui créait rupture, les recours aux droits et aux soins viennent parfois réactiver un sentiment de *déjà-vécu* notamment dans la répétition des attentes, dans la répétition des fuites, dans la répétition des récits de soi et par extension du passé.

Aussi, le premier effet que nous constatons est celui d'une certaine mise en incompetence s'opérant là encore en miroir, non seulement entre hier et aujourd'hui ; mais aussi entre les différents usagers, entre les usagers et les professionnels.

#### *Effondrement et mise en incompetence*

Ces différents réseaux relationnels (au temps, à l'espace, à l'extraordinaire ou encore à l'irreprésentable) peuvent ainsi créer de l'impuissance et par extension de la souffrance.

#### *Mise en incompetence*

Chez les usagers témoignant d'une rupture absolue décidée ou relative (à l'extraordinaire ou à la chute), les observations comme les entretiens ont été ponctués par des locutions signifiant le fait de ne pas savoir/ne pas avoir/ne pas pouvoir : « *je sais pas, je sais pas où, je sais pas ça, ça c'est un problème pour moi* » (Madame Isidima) ; « *n'ai pas, n'ai pas* » (M. Oz) ; ou encore « *je sais pas ou plus, mais là je pouvais pas, je pouvais rien faire* » (Madame Holohana) ; « *Maintenant je suis toute seule, j'ai personne, j'ai pas d'argent, je sais pas comment faire* » (Espérance). Ces différentes affirmations supposent la mise en incompetence créée par le système administratif soit que les usagers n'aient pas la connaissance du système et de leurs droits ou pour le moins ne savent pas

comment y accéder (nous pouvons également penser ici au problème d'interprétariat pour certains migrants) ; soit que les usagers souffrent d'un manque certain de ressources éprouvant une précarité multiple et à différents niveaux ; soit enfin qu'en l'état présent, il n'y ait pas possibilité d'accéder à des ressources (quelles qu'elles soient) ou à des droits. Ces trois aspects étant le plus souvent cumulés.

En effet, le recours aux droits et aux soins apparaît comme quelque chose de compliqué tant par son éclatement, par sa complexité, par son incohérence et par les ressources qu'il faut pour en bénéficier (ressources en termes de connaissance, de compréhension, d'écriture, de connaissance de la langue, etc.). Les ressources, c'est justement ce dont manquent les usagers et si les demandes sociales ne sont pas premières dans leurs recours à la PASS (voir annexe I, p.81), quand elles interviennent (notamment quand elles sont évoquées par les professionnels), elles sont multiples. Nous avons affaire à des usagers qui manquent de tout d'un point de vue tant pratique (hébergement, alimentation, ressources financières entre autres) que relationnel. Ils n'ont donc, de prime abord, personne pour les aider. La fuite, le départ, la chute leur ont fait perdre une majeure partie de leur environnement social et familial. Aussi, tous témoignent de cette solitude avec la récurrence de l'idée de ne pas savoir où/vers qui se tourner. Espérance dans la narration de son exil puis de son arrivée ici en est l'illustration notamment au travers d'une question récurrente : où ? Ainsi, elle raconte la fuite du Congo : « *J'ai demandé au Monsieur 'Je vais partir où ? Je vais rentrer ou je vais aller où ?'* » ; plus tard, son arrivée à Lyon : « *Maintenant je vais habiter où ? Je vais habiter où, avec mes enfants ? J'ai froid* » ; puis à Grenoble : « *Moi j'ai dit j'ai personne ici, je vais aller où. Je vais aller où, avec ce froid là-bas. J'avais rien* ». La PASS peut alors venir combler ce vide ; Madame Holohana explique ainsi sa rencontre avec les professionnels de la PASS : « *je me suis dit enfin, enfin (...) je me suis dit enfin. Enfin [mes enfants] seront suivis, enfin ils auront un traitement en cas de maladie, enfin y'a quelqu'un qui peut m'écouter au cas où ils tombent malades, je sais déjà où frapper, y'a quelqu'un qui va m'ouvrir la porte* ».

Il est de plus intéressant de noter dans les récits de migration, suite à l'irruption de l'extraordinaire, comme cette question d'impuissance fait écho. Ainsi, Madame Holohana nous parlant de son départ de Guinée dira : « *nos comptes bancaires étaient bloqués,*

*notre maison on ne pouvait plus y accéder à notre maison, la voiture, on ne pouvait rien rien rien* ». Sa situation de précarité d'aujourd'hui intervient en écho et en enfilade des ruptures d'hier.

De plus, l'omnipotence du présent dans le rapport aux droits et par extension aux soins accentue ce sentiment d'impuissance. Ils se trouvent ainsi démunis dans l'absolu et dans tous les sens du terme. Aussi, l'activation (mesurée aux multiples rendez-vous notamment) ne suffit pas à *faire accéder à* et les temps longs institutionnels contribuent à mettre d'autant plus en exergue cette mise en incompetence. Cette dernière est d'autant plus flagrante qu'il est question de choix impossibles, rendus irréalisables par l'état de droit. Prenons pour exemple Ausarta (en situation irrégulière) qui s'assombriera soudainement pensant à son bras cassé et à la nécessité d'être plâtré : « *Si je travaille pas, je ne peux pas manger...je suis obligé de dire non* » ; « *j'ai deux problèmes et je n'arrive pas à choisir : celui-là ou celui-là* ». Nous retrouvons cette même impossibilité chez Madame Komaha devant le fait d'avoir à choisir entre sa famille restée au pays et son fils cadet qu'elle souhaite absolument soigner (« *qu'il marche au moins...* »).

#### *Comme enfermés dehors*

Le temps et les règles institutionnelles créent chez ces patients des tensions intenablement donnant à voir des individus comme *enfermés dehors* : en dehors du droit mais aussi en dehors de soi (de son identité, de ses compétences). Ils décrivent ainsi ce sentiment d'être enfermés dans cette situation, dans ce temps, dans cette identité où ils ne peuvent rien faire (doublé d'une forte stigmatisation comme nous l'avons souligné plus haut). Cet enfermement paraît d'autant plus insupportable qu'il est contredit par l'injonction paradoxale à l'activation et à la patience, devant un droit qui désincarne et déshumanise tout autant qu'il nécessite de faire appel à son histoire et à sa singularité (ceci, de manière éloquente chez les demandeurs d'asile devant prouver leur récit de vie). Rappelons ici nos premières considérations quant au surgissement de l'extraordinaire et des ruptures, nous avons affaire à des usagers qui, jusqu'au surgissement de l'extraordinaire, avaient le plus souvent une *maîtrise*, un contrôle dans une vie somme toute relativement ordinaire (« *J'avais ma maison, grande maison là-bas, quatre chambres, salon, cuisine, douche, tout, oui, hein ? Oui ! Oui. J'avais ! J'avais des maisons.*

*Et des maisons à côté (...) Je manquais pas de place pour habiter. Tu vois ? Je manquais pas. Je manquais pas d'argent » - Espérance) ; dans une vie où existaient du soutien social ou des réseaux d'entraide et de solidarité ; dans une vie où pour le moins, ils maîtrisaient la langue. Après ces premières ruptures, surgissent l'intenable au temps et l'irreprésentable violence de cette précarité ; la mise en incompetence en est un corolaire, le temps agissant comme une longue dépossession de soi et de ses moyens et il faut pourtant faire face. Nous avons donc des usagers qui s'ils le pouvaient, feraient, s'activeraient mais les contraintes administratives ou légales les en empêchent. Leurs compétences sont déniées dans ce temps présent, au même titre que leurs diplômes ou leur capacité à travailler ; comme s'ils étaient rendus contraints au non-usage de leurs possibilités, leurs compétences étant remisées et leur présent placé dans les mains de l'institution. Espérance décrit ainsi parfaitement cela : « Ici c'est seulement eux qui peuvent te donner des maisons, toi tu peux pas aller chercher des maisons, moi j'ai dit j'ai pas d'argent, comment je peux aller chercher une maison pour habiter avec les enfants, lui il m'a dit non, c'est eux qui vont te donner une maison » ; dans une certaine objectivation d'elle-même : « On m'a prise, on m'a posée ».*

Nous retrouvons également cette mise en incompetence chez les sujets dont la rupture était relative à une chute, notamment via le chômage ou l'endettement. Eux aussi décrivent ce présent dont ils ne parviennent pas à se sortir. M. Nanni par exemple nous expliquera ses ambitions universitaires, jugulées en l'état par l'endettement et sa vie à la rue ; M. Landel évoquera sa recherche d'emploi jusque-là infructueuse (venant d'épuiser alors ses droits ARE) ; Claudius, son surendettement, attendant de devenir parfaitement insolvable pour sortir complètement de la rue.

Finalement, pour ces usagers (notamment demandeurs d'asile ou en situation irrégulière), les différentes demandes de droit agissent comme des tenants paradoxaux : les certificats de vulnérabilité *versus* tenir-êtr fort ; une demande de domiciliation à défaut d'hébergement ; ou encore une demande d'AME à défaut d'un titre de séjour autorisant une couverture médicale. Il s'agit alors d'être considéré par défaut, d'exister par défaut, en creux, à travers les vides du recours. Tout cela vient nécessairement impacter l'identité individuelle et sociale des individus.

Les PASS et EMPP interviennent alors elles aussi *en creux*, à défaut, en fonction de ce qui existe/n'existe pas dans les institutions (par exemple sur les services d'urgence). Elles viennent redonner de l'identité, remettre de l'humain, remettre de la compétence (au moins symbolique, par l'écoute active et singulière) en opposition au système administratif et légal. Néanmoins, nous observons une nouvelle mise en miroir entre usagers et dispositifs :

- Le difficile accès aux droits et aux soins crée tout autant de la mise en incapacité chez les usagers que de la mise en incapacité chez les professionnels (au sens large) ;
- Les non-recours de certaines catégories d'usagers mis en incapacité créent de la mise en incapacité chez les professionnels.

### Projection et *mise en incapacité*

Car en effet, chez les usagers témoignant d'une rupture absolue et imposée, c'est davantage à une mise en incapacité que nous avons affaire ; s'ils peuvent ou savent, ils ne le veulent pas ou ne sont pas en capacité de le désirer ou de le faire. La centration psychologique porte sur aujourd'hui ; les projections n'existent pas ou peu (voir supra) : « *souvent, il y a l'incapacité de pouvoir, et oui, c'est un symptôme* » (infirmier d'EMPP) devenant ainsi d'« *étranges étrangers, plus étrangers que les étrangers* » (infirmière d'EMPP). C'est de nouveau la question de la négociation et de la patience que nous retrouvons ici ; elles se construisent avec le patient : lui faire entendre la nécessité du/d'un soin, du prendre soin, et puis honorer les rendez-vous, enfin s'enquérir de soi d'une manière plus générale. C'est le soin de la patience (notamment par la mise en confiance) qui va faciliter ce soin de la négociation. Avec ces usagers-là, il semblerait donc qu'il soit plutôt question d'*enfermement dedans/en dedans de soi* ; et, ce sont les institutions qui se trouvent mises en incapacité puisqu'elles doivent faire face et avec le temps de l'utilisateur.

Si pour les premiers, la projection dans le futur est une nécessité qui aide à tenir, à mobiliser sa force ; pour les seconds, la projection fait écho à une mise en échec, avec la peur de répéter les échecs successifs passés et la rupture avec cette vie cadencée de projets : « *ils sont moins mal dans un entre-deux où ils sont libres de partir, de rester, de pas avoir de projets. Ce sont des gens qui ont été blindés de projets de soin, de projets de vie, machin...* » (infirmière d'EMPP). Ainsi, pour Jonas : « *mon objectif c'est...C'est, je m'en fous un peu, quoi* ». Il s'agit alors pour les professionnels de se saisir du corps physique pour réintégrer le corps social.

### Investissements du corps

À travers cette mise en incompétence/incapacité, c'est également la demande de reconnaissance qui est mise à mal. Que celle-ci s'appuie sur une demande de reconnaissance de son histoire, de son passé ou de ses souffrances ou sur une demande de reconnaissance de son corps ou de ses droits ; la force qu'il faut avoir pour démontrer sa faiblesse, la crainte de ne pas être crû, la peur de l'avenir pour soi ou pour ses enfants créent une mise en faiblesse dans des rapports aux corps distendus et allégoriques. Le corps devient *tout* ce qu'il reste (Dambuyant-Wargny, 2006) et à travers cela, il devient un outil de compréhension et/ou de projection.

Nous avons ainsi observé que le rapport entre la perspective temporelle, le *thémata* force-faiblesse et la prise contextuelle créait différents corps psychosociaux (physique, psychologique et social). Autrement dit, le rapport au corps serait déterminé par le rapport au temps d'une part, le rapport à la force et à la faiblesse d'autre part, le rapport au contexte enfin (ici, dicté par l'accès aux soins et aux droits). Ces différents corps représentent différents profils qui établissent les rapports aux soins, aux droits et à la reconnaissance selon différentes modalités (parmi lesquelles l'annulation, la convocation, la projection ou l'irruption) du temps, de la force et de la faiblesse.

Ainsi dans ce contexte systémique donné (c'est-à-dire au moment de la prise en charge par la PASS ou l'EMPP), nous retrouvons :

- *Le corps stigmatique* : il s'agit ici des sujets qui montrent leurs plaies, plaies stigmatiques qui viennent montrer tout autant la force et la faiblesse ; la demande de reconnaissance porte sur celles-ci. Le sujet convoque le passé, voire s'y projette, comme *enfermé dedans*, sans projection future. Nous sommes dans du recours extrême qui ne tend pas vers la guérison, le corps s'éprouve.

Nous retrouvons ici les sujets impactés par une rupture absolue imposée, essentiellement « grands précaires » et « grands exclus » (M. Bul, Madame Bégonia ou encore le Chevalier Bayard), souvent de nationalité française (dont l'accès aux droits est moins problématique) et que l'on retrouve essentiellement dans de la non-demande, en maraudes ou aux services des urgences. Les plaies, les maladies sont ici anciennes et peu ou pas soignées ; elles sont identifiées et soustraites aux conditions de vie de ces usagers et à leur possibilité (réfractaire) de s'inscrire dans un parcours de soins. Ces éléments du corps physique viennent illustrer l'ensemble du corps, l'ensemble de l'histoire ; le corps est mis en scène et devient l'expression de la psyché.

- *Le corps symbolique* : Il s'agit ici des sujets qui viennent soigner « ce qui dépasse », ce qui fait stigmaté et douleur. Passé et futur ne sont ni convoqués ni projetés, seule compte la force pour tenir au présent. La faiblesse fait irruption (notamment par la maladie et/ou la douleur), le but est de l'annuler. Il n'y a pas de recours, il se fait dans l'urgence et dans le juste nécessaire. Il n'y a pas de demande de reconnaissance. Ce sont des usagers que les PASS/EMPP rencontrent lors des maraudes ou aux services des urgences. Les plaies, même anciennes, sont identifiées et les usagers se contentent de soigner l'intenable. Elles sont liées le plus souvent à leur condition de vie (notamment pratiques mais aussi addictives) avec des pathologies lourdes (hépatite, tuberculose, ascite, ...).

Nous retrouvons ici les sujets dans une rupture absolue, imposée ou décidée, essentiellement migrants en situation irrégulière et avec force, les migrants d'origine polonaise (M. Scotto, M. Mwapo, Festina, Claudius,...).

- *Le corps projet* : Chez ceux-là, le recours se fait via la projection de la faiblesse du corps. C'est avec et par celle-ci que l'on pense pouvoir accéder aux droits. Le passé surgit tout autant qu'il projette parce que la rupture était extraordinaire ou décidée. Il y a parfois de la nostalgie, de la culpabilité ; des fois donc le passé survient. La force est symboliquement annulée pour laisser place à la faiblesse, convoquée pour être reconnue. Le corps défaillant devient un corps projet. Il y a demande de reconnaissance tant du passé que de la faiblesse. Ce sont des patients rencontrés essentiellement dans les permanences des PASS avec des pathologies diverses et pas toujours évidentes.

Nous retrouvons ici les patients essentiellement demandeurs d'asile, comme par exemple Madame Kahasol ou l'homme à la béquille sus évoqué, qui tentent par la maladie d'obtenir un titre de séjour.

- *Le corps témoin* : Le corps (physique ou psychique) est ici témoin des violences passées. Il s'agit de montrer son passé via son corps (ou son témoignage). Le passé fait irruption au sens où il revient, on le convoque pour démontrer son droit. L'on se projette dans le futur avec une force inattendue mais nécessaire au projet (notamment pour les enfants). La demande de reconnaissance porte sur le passé, sur la force qu'il a fallu pour le traverser, sur la faiblesse (notamment psychologique) qu'il a créé. Leurs rencontres se produisent essentiellement dans les permanences des PASS ou dans les interventions des EMPP dans les Cada. Les pathologies ici sont diverses (notamment « psys ») mais ne sont pas surexposées. Nous sommes ici en présence d'usagers essentiellement demandeurs d'asile, dans des ruptures relatives à l'extraordinaire (liées notamment à la guerre, aux menaces etc.) comme Madame Holohama, M. Tone, Madame Wauta ou encore Espérance.

- *Le corps objet* : ici, le passé ne compte plus et il est question d'en faire abstraction. Le sujet l'a fui mais doit le convoquer parce qu'il explique cette fuite. La faiblesse fait irruption dans l'inattendu du présent mais elle est parallèlement annulée. Il s'agit de faire reconnaître sa force parce que la rupture était décidée et le recours

se fait par cette reconnaissance. Le corps est objet car il n'est pas forcément « plaintif », on ne le montre pas, on le dit. Il est projeté vers demain. On vient le faire soigner car il est utilitaire, il est nécessaire qu'il fonctionne pour être fort et pour maintenir le projet. Ce sont des usagers rencontrés pour l'essentiel dans les permanences des PASS, le plus souvent suite à une visite aux urgences c'est-à-dire que la demande porte sur une atteinte somatique identifiée (un pied, un bras ou un nez cassé, une plaie infectée, ...).

Ce sont les sujets qui ont fui la violence d'un proche ou des conditions de vie difficiles : Madame Isidima, Antoine et Marius, Melle Anna, César, Ausarta,...

- *Le corps limite* : Nous retrouvons ici les sujets dont la rupture a été incarnée par la chute, par l'inattendu et qui est perçue comme soudaine. Aussi, le passé est tantôt convoqué (comme un passé meilleur), tantôt projeté (avec nostalgie, regret et culpabilité), tantôt perçu dans l'irruption par la soudaineté de l'épreuve. Les individus sont comme hagards ; ils projettent néanmoins sur un futur où les choses sont censées s'arranger (comme une *mauvaise passe*). La force est annulée par la sidération tout autant que convoquée, parce qu'en attendant, il faut tenir. La faiblesse fait irruption notamment via la douleur, le corps montre ses limites. Il peut ainsi s'agir des limites imposées par le trépignement (les pieds abîmés par exemple), par la douleur (les dents par exemple) ou encore suite à une agression. Il s'agit là de faire reconnaître l'injustice et la faiblesse dans laquelle elle plonge. L'on retrouve ici essentiellement les « nouveaux » précaires comme par exemple M. Nanni, le jeune braqueur ou encore M. Landel.

Ces représentations corporelles semblent venir en contradiction avec les attentes réelles ou supposées du corps administratif. La représentation et l'usage que les patients font alors de leur corps traduisent tout autant les ruptures, les capacités à se projeter et la mobilisation de sa force/faiblesse. La souffrance devient fonctionnelle. C'est dans ces injonctions contradictoires qu'elle se montre : devenant performative pour certains, devenant corps et projets pour d'autres, devenant traces et nouvelles ruptures pour d'autres enfin. Cette utilisation du

corps performe ainsi tant le tenir que le projet (pour hier, aujourd'hui ou demain), le lâcher-prise devenant l'écho de l'irreprésentable (d'hier, aujourd'hui ou demain).

Finalement, si l'on tente d'associer les différents éléments pris en considération à savoir la nature des ruptures, les relations au passé/présent/futur, les rapports à la force-faiblesse et la demande de reconnaissance, nous constatons que :

- Les usagers témoignant d'une rupture absolue (imposée ou décidée) ont un rapport au corps essentiellement stigmatisé, symbolique ou objecté. Ils entretiennent des rapports distendus aux temps, tantôt convoqués, tantôt annulés. C'est essentiellement la force qui est convoquée et projetée, c'est sur elle que porte la demande de reconnaissance.
- Les usagers témoignant d'une rupture relative (à l'extraordinaire ou à la chute) ont un rapport au corps essentiellement sous l'angle du projet, du témoignage ou de ses limites. C'est essentiellement le rapport aux temps qui est invoqué avec un passé convoqué, projeté ; un présent qui fait irruption et un futur qui se fait dans la projection. La demande de reconnaissance porte sur le passé, sur le futur mais aussi sur la faiblesse.

Ainsi, ce qui semble essentiellement faire souffrance pour les uns tient à un rapport aux temps, principalement au passé qui est complexe et douloureux. Les usagers désirent être reconnus dans leur force, cette force qui leur permet/leur a permis de tenir. Pour les autres, le rapport aux temps est plus réfléchi, ce qui fait souffrance tient à ce qu'ils ont vécu et ce qu'ils voudraient vivre. La demande de reconnaissance axée sur la faiblesse rejoint cette représentation du temps en ce sens qu'il s'agit de faire reconnaître la violence passée et présente.

Les expériences de migration et de précarité, ainsi que celles du (non)recours aux droits et aux soins, ont été analysées ici dans des rapports aux temps, au corps, notamment dans les possibilités du *tenir* et du *lâcher-prise*. D'un côté, la perspective temporelle (Fieulaine, 2007 ; Lewin, 1951) semble marquer les (non)demandes adressées aux professionnels des PASS et des EMPP à travers des représentations du corps empreintes de force et de faiblesse. De l'autre, différentes modalités du non recours (non-demandes, non-réceptions, non-connaissances) (Warin, 2010) alliées à l'omnipotence du présent et la mise en question du futur semblent créer *mise en incompétence* ou *mise en incapacité*. Enfin, il semblerait que ces catégories d'expérience (Creed & Machin, 2003) peuvent nous indiquer une souffrance psychosociale, de manière commune à des histoires de vie pourtant toutes différentes.

### 1. Perspectives temporelles, corporelles, force et faiblesse

À travers cette enquête, nous avons ainsi mis en évidence la saillance de la perspective temporelle dans les parcours de soins et de droits. Aussi, l'antinomie force-faiblesse apparaît comme centrale dans ces mêmes parcours. Perspectives temporelles et représentations du corps construisent les manières dont les sujets pensent et signifient leur expérience dans ces situations de recours aux PASS/EMPP. Elles agissent dans les (non-)demandes de reconnaissance des sujets.

Elles s'entremêlent aussi très souvent dans ces dynamiques. Les différents types de ruptures passées distingués dans nos résultats sont en lien avec des rapports au tenir ou au lâcher-prise.

La question de la perspective temporelle, le rapport à la force et à la faiblesse et la nécessité de la reconnaissance participent ainsi à l'imbrication des demandes et des souffrances observées dans les dispositifs. Il existe différentes modalités d'imbrication en fonction des types de ruptures, qui déterminent des rapports aux temps (notamment

présent, dans son omnipotence ou son saisissement) et des rapports au tenir ou au lâcher-prise. La prise en compte de la nature de ces ruptures semble donc pouvoir nous orienter vers la compréhension des demandes exprimées par les usagers au travers notamment de l'inscription ou non de l'individu dans un parcours de soins et de droits et au travers de la demande spécifique de reconnaissance (c'est-à-dire être reconnu pour son passé, son présent, son futur et/ou être reconnu dans sa force et sa faiblesse).

Ainsi, nous avons souvent observé des représentations du temps fortement séquencées par les ruptures du passé et les difficiles projections sur l'avenir tant le présent semble omnipotent voire omnipuissant, résultats que l'on observe plus généralement concernant la question de la précarité (Fieulaine, 2007). Les usagers décrivent ainsi leurs rapports à un passé marqué par les ruptures, que celles-ci soient spatiales et/ou temporelles et que celles-ci soient absolues ou relatives. En dehors des individus qui témoignent d'une rupture originelle (absolue imposée), tous les autres font état d'une cassure nette entre un avant et un après, rompant avec une vie décrite tantôt comme difficile (rupture absolue décidée) tantôt comme bonne et ordinaire (ruptures relatives à l'extraordinaire ou à la chute). Le passé est alors difficilement pensable voire impensable, représenté comme quelque chose que l'on ne souhaite plus voir apparaître ou au contraire, dont on craint qu'il ne réapparaisse jamais. Si la nostalgie ou la culpabilité habite certains d'entre eux, c'est pour d'autres bien au contraire la détermination à rompre avec le passé qui les occupe. Néanmoins, pour les uns comme pour les autres, la violence et la désillusion du présent questionnent les projets à venir. Le présent, dans sa précarité et dans sa fixité, vient alors redoubler les ruptures d'hier, les réinterroger et avec cela, questionner la légitimité de ses projets.

Aussi, il nous semble important de prendre en compte la nature des ruptures évoquées par les usagers car celles-ci viennent signer une inscription spécifique dans le droit et dans le soin mais viennent surtout signer une demande spécifique de reconnaissance. Nous avons ainsi observé en quoi une demande de reconnaissance à travers les perspectives temporelles et/ou de la force-faiblesse pouvait impacter les recours des individus et ce, de manière assez caractéristique.

Les représentations que l'individu a de son passé, présent et futur semblent donc influencer voire déterminer les représentations de sa force et de sa faiblesse et par extension celles de son corps (et de l'usage qu'il peut/doit en faire). Il est donc bien question ici de situations, de contextes, marqués par l'omnipotence du présent, qui créent ou cachent les souffrances tout autant que les (non)recours.

Les ruptures (absolues ou relatives) contribuent ainsi à construire un rapport au présent et un rapport au futur (notamment en termes de projection). Or, le contexte d'accès aux droits et aux soins, par sa complexité et les temps longs d'attente (voire la non-réception, la non-reconnaissance et l'exclusion qu'il produit), vient modeler les rapports au présent et au futur notamment avec la question de la force et de la faiblesse : la force qu'il faut avoir pour tenir dans l'épreuve à laquelle les sujets font face et la faiblesse qu'il faut démontrer pour recourir.

## 2. *Mise en incompetence vs mise en incapacité*

*Mise en incompetence et mise en incapacité* sont des résultats centraux de notre enquête. En effet, dans la centration présente, la question du pouvoir et de la puissance des sujets devient primordiale. S'il est question de pouvoir tenir et s'activer, cette injonction normative inscrite dans les dispositifs de l'action sociale contemporaine (Thomas, 2010) est très souvent niée aux sujets. Ils ressentent de l'impuissance à agir devant un système administratif et légal, devant un droit qui déshumanise tout autant qu'il peut enfermer, figer dans un statut, dans une identité et un présent aussi obnubilant qu'empêchant. Certains usagers nous sont ainsi apparus comme *étourdis* par ces assignations temporelles et identitaires faisant état d'une certaine impuissance à agir malgré leur volonté de s'activer. Il y a alors pour eux quelque chose d'assez incompréhensible et perçu comme illégitime et injuste, traduisant l'écart entre leurs actions et les résultats obtenus. Ceci est particulièrement le cas avec les demandeurs d'asile qui estiment leurs demandes particulièrement légitimes, notamment au regard de leur histoire (marquée par des ruptures dont ils ne se sentent pas responsables), de leurs souffrances, et de leur détermination à se projeter dans l'avenir. C'est alors d'une mise en incompetence dont ils font état, leurs discours étant ainsi ponctués de locutions

signifiant le fait de ne pas savoir, de ne pas avoir, de ne pas pouvoir, se sentant comme désarmés et bloqués dans leur situation. Cette mise en incompetence crée ainsi des rapports au corps et au temps distendus et ambigus, des projections futures difficiles, des angoisses ainsi que de l'insécurité créant de ce fait d'autres ruptures, de la dépossession et de l'objectivation de soi voire de l'incorporation du stigmaté ; créant parfois un fort sentiment d'injustice. Leurs compétences sont remisées et leur présent placé dans les mains de l'institution. Ils décrivent alors ce sentiment de ne plus avoir acte sur leur devenir.

À l'inverse, la *mise en incapacité* agit différemment puisqu'il n'est plus question de puissance mais de pouvoir. Si les premiers (mis en incompetence) ne peuvent pas, les seconds ne veulent pas ou ne sont pas en capacité de vouloir. Ici, il semble bien que ce soit l'institution et les professionnels des droits et du soin qui se trouvent mis en incompetence par des individus qui, au contraire des précédents, ont une centration voulue sur le présent et un rapport au corps idoine, engendrant des non-demandes de soins. Ils expriment et font le choix de ne pas s'activer ou *a minima*, construisent des recours marqués par la non-demande et/ou la demande minimale et *in extremis*. Nous avons là des usagers qui témoignent (ou en tout cas *mettent en scène*) une forme de maîtrise de leur situation et de leur corps.

### 3. Les catégories de l'expérience

Le rapport au corps semble alors se figurer dans un rapport au pouvoir d'agir (au propre comme au figuré). Nous observons donc des parcours positionnels entre force et faiblesse, les individus tentant de lier les injonctions paradoxales de ces dernières. Étrangement, cette tension si elle tend, semble également porter, notamment l'espoir d'entrer dans autre chose, ce pour quoi la rupture était intervenue. Pour les professionnels des dispositifs, il s'agit alors de trouver dans la réalité ce qui permet d'agir. Le passé, le présent sont saisis comme des armes de communication : il s'agit de représenter les usagers, faire *effet* (là aussi, au propre comme au figuré) notamment au regard du système administratif et légal. Le recours à la PASS ou aux EMPP semble venir incarner une prise en charge totale avec pour fonction de réduire les écarts, de raccrocher

au temps, aux droits et aux soins ; de recréer de l'histoire (pour hier, aujourd'hui et demain) et à travers elle, recréer de l'identité sociale ; en somme, sortir les sujets de l'extraordinaire pour les réinscrire dans l'ordinaire et le commun.

Il semblerait donc nécessaire d'objectiver les phénomènes et non plus les personnes, sortir de la plainte et de l'individuel afin de réinscrire les choses dans un monde commun. Ce « monde commun » de l'expérience, et la compréhension des souffrances, mais aussi des résistances et « faire-face » qui s'y expriment, peuvent être, suite à ce travail d'enquête, conçus comme étayés sur le croisement de deux systèmes de tension, l'un questionnant le rapport force/faiblesse, et le second mettant en jeu le rapport au temps, au passé, au présent et au futur. Une telle mise en perspective des recours aux droits et aux soins souligne la nécessité de porter le regard sur des situations davantage que sur des catégories, situations toujours singulières mais que ces dimensions d'analyse permettent potentiellement de rendre intelligibles, tant pour la compréhension que pour l'action.

## ∞ Références bibliographiques

---

Appay, B. (1997). Précarisation sociale et restructurations productives. In B. Appay et A. Thébaud-Mony (Dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris, IRESO, pp. 509-553.

Bauer, D. & Maresca, B. (1992). Lignes de vie. Méthodologie de recueil et de traitement des données biographiques. Le cas des carrières et trajectoires professionnelles, *Cahier de Recherche du CREDOC*, 37, mai 92.

Beaud, S., & Weber, F. (1997/2003). *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*. Paris, France : La découverte.

Beiser, M. (1987). Changing time perspective and mental health among Southeast Asian refugees. *Culture, medicine and psychiatry*, 11(4), 437-464

Boltanski, L. (1993/2007). *La souffrance à distance*. Paris, France : Editions Gallimard.

- Boltanski, L. (2013). Inégalités et classes sociales. Quelles entités pour quelles sociologies. In J. Christ & F. Nicodème (Éds.), *L'injustice sociale. Quelles voies pour la critique ?* (pp. 79-102). Paris : Presses Universitaires de France.
- Castel R., Enriquez E., Stevens H. (2008). D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? *Sociologies Pratiques*, 17(2), 15-27.
- Chambon, N. (2013). Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement. *Rhizome*, 48, 5-6.
- Chambon, N. ; Le Goff, G. & Cochet, P. (2013). Le migrant précaire PASSe à l'hôpital public, *Rhizome*, 48, 13.
- Chauvier, E. (2011). Anthropologie de l'ordinaire. Une conversion du regard. Toulouse : Anacharsis, coll. Essais.
- Creed, P. A., & Machin, M. A. (2003). Multidimensional properties of the Access to Categories of Experience scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(2), 85.
- Dambuyant-Wargny, G. (2006). Quand on n'a plus que son corps. Paris : Armand Colin.
- De Coninck, F. & Godard, F. (1989). L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation : les formes temporelles de la causalité. *Revue française de sociologie*, 31/ 1, 23-53.
- Fassin, D. (2010). *Les nouvelles frontières de la société française*. La Découverte. Paris : Gallimard.
- Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts*. Paris : Gallimard.
- Fieulaine, N. (2006). *Enquête « Précarité-Temporalité-Santé »*. Convention N° 2006-901-JE2408 GERA-R-502 ; GERA-Université Lyon 2/ CETAF/CPAM (St Etienne & Lyon).
- Fieulaine, N. (2007). *Le CELP, son image et ses publics : Fonctions urbaines et dispositifs de prévention*. Rapport final de l'étude-action « Centre d'Échanges de Lyon-Perrache ».
- Fieulaine, N., & Apostolidis, T. (2015). Precariousness as a time horizon : How poverty and social insecurity shape individuals' time perspectives. In M. Stolarski, N. Fieulaine &

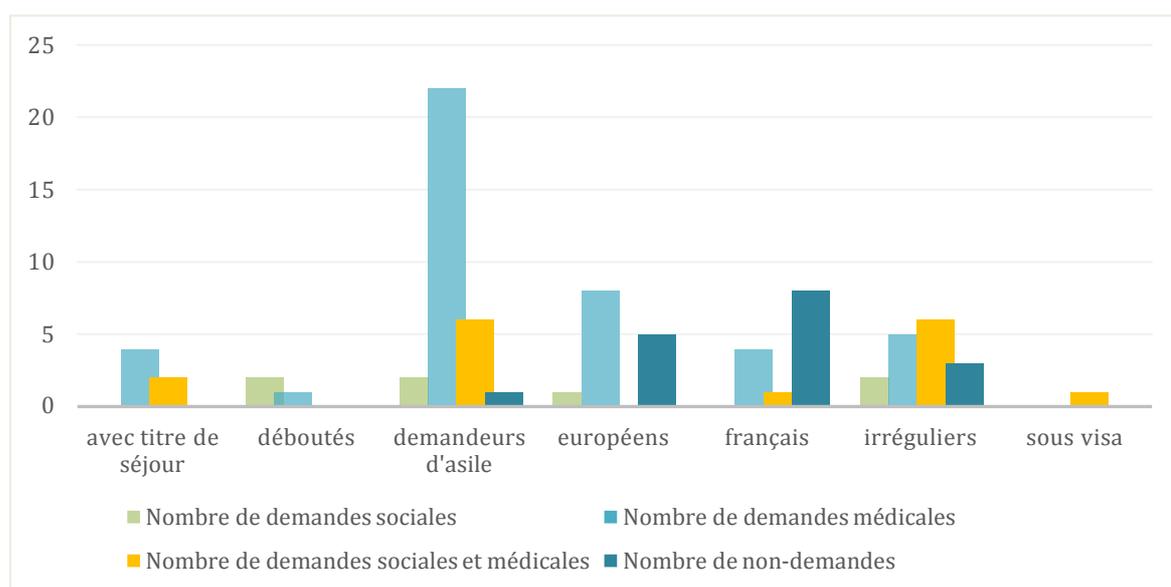
- W. Vanbeek (Dir.) *Time Perspective Theory ; Review, Research and Application* (pp. 213-228). New York, Springer.
- Flick, U. (1992). Triangulation revisited : strategy of validation or alternative?. *Journal for the theory of social behaviour*, 22(2), 175-197.
- Flick, U. (2001). Interpretative social psychology. Qualitative methods in the study of social representations. In F. Buschini, N. Kalampalikis (eds), *Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de Serge Moscovici* (pp. 201-235). Paris : Editions de la maison des sciences de l'homme.
- Flick, U. (2008). *Designing qualitative research*. London, UK : Sage.
- Haas, V., & Masson, E. (2006). La relation à l'autre comme condition à l'entretien. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 71, 77-88.
- Haas, V., & Kalampalikis, N. (2010). Triangulation méthodologique à partir de l'énigme du don de sperme. In E. Masson & E. Michel-Guillou (Eds), *Les différentes facettes de l'objet en psychologie sociale. Le cabinet de curiosités* (pp-59-73). Paris : L'Harmattan.
- Jahoda, G. (1992). Foreword. In J.W. Berry, Y.H. Poortinga, M.H. Segall, & P.R. Dasen (eds.), *Crosscultural psychology : Research and applications* (pp. x-xii). Cambridge : Cambridge University Press.
- Jodelet, D. (2003). Aperçus sur les méthodes qualitatives. In S. Moscovici & F. Buschini (eds.), *Les méthodes en sciences sociales* (pp. 39-160). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Kalampalikis, N. (2007). *Les Grecs et le mythe d'Alexandre. Étude psychosociale d'un conflit symbolique à propos de la Macédoine*. Paris : L'Harmattan.
- Lazarus, A., & Strohl, H. (1995). *Pauvreté, précarité et pathologies mentales : Une souffrance que l'on ne peut plus cacher*. Paris, Rapport à la Délégation interministérielle à la Ville.
- Leclerc-Olive, M. (1998). La temporalité biographique. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, vol. CIV, 1998, 97-120.

- Leclerc-Olive, M. (2002). Temporalités biographiques : Lignes et nœuds. *Temporalistes*, 44 : 33-41.
- Lewin, K. (1942). Time perspective and morale. Republished in Lewin, K. (1997b). *Resolving social conflicts & field theory in social science* (pp. 80–93). Washington : American Psychological Association.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social sciences*. New York, Harper.
- Mead, G.H. (1932). *The philosophy of the present*. Chicago : The University of Chicago Press.
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Paris : PUF.
- Nils, F. & Rimé, B. (2003). L'interview. In S. Moscovici & F. Buschini (eds.), *Les méthodes des sciences humaines* (pp. 165-186). Paris : Presses Universitaires de France.
- Olivier de Sardan, J. P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1, 71-109.
- Olivier de Sardan, J.P. (2003). Observation et description en socio-anthropologie. In G. Blundo & J.P. Olivier de Sardan (eds.). *Pratiques de la description* (pp. 13-39). Paris : EHESS.
- Olivier de Sardan, J.P. (2013). Interdisciplinarité et renouvellement de l'anthropologie africaniste : l'exemple de l'anthropologie médicale. *Anthropologie et Sociétés*, 37/1, 23-43.
- Rancière, J. (2009). *Et tant pis pour les gens fatigués. Entretiens*. Paris : Editions Amsterdam.
- Schutz, A. (1976/2003). *L'étranger : un essai de psychologie sociale*. Editions Allia.
- Simmel, G. (1903). Métropoles et mentalité. In Y. Grafmeyer & I. Joseph (eds.), *L'École de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine* (pp. 61-77). Paris : Éditions Aubier.
- Sullivan, D., Stewart, S. A., & Diefendorf, J. (2015). Simmel's time-space theory : Implications for experience of modernization and place. *Journal of Environmental Psychology*, 41, 45-57.

Thomas, H. (2010). *Les vulnérables : la démocratie contre les pauvres*. Paris : Éditions du Croquant.

Warin, P. (2010). *Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ?* La Vie des idées. URL : <http://www.laviedesidees.fr/Qu-est-ce-que-le-non-recours-aux.html>

Annexe I : Nature des demandes adressées aux PASS



Graphique 1 : Nature des demandes/statuts administratifs

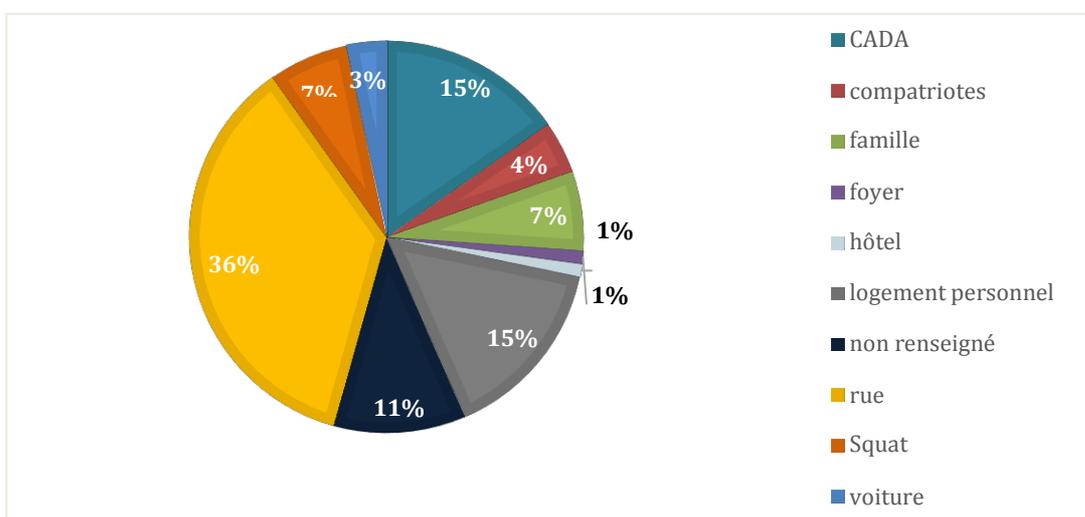
Nous avons examiné la nature des demandes faites par les usagers lors des observations réalisées en consultations sociales et/ou médicales. Celles-ci ont été catégorisées selon le fait qu’elles soient médicales (somatiques ou psychologiques) et/ou sociales (liées à des demandes administratives que celles-ci portent sur l’hébergement, la prise en charge médicale ou d’autres demandes liées aux conditions de vie de l’usager). Nous avons également pris en compte les non-demandes.

Le premier élément que nous pouvons constater ici est la faible quantité de demandes uniquement sociales *versus* la forte demande médicale (notamment chez les demandeurs d'asile). Ainsi, l’on s’adresse à la PASS parce que l’on est malade, le recours aux droits intervient en second lieu, quand il intervient, puisque nous constatons également à travers ce graphique qu’il y a également une importante proportion de non-demandes. Toutefois,

nous constatons que ces non-demandes sont liées à certains statuts administratifs : les français, les européens (UE ou hors UE) ou encore les irréguliers.

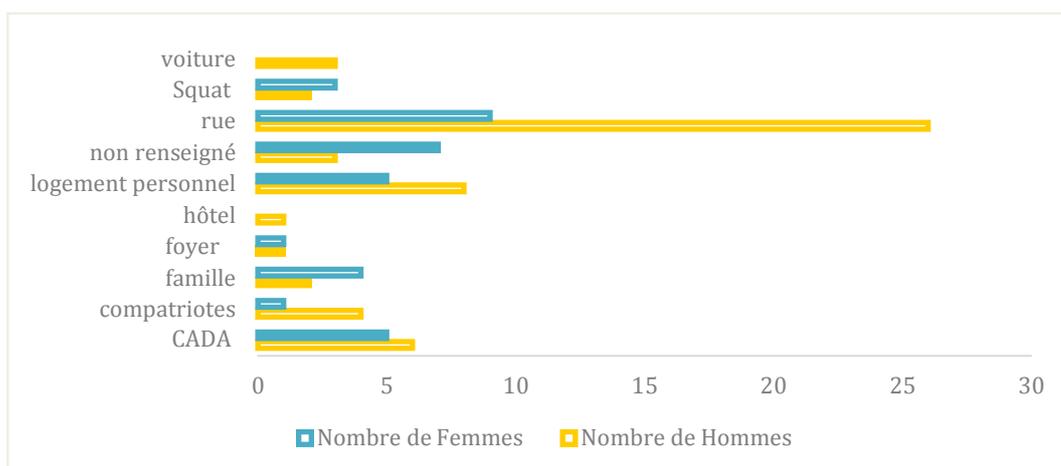
## Annexe II : La problématique du logement

Les problématiques liées à l'hébergement sont parmi les demandes sociales majeures évoquées par les usagers que nous avons observés et ou rencontrés :



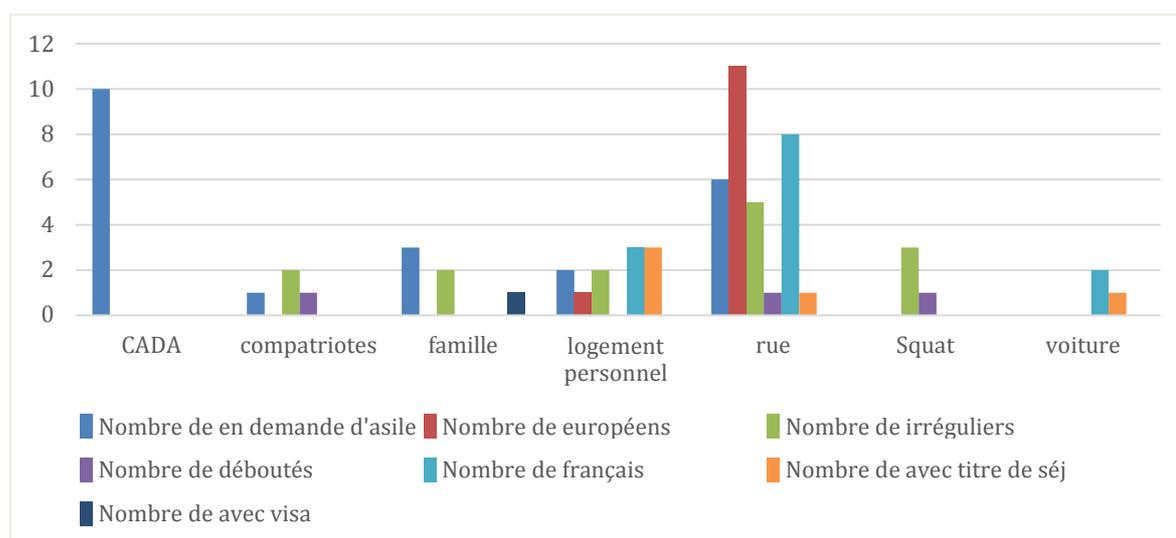
Graphique 2 : Hébergement pour l'ensemble des usagers rencontrés

Si nous observons cette question d'hébergement du point de vue du genre, nous constatons que cette problématique touche plus particulièrement les hommes rencontrés, plus souvent confrontés à une vie à la rue :



Graphique 3 : Répartition de l'hébergement en fonction du genre

Si nous croisons cette problématique de l'hébergement au statut administratif de nos usagers, nous constatons que dans notre échantillon, la rue est principalement occupée par les européens suivis des français, des demandeurs d'asile et des personnes en situation irrégulière. Nous constatons également que si ici, la majorité des sujets en procédure de demande d'asile sont en Cada, ils sont aussi répartis entre les compatriotes, la famille ou un logement personnel ; notons toutefois qu'une importante proportion de notre échantillon en procédure de demande d'asile dort à la rue. Les squats quant à eux sont principalement occupés ici par les personnes en situation irrégulière et par les déboutés<sup>23</sup>.



Graphique 4 : Hébergements et statuts administratifs

<sup>23</sup> Ceux que nous nommons les « déboutés » viennent tout juste d'être déboutés du droit d'asile (dans les 6 derniers mois). Ils se distinguent donc ici des « irréguliers » qui soit ont été déboutés depuis plus longtemps (6 mois et plus) soit n'ont jamais fait de demande de régularisation.

Pour citer ce document :

Deschamps, G. ; Béal, A. & Fieulaine, N. (2016). *Recours aux PASS et aux EMPP : quelles demandes ? Quelles souffrances ?* Rapport d'étude Orspere-Samdarra/CSR Vinatier-Lyon 2.



## Orspere-Samdarra Observatoire-Ressource national Santé mentale et sociétés

---

Cet observatoire national, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon, est dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre. L'équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, sociologue, politiste, anthropologue) travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales (précarités, vulnérabilités, migrations...). L'Orspere-Samdarra édite notamment la revue Rhizome, lue par 50 000 personnes et porte le diplôme universitaire «santé, société, migration».

### Rédaction

Gaëlle Deschamps, Consultante en Psychologie Sociale – Orspere-Samdarra  
*Avec la participation de Arnaud Béal, Psychologue Social ; Docteur, GRePS et Nicolas Fieulaine, Enseignant- Chercheur, GRePS*

### Réalisation de la recherche

Gaëlle Deschamps, Consultante en Psychologie Sociale – Orspere-Samdarra  
Arnaud Béal, Psychologue Social ; Docteur, GRePS  
Gaia Barbieri, Stagiaire Master 2 Psychologie, Université Lyon II

### Relectures

Arnaud Béal, Psychologue Social ; Docteur, GRePS  
Nicolas Fieulaine, Enseignant-Chercheur, GRePS

### Sous la direction de

Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre  
Nicolas Fieulaine, Enseignant-Chercheur, GRePS

### Avec le soutien

de la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS),  
de l'Agence régionale de santé (ARS) et du CSR Vinatier – Université Lyon 2.