

Diplôme Inter-Universitaire

SANTE, SOCIETE, MIGRATION

**L'ACCES AUX SOINS DES MIGRANTS AU SEIN DU  
DISPOSITIF PASS :  
AU CARREFOUR DU SANITAIRE ET DU SOCIAL**

BASSANELLI Véronique  
Assistante sociale  
Juin 2013

## SOMMAIRE

<i>Introduction</i> .....	page 2
<b><u>1ere Partie : Présentation du dispositif PASS :</u></b> .....	page 5
1- Le cadre législatif.....	page 7
2- La PASS du Centre Hospitalier de Feurs.....	page 8
<u>A-</u> Les moyens.....	page 8
<u>B-</u> PASS : Les fonctions d'une première ligne.....	page 8
<u>C-</u> Les missions du dispositif.....	page 9
3- Problématiques des personnes accompagnées .....	page 10
A- Public accueilli .....	page 10
B- Organisation de la Permanence.....	page 10
4- Le professionnel au sein du dispositif et le travail en réseau .....	page 11
<b><u>2<sup>ème</sup> partie : Au carrefour du sanitaire et du social.</u></b> .....	page 14
1- Problématique identitaire.....	page 16
<u>A-</u> Définition.....	page 16
<u>B-</u> La question identitaire pour les personnes migrantes.....	page 17
a) Présentation de la situation de Mr N.A. ... ..	page 17
b) Les effets de la rupture migratoire.....	page 18
2- Demande de reconnaissance.....	page 19
<u>A-</u> Rôles et statuts.....	page 20
<u>B-</u> Le professionnel face à la demande de reconnaissance.....	page 21
3- Identité professionnelle et limites.....	page 22
<u>A-</u> Le concept de « prendre soin ».....	page 23
<u>B-</u> La notion de décentration .....	page 24
<u>C-</u> Présentation de la situation de Mme T. ....	page 25
4- Impulser le travail en réseau .....	page 27
<i>Conclusion</i> .....	page 30
<i>Bibliographie</i> .....	page 32

## Introduction

Assistante sociale au sein d'un Centre Hospitalier, j'exerce depuis cinq ans au sein d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé : je rencontre des personnes et familles de diverses nationalités, avec des problématiques différentes, de cultures différentes... J'ai toujours été curieuse de découvrir et de questionner des façons de vivre autres que la mienne. Tout au long de ma formation et lors de mes diverses expériences professionnelles et bénévoles, j'ai essayé de comprendre les mécanismes qui permettent aux différences de naître, d'exister et j'ai tenté de cerner les phénomènes qui les font parfois « s'entrechoquer ». Mon questionnement ne reste pas figé seulement sur ce qui nous sépare, mais s'élargit aussi à ce qui nous rassemble. Des lectures, des voyages, des rencontres m'ont permis de trouver quelques éléments de réponse mais n'ont cessé d'élargir mes interrogations.

Mon intérêt professionnel s'est de plus en plus dirigé vers ces patients au statut très précaire, sans protection sociale, confrontés à la barrière de la langue, ou dans l'incapacité de formuler une demande... ne leur permettant pas de faire face sereinement à la naissance d'un enfant, à la maladie par exemple ou à tout autre problème de santé. L'idée est d'essayer de comprendre et de rechercher comment mener un accompagnement adapté, tout en faisant en sorte que la personne reste « maîtresse » de sa situation, c'est à elle que revient le dernier mot !

Le poste de travail que j'occupe me place systématiquement au « carrefour » du champ du social et celui du soin. La PASS est d'abord un lieu d'écoute et de fabrique de lien social. Nous tentons dans notre travail au quotidien avec les soignants de ne pas fragmenter l'identité de la personne : Pour soigner, il est nécessaire autant que possible de prendre en compte les facteurs sociaux, sanitaires, culturels et économiques. La prise en charge que nous essayons de proposer est donc interdisciplinaire et globale.

Le public des migrants est fréquemment rencontré lors des permanences d'accès aux soins de santé de notre Centre Hospitalier. Ils utilisent le dispositif de manière récurrente, et nous pouvons admettre qu'ils font partie des publics où la demande de soins est forte. Cependant, j'ai pu remarquer que la prise en charge ou l'accompagnement qui pouvait leur être proposé ne semblait pas toujours correspondre à leurs attentes ou alors de manière incomplète.

Parfois, les actions ou accompagnements que nous proposons à travers le dispositif me renvoie à un sentiment d'impuissance, et j'ai l'impression nous passons à côté de certains besoins. Je m'interroge donc aujourd'hui sur comment améliorer l'accès aux soins des migrants, personnes ou familles aux cultures très différentes, avec ou non la possibilité de formuler une demande de soins ... et cependant confrontées aux limites du dispositif PASS.

Le nœud central de ma réflexion se situera peut être autour de la question suivante : où le social et le médical se rejoignent-t-ils dans le dispositif PASS ?

J'ai choisi pour la réalisation de ce travail de mémoire, d'illustrer mes propos par des exemples pratiques issus de mon travail quotidien au sein du dispositif.

Je formulerai ainsi la problématique de ce mémoire :

Comment l'assistant social exerçant dans les PASS accompagne-t-il le migrant dans ce dispositif au carrefour du soin et du social tout en prenant en considération la globalité de sa situation ?

J'axerai ma réflexion pour ce mémoire autour de l'hypothèse suivante :

- L'assistant social doit prendre en considération tous les facteurs (sociaux, économiques, familiaux, psychologiques, culturels, sanitaires, juridiques...) pour permettre un accompagnement aux soins global et individualisé.

➤ **OUTILS :**

Afin de mener ce travail, je me suis servie d'outils divers : Tout d'abord, tel que je l'ai énoncé en introduction, ma formation initiale et mon expérience en tant que bénévole au sein d'une association gérant un service social et sanitaire auprès des gens du voyage m'ont permis d'orienter le choix de mon sujet de mémoire. Certaines situations rencontrées au cours de ces expériences font écho à la réflexion que je mène aujourd'hui.

Je vais également utiliser les concepts et raisonnements que nous avons pu évoquer avec les différents intervenants du DIU sur l'interculturalité, les parcours migratoires, la rencontre de l'Altérité, les représentations et postures professionnelles, le travail en réseau... L'apport théorique de ce mémoire sera bien sûr complété par des lectures d'ouvrages, d'articles et de documents dont les champs de référence se tourneront plutôt sur le versant sociologique, et anthropologique mais aussi sur celui de la psychologie sociale et du travail social. La bibliographie qui se trouve en fin de mémoire fait état de la variété des auteurs.

**1<sup>ère</sup> partie : Présentation du dispositif PASS**

A travers les siècles, l'accueil et le soin « du pauvre et de l'étranger » à l'hôpital était déjà organisé, dans sa grande mission d'hospitalité<sup>1</sup> (principe d'indifférence aux différences). L'hôpital public a été pendant très longtemps l'asile des pauvres, dépôt de mendicité, établissement de charité accueillant vieillards et incurables. La définition donnée en 1690 par Antoine Furetière dans son « *Essai d'un dictionnaire universel* » correspond bien à cette mission : « l'hôpital général est celui où l'on reçoit tous les mendiants ».

Aujourd'hui, l'hôpital tend à devenir une structure de soin de pointe, du fait de la diversité des spécialités, du nombre croissants d'intervenants et d'actes techniques, des concurrences nouvelles... Sa définition dans le « *Petit Larousse* » illustre le changement de nature de sa mission : « établissement... où sont effectués tous les soins médicaux et chirurgicaux ainsi que les accouchements ». L'institution concentre alors des enjeux économiques et sociaux de notre société moderne. Il existe donc un écart certain entre les principes d'hospitalité et des pratiques parfois discriminantes ou inégalitaires.

Les rapports statistiques, les traités de santé publique, de médecine, de sociologie s'accordent sur le fait que la pauvreté, la précarité, la migration, sont autant de raisons de tomber malade plus souvent et de façon plus grave. Pourtant, notre système de soin fragmenté actuel rend encore plus complexe l'accès au soin pour les patients précaires.

Face à une précarité grandissante et malgré les contraintes budgétaires, l'hôpital public a une responsabilité éthique à accueillir toute personne souffrante. Il se doit donc d'être un acteur moteur de la lutte contre l'exclusion. Pour sa part, l'Etat doit être garant de l'accès aux soins de santé pour tous et plus particulièrement des populations les plus démunies. En impulsant donc la création des PASS à la fin des années 90, l'Etat met donc un outil à la disposition des hôpitaux pour remplir leur mission sociale.

---

<sup>1</sup> Définition : Accueil, hébergement des pèlerins, des voyageurs, des indigents dans des maisons hospitalières. (Ds ROB., *Lar. Lang. fr.*)

## **1- Le cadre Législatif :**

L'accès aux soins des individus, indépendamment de leur statut et de leur origine nationale, est un droit fondamental édicté dans toutes les conventions, les chartes, les traités, les conférences mondiales et les normes juridiques internationales.<sup>2</sup>

Anne-Cécile HOYEZ<sup>3</sup>

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé sont issues de la loi de « lutte contre les exclusions » de 1998. A cette époque, la prise en compte de la précarité dans le système de soins français était une priorité gouvernementale : l'article 71 de la Loi de 1998 mentionne « les établissements publics de santé (...) mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter l'accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ».

La circulaire du 17 décembre 1998 précise le dispositif : « permanences hospitalières médico-sociales dont l'objectif est le repérage, la prise en charge médicale et sociale, la facilitation de l'accès effectif aux soins, et à l'intégration dans un réseau sanitaire et social d'amont et d'aval des personnes en difficulté ».

Malgré cette définition officielle, les établissements publics de santé ont pu interpréter de différentes manières la concrétisation du dispositif PASS. De ce fait, au sein de chaque structure, les PASS, lorsqu'elles existent, ont une organisation différente et les missions assurées prennent elles aussi diverses formes. Ces permanences offrent un accueil social dans le but de faciliter à l'utilisateur l'accès au système de santé, l'accompagner dans les démarches d'accès aux droits, ainsi que permettre l'accès aux consultations médicales. Dans la réalité, l'activité des PASS est très hétérogène dans le fonctionnement, la forme et la taille des équipes qui les composent et l'inscription dans leur environnement est très variable en fonction de l'institution où elles sont situées.

---

<sup>2</sup> OMS 2005 ;

<sup>3</sup> Anne-Cécile HOYEZ – « l'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale », cybergeographie : European journal of Geography, Espace, Société, Territoire, document 566, mis en ligne en 2011.



Pour son financement, l'activité des PASS entre dans le budget de l'hôpital au titre des missions d'intérêt général (MIG) financées par l'Agence Régionale de Santé.

## **2- La PASS du Centre Hospitalier de Feurs :**

Le Centre Hospitalier de Feurs est un établissement public de santé situé sur un bassin géographique semi urbain d'environ 50 000 habitants. La PASS a été créée en Mai 2004 sur notre établissement avec au départ la mise en place de 0.35ETP d'assistante sociale, pour permettre ce nouvel « accueil » pour les patients en situation de précarité.

### **A- Les Moyens :**

La permanence est principalement sociale, et la direction de l'établissement a décidé de consacrer 0.9ETP au dispositif : deux assistantes sociales interviennent à temps partiel sur les missions d'accès aux soins des publics en situation de précarité.

Actuellement, La PASS ne dispose pas d'une consultation médicale spécifique comme c'est parfois le cas dans d'autres hôpitaux, les patients sont pris en charge dans le flux des urgences, des services d'hospitalisation ou des consultations spécialisées. Elle s'appuie donc sur une organisation hospitalière déjà existante. Un médecin urgentiste est référent du dispositif sur le Centre Hospitalier, mais n'a pas de temps dédié à cette activité.

Le choix de l'acteur « à la tête » du dispositif est déterminant dans la forme qu'il prend, dans l'orientation de ses missions, et dans la conception de l'accès aux soins.

### **B- PASS : Les fonctions d'une première ligne**

« On ne sait pas où aller, on ne sait pas comment faire, on ne sait pas combien on va devoir payer, on ne sait pas si nous avons le droit, on ne sait pas ce que l'on va nous dire... A entendre la multiplicité de ces demandes portées par des usagers du système de santé ou par

ceux qui les accompagnent ou les représentent dans le cadre d'associations (...) la difficulté à entrer dans le système de soins est un véritable leitmotiv »<sup>4</sup>.

Notre mission première est donc l'accueil des publics en situation de précarité, vulnérables, et plus particulièrement ceux qui rencontrent des difficultés à s'orienter dans le système de soins.

Nous évitons ainsi que ces personnes recourent aux urgences n'ayant pas trouvé d'autres solution d'« accueil et d'écoute ».

### **C- Les missions du dispositif :**

Les objectifs principaux des travailleurs sociaux au sein de la permanence s'articulent ainsi :

- 1 - repérer/identifier les situations de précarité
- 2 - favoriser l'accès aux droits
- 3 - faciliter l'accès aux médicaments des patients en situation de précarité
- 4 - participer à la construction et au développement du réseau partenarial (professionnels de santé et professionnels du social)
- 5 - contribuer à la formation des professionnels intra hospitaliers aux problématiques liées à la précarité

Des protocoles en interne ont donc été mis en place en 2004 et 2005 pour réaliser ces objectifs le plus rapidement possible (exemple : protocole de délivrance gratuite de médicaments, travaillé avec le pharmacien hospitalier et le service qualité).

A l'hôpital de Feurs, la distinction des patients relevant ou non du dispositif PASS a été voulue la plus neutre possible : c'est à partir du tampon du dispositif sur les ordonnances qu'elle s'opère. L'inscription dans le dispositif PASS permet aux usagers d'accéder à l'ensemble des actes et services de l'hôpital (consultations, examens, pharmacie, hospitalisation,...) sans payer ni présenter de justificatifs de couverture maladie. Les

---

<sup>4</sup> Travaux préparatoires « santé et accès aux soins : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins »  
Conférence Nationale de lutte contre la Pauvreté et pour l'inclusion sociale, 29 novembre 2012

personnes en situation de précarité sont accueillies avec la patientèle habituelle des services et patientent dans les mêmes salles d'attente.

Leur parcours hospitalier ne se distingue donc que par la rencontre avec l'intervenant social de la PASS qui organise les soins et les aide à obtenir une protection sociale.

### **3- Problématiques des personnes accompagnées**

#### **A- Public accueilli :**

Le dispositif au sein du Centre Hospitalier de Feurs est sollicité en grande partie par des personnes migrantes représentant 48% des personnes ou familles rencontrées. On peut noter que ces usagers ont une forte demande de soins, et un phénomène de répétition de la demande médicale est observé pour plus de la moitié de ces situations.

A la PASS, nous rencontrons des personnes aux statuts administratifs divers : en demande d'asile, déboutées, des personnes en situation irrégulière et des Communautaires (ressortissants italiens, portugais, bulgares majoritairement).

Le public migrant pris en charge au sein de la PASS nécessite une approche particulière puisqu'il est nécessaire de prendre en compte les facteurs transculturels, ceux liés à la précarité, à l'isolement, à la vulnérabilité, post-traumatiques parfois... Tous ces facteurs interagissent sur la santé des personnes et nous confrontent en tant que professionnel au « flou » de nos champs d'intervention.

Dans la seconde partie de ce mémoire, nous nous intéresserons plus spécifiquement à ce public migrant accueilli au sein de la PASS.

#### **B- Organisation de la Permanence :**

Le travailleur social au sein du dispositif propose un accueil, une évaluation, et des interventions destinées à favoriser l'accès aux soins. L'utilisateur est donc systématiquement accueilli par une assistante sociale qui recueille les premiers éléments nécessaires à la constitution du dossier :

- évaluation de la situation sociale personnelle (parcours, vécu, composition familiale, droit au séjour, emploi, ...). Lors de l'accueil des usagers, le travailleur social essaie de prendre en compte les usagers dans leur globalité : facteurs sociaux, facteurs culturels, facteurs économiques...
- étude des droits potentiels

Elle peut conseiller, orienter vers les organismes de protection sociale ou bien accompagner la personne dans ses diverses démarches de recherche de droits potentiels.

Au sein de notre PASS « somatique », l'assistante sociale doit également évaluer l'urgence de la demande de soins au cas par cas : Notre dispositif ne disposant pas de temps médical dédié, nous orientons les usagers vers un médecin selon leurs « plaintes ». Lorsque le patient rencontre le médecin urgentiste référent PASS, celui-ci effectue un examen médical, il peut prescrire des examens biologiques ou d'imagerie, orienter sur un confrère spécialiste et délivrer une ordonnance.

Sous certaines conditions, le patient peut ensuite se faire délivrer par la pharmacie hospitalière sans frais et temporairement les médicaments prescrits.

Le but ultime du dispositif est le retour du patient dans le système de droit commun dès récupération de ses droits, mais dans la réalité, nous nous apercevons que même après l'obtention d'une couverture maladie, la continuité des soins n'est pas garantie : Certains usagers continuent de fréquenter la PASS parce qu'ils s'y sentent à l'aise, qu'ils ont tissé une relation de confiance, ou parce que la faiblesse de leurs ressources les empêche d'avancer les frais médicaux ou de payer le ticket modérateur, ou à cause de la discrimination subie dans l'accès aux soins....

#### 4- **Le professionnel au sein du dispositif et le travail en réseau :**

L'accompagnement social que nous proposons au sein de ce dispositif n'est pas là où se traite l'essentiel du soin, mais il est un chemin pour parvenir à une réponse adaptée à la souffrance du patient. En tant que professionnelles, nous sommes relativement isolées pour

faire face aux nombreuses demandes du public migrant accueilli et nous sommes très souvent démunies devant certaines sollicitations.

Il me semble néanmoins que les problèmes médicaux ou médico-sociaux exprimés lors des premiers entretiens rappellent une demande sous-jacente de relation, de réparation et de reconnaissance.

La diversité des risques qui fragilisent les personnes étrangères en situation précaire justifie souvent une prise en charge longue, reposant sur des intervenants dynamiques pour une pratique patiente, ouverte et parfois innovante.

Les partenaires institutionnels/associatifs sont le socle du travail en réseau de la PASS. La richesse du travail entrepris résulte évidemment du degré d'implication de chacun. L'activité de la PASS dépend complètement de ce travail en réseau : Les patients qui utilisent ce dispositif sont adressés par nos partenaires, c'est pourquoi la visibilité de nos missions et de notre travail est primordiale dans le fonctionnement de la structure.

- *Institutions sanitaires et sociales :*

Conseil Général (Service Social Départemental, Protection Maternelle et Infantile, Aide Sociale à l'Enfance...)

Centres Communaux d'Action Sociale

Préfecture

Caisses d'Assurance Maladie

Education Nationale

- *Structures diverses d'accueil, d'accompagnement, d'hébergement, de soins....*

Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale

Mission Locale et Pôle Emploi

Centres médico-psychologiques

Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie,

Associations caritatives diverses (Croix Rouge, Restos du Cœurs...)

Equipe mobile santé mentale/précarité

*- Médecins libéraux, Infirmières libérales*

Il est à noter que peu de professionnels libéraux ont le temps de s'investir dans le réseau.

L'Agence Régionale de Santé, quant à elle, a un rôle moteur pour la PASS, notamment de financeur et d'évaluateur. Chaque année, un comité de pilotage est organisé au sein de l'hôpital avec la présence de l'ARS et sont conviés les divers partenaires travaillant directement auprès des populations en situation de vulnérabilité.

**Au carrefour du sanitaire et du social**

Les acteurs sociaux au sein des permanences d'accès aux soins de santé sont quotidiennement confrontés au champ du soin et celui de l'action sociale. En tant qu'intervenant, nous sommes à l'écoute de la demande sociale associée à des soins médicaux ou psychologiques... Voici pour exemple des propos recueillis au cours d'un premier entretien avec Mr A. (arménien) : « *Elle m'a dit de venir ici, à la permanence pour voir le médecin, et je ne peux pas le voir ? (...) Je suis sans rien, le foyer m'a dit de partir, je suis malade(...) il faut le certificat médical pour y retourner* ».

En tant qu'intervenant au sein du dispositif PASS, nous sommes parfois « en panne » d'action, affectés par la souffrance des personnes reçues. Nous ne parvenons pas à trouver de réponse, ni par notre technicité ni dans nos idéaux d'intervention. Je me rappelle de Mr L., originaire du Congo, ayant obtenu le statut de réfugié, venant ce jour là pour une demande de CMU et m'expliquant à nouveau les tortures qu'il avait subi dans son pays suite à son engagement dans un parti politique : « *.... j'ai besoin que quelqu'un m'aide, je suis fatigué, j'ai mal à la tête(...) Je ne peux pas parler aux autres, je ne trouve pas les mots, je suis trop tourmenté* ». Mr L. avait été adressé au CMP<sup>5</sup> quelques mois auparavant par la PASS, mais la prise en charge avait dû s'arrêter car il refusait catégoriquement de parler lors des entretiens avec le psychiatre, la psychologue ou bien les infirmiers. Quel accompagnement proposer à ce Monsieur ? Est-ce que l'écoute d'un travailleur social suffit ? Comment répondre à sa souffrance ? Que vient-il chercher au sein du dispositif ?

On peut supposer que les professionnels du champ social au sein de ce dispositif sont parfois en difficulté car ils sont renvoyés à l'inadaptation entre un dispositif de soins visant une prise en charge médicale et des patients présentant des demandes qui dépassent le cadre sanitaire. L'identité des acteurs sociaux se construit donc de façon particulière au sein de la PASS.

Quant aux personnes migrantes accueillies au sein du dispositif, la question identitaire est pour elles aussi majeure : il existe une singularité culturelle pour chaque patient, leur statut est différent (demandeurs d'asile, réfugiés politiques, étrangers malades, sans papiers...), les conditions de migration peuvent être variées (motif et trajet), les traumatismes vécus sont également multiples... On peut donc admettre que la santé de ces personnes donnent alors à voir de leur réalité sociale, et leur besoin de reconnaissance au sein de notre société.

---

<sup>5</sup> CMP : centre médico psychologique



Isabelle Parizot explique dans son ouvrage « Soigner les exclus » : « Les interactions entre professionnel et patients sont à la fois le théâtre et l'enjeu de ces processus identitaires et symboliques »<sup>6</sup>. La seconde partie de ce mémoire s'articulera donc autour de ces questions :

En quoi les identités de chacun se trouvent-elles affectées ? Quelles en sont les conséquences en termes de relations sociales ? Quels bénéfices identitaires les usagers trouvent-ils au sein du dispositif PASS ?

## **1- Problématique identitaire :**

### **A- Définition :**

D'après le *Nouveau Dictionnaire Critique d'Action Sociale*, « l'identité, c'est ce par quoi une personne, un groupe (familial, professionnel,...), un peuple se reconnaissent eux-mêmes et se voient reconnus par d'autres. Ils construisent et disposent, pour cela, d'un système de représentations, d'images et de sentiments, à partir desquels ils peuvent signifier leur spécificité, leurs appartenances, leur légitimité, à la lumière de leur propre histoire et de leur propre projet ». Ainsi l'identité serait quelque chose de dynamique qui évoluerait dans le temps.

« Ce système identitaire peut être souple ou rigide, ouvert à autrui ou fondé sur la destruction des autres. Il est une nécessité positive de développement (personnel et collectif) en même temps que le support éventuel des pires stigmatisations (ostracisme, racisme, rejet des différences). »<sup>7</sup>.

De fait, l'identité est objectivement encadrée par : le sexe, la généalogie, l'insertion sociale de la famille,... Toutefois, même si cette identité « objective » est largement assignée au sujet, déterminée biologiquement et socialement, elle doit faire l'objet d'une appropriation subjective longue et aléatoire. L'identité « objective » ne prend alors forme et sens qu'à travers l'élaboration d'un sentiment identitaire. Et, on peut noter que les changements importants de statut personnel ou de statut social appellent à des réaménagements identitaires.

---

<sup>6</sup> Isabelle PARIZOT – « Soigner les exclus » – p13

<sup>7</sup> BARREYRE Jean Yves et BOUSQUET Brigitte, *Nouveau Dictionnaire Critique d'Action Sociale*, éditions Bayard, mis à jour en novembre 2006, page 293

Apparaissent des notions fondamentales qui vont de pair, et nous verront par la suite comment agissent les problématiques identitaires sur les individus s'adressant à la PASS ainsi que sur les professionnels exerçant au sein du dispositif.

### **B- La question identitaire pour les personnes migrantes :**

L'enjeu central du public migrant est la question identitaire, et au sein de la PASS, je suis confrontée quotidiennement à cette problématique. Les migrants, et plus particulièrement ceux nouvellement arrivés en France, se retrouvent souvent dans des situations de précarité et/ou de vulnérabilité qu'ils ne connaissaient pas toujours auparavant. Ils souffrent alors dès leur arrivée sur le territoire français du déclassement social, de l'absence de statut parfois, et aussi de la rupture avec leur pays d'origine, leur culture, leur famille, leur statut professionnel au pays... Ce sont tous ces facteurs qui engendrent des atteintes pour les usagers étrangers sur le plan identitaire.

#### a) Présentation de la situation de Mr N.A. :

Monsieur N.A., d'origine libanaise, venu en France seul avec ses 3 enfants, me racontait lors de notre premier entretien qu'il avait toujours travaillé au pays, et depuis son arrivée en France, il avait l'impression d'être « suspendu », d'après lui, il n'avait pas de droit, pas le droit d'exercer sa profession (fabriquant de chaussures/commerçant). Il était scandalisé par le fait qu'il ne puisse pas travailler pour des raisons administratives alors qu'il le pouvait physiquement, qu'il dépendait « des femmes » pour nourrir ses enfants. Il exprimait la honte à demander de la nourriture à la mairie de sa commune, et il semblait que ses démarches pour parvenir à se sortir de cette impasse et pouvoir travailler lui prenaient tout son temps et son énergie. Il disait être devenu « petit » alors qu'il était très populaire dans son village (à côté de Tripoli) : ils avaient beaucoup de clients car il fabriquait de « belles chaussures ».

Pour Mr N.A., la question de l'identité est essentielle, car depuis son arrivée en France, il subit les effets de l'assistance sur le plan identitaire. Elle suscite le sentiment d'infériorité. C'est le fait même d'être assisté qui altère l'identité préalable, et devient un « stigmaté »

marquant l'ensemble des rapports avec autrui. Mais que se passe-t-il alors sur le plan identitaire ? Pourquoi le « stigmaté » ?

La suite de cette réflexion portera sur la dimension sociale du sentiment identitaire. Au moment où l'individu est pris en charge dans un système d'assistance, le problème réside dans la difficulté qu'il éprouve à accepter son statut social objectif (sa véritable fonction dans la société). Cette difficulté est la conséquence d'un sentiment de double identité qui s'installe. Frédéric Ballière définit cette atteinte identitaire ainsi : « la première découle d'un déclassement social (...) et concerne la perception que les individus ont d'eux mêmes. La seconde, est la conséquence d'interactions sociales qui produisent des assignations identitaires dévalorisantes »<sup>8</sup>.

Il y a donc d'une part l'identité pour soi qui permet à l'individu de se faire confiance et ensuite de se repérer par rapport aux autres. Dans cet exemple, Mr N.A. l'exprime lorsqu'il parle de sa vie au pays, de son emploi et de son statut de par sa profession de commerçant. Par contre l'identité sociale est l'image que les autres se font de l'individu en fonction du rôle qu'il occupe dans la société. Elle est accompagnée d'attentes particulières à l'égard de l'individu.

Alors qu'un élément comme l'inactivité dans le cas de Mr N.A., vient déranger les attentes de la société envers l'individu, celui-ci sera de suite déclassé. Cet élément servira comme signe de son déclassement, un « stigmaté » (dans le sens de Goffman) qui s'attachera à l'individu en faisant de celui-ci un « stigmatisé ».

#### b) Les effets de la rupture migratoire :

Traditionnellement, la dimension sociale de notre identité est assurée par un sentiment d'appartenance à des groupes sociaux (clans, castes, classes sociales, nations, quartiers, ethnies, communautés religieuses ou politiques, villages...). Etre en situation de migration, ou avoir subi un changement important de sa position sociale met inéluctablement en cause les sentiments sociaux d'appartenance, et partant de là, le sentiment d'identité. Anna VASQUEZ écrit : « c'est ainsi que la coupure avec l'environnement social et avec sa propre

---

<sup>8</sup> Frédéric BALLIERE – « le recours aux soins des demandeurs d'asile – approche ethnographique de l'expérience de l'exil » - Paris - éditions l'harmattan – octobre 2012 – p87

continuité historique contraint l'individu à un changement brutal d'identité, souvent fort dévalorisée par rapport à celle dont il disposait au pays d'origine »<sup>9</sup>.

Chez les migrants, on peut supposer que la fragilisation de l'identité est quasi mécanique, car ils subissent les changements de statut social, aggravée par la faiblesse des repères dans le pays d'accueil, les difficultés d'insertion, parfois les réactions de rejet...

Et les effets de la migration ne mettent pas seulement en cause ce sentiment d'appartenance (identité sociale), mais également les autres composantes de l'identité personnelle du fait de la modification de l'environnement de l'individu. Comme nous avons pu voir lors du D.I.U., la sphère familiale peut être déstabilisée (exemple : pressions des modèles familiaux du pays d'accueil sur les différents membres de la famille), l'identité sexuée peut être atteinte également (le statut légal de la femme par exemple), etc...

Dans ces conditions, la migration met fortement en cause la continuité du sentiment identitaire, et rend difficiles les réaménagements identitaires nécessaires pour que l'individu s'adapte à sa nouvelle situation, sans déchirements intérieurs majeurs.

## **2- Demande de reconnaissance**

Les migrants rencontrés au sein des PASS, fragilisés pour la plupart sur le plan identitaire viennent chercher une reconnaissance auprès des travailleurs sociaux ou des soignants. Comme nous l'avons vu auparavant, l'exil est une perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs.

La PASS est un dispositif d'accès aux soins, en tant que travailleur social, nous nous sentons donc parfois impuissants pour produire cette reconnaissance attendue. On peut relever un écart important, entre ce que les migrants viennent chercher au sein du dispositif, et ce que les professionnels peuvent offrir à travers le dispositif. Afin de mieux comprendre ce qu'attendent les usagers en termes de reconnaissance, je vais essayer de définir les notions de statut et rôle.

---

<sup>9</sup> Anna VASQUEZ, Les mécanismes des stratégies identitaires : une perspective diachronique, citation tirée de l'ouvrage de Frédéric BALLIERE « le recours aux soins des demandeurs d'asile – approche ethnographique de l'expérience de l'exil » - Paris - éditions l'Harmattan – octobre 2012 – p18

## A- Rôles et statuts

Ce qu'il faut comprendre dans ce double concept, c'est que le système social est une unité ou une totalité dans laquelle s'inscrivent les individus. L'Homme devient un sujet social en tant qu'acteur, il a des fonctions dans sa vie sociale, il joue des rôles sociaux. Un même individu jouera plusieurs *rôles* sociaux dans une même journée (étudiant, patient, sportif, employé, parent, etc.).

Il s'inscrit dans un vaste système symbolique, a une place déterminée en fonction de critères sociaux (revenu, maladies, éducation, couleur,...), de son rang dans l'échelle sociale. En cela, l'individu se conforme aux règles d'une société.

On peut alors dire qu'un *statut*, c'est un ensemble de rôles que joue l'individu et de façon invariable sur une période donnée. Le statut est donc quelque chose de relativement stable.

Il dépend de deux choses :

- Des facteurs attribués (héréditaires), c'est-à-dire des conditions géographiques, biologiques, ...
- Des facteurs acquis, liés à l'apprentissage.

D'où la mobilité sociale d'un individu, c'est-à-dire la marge entre ce qui est attribué et ce qui est acquis (Exemple : En Inde, faible mobilité sociale étant donné que la profession est du domaine de l'attribué, avec une société de castes, alors que chez nous, société de classes, la profession est du domaine de l'éducation donc de l'acquis).

A partir de là, le comportement d'un individu est lié à la façon dont il interprète ses rôles et à sa capacité de se conformer à son statut en fonction des contraintes imposées par la société dans laquelle il vit. C'est cela qui permet de définir son intégration sociale ou non. S'il ne suit pas les règles sociales, il est exclu ou en marge de la société.

Dans l'idéal du travail social, l'utilisateur doit être acteur, ayant son mot à dire sur l'intervention qui lui est proposée. C'est par là qu'il joue son rôle, il est responsabilisé dans l'accompagnement.

## B- Le professionnel face à la demande de reconnaissance :

« Sera dit éthique un accompagnement qui ne fera jamais l'économie de la reconnaissance de la singularité et de l'altérité de l'Autre-homme ».

Dominique DEPENNE<sup>10</sup>

D'après les définitions de rôle et statut ci-dessus, on peut comprendre que le migrant s'adressant au dispositif peut trouver un bénéfice, même s'il est minime, « valorisant » pour son identité. En effet, en venant solliciter le dispositif pour accéder aux soins, et en supposant que la demande puisse aboutir, on peut supposer que l'utilisateur migrant demandeur est reconnu dans son « statut de malade ». Ce statut est, sans aucun doute, plutôt plus « confortable » que celui d'« étranger en situation irrégulière » par exemple, le groupe d'appartenance étant reconnu par l'Etat.

Etre reconnu comme « étranger malade »<sup>11</sup> permet d'obtenir une autorisation provisoire de séjour ou bien une carte de séjour « vie privée et familiale », et ainsi avoir légitimité à rester en France. De ce droit au séjour découle une multitude d'autres droits qui permettent de se projeter plus aisément dans l'avenir, et s'inscrire dans un parcours de soins durablement.

Cependant, mis à part cette aide à la reconnaissance du statut d'étranger malade, il semble que les individus accueillis au sein de la PASS soient déçus, car le professionnel n'est pas toujours en mesure de leur apporter un bénéfice au niveau identitaire. Il existe quelquefois une inadéquation entre ce que recherchent les migrants en venant à la permanence et ce que les professionnels peuvent offrir, soit du soutien, du réconfort, un accompagnement vers les soins... Il faudrait probablement analyser le parcours des migrants, et se pencher plus précisément sur leurs trajectoires individuelles pour comprendre le processus de construction identitaire, et les bénéfices que peut apporter un dispositif tel que la PASS.

---

<sup>10</sup> DEPENNE Dominique, « éthique et accompagnement en travail social » - Issy les Moulineaux – ESF éditeurs – Janvier 2013 –page 16

<sup>11</sup> L'expertise des médecins est requise ; cette expertise est effectuée parfois de façon formelle (désignation des experts médicaux dans les procédures de régularisation), parfois de façon informelle (médecins engagés auprès de leurs patients migrants) par des professionnels à qui l'on demande de certifier les séquelles physiques ou psychologiques subies dans le pays d'origine par exemple.

Nous questionnerons un peu plus loin la notion de soin et prendre soin, et comment organiser l'accompagnement social dans le parcours de soins.

Les acteurs sociaux de ce dispositif sont démunis et mis à mal pour répondre à cette demande sous-jacente de reconnaissance. Il s'avère que la PASS ne permet pas de répondre à ce besoin. Par contre, il me semble qu'en tant que travailleur social, nous pouvons trouver avec la personne accueillie et selon ses ressources, d'autres lieux/terrains qui puissent être valorisants, et où le migrant pourra adopter un rôle gratifiant. Pour cela, il faut être créatif, et faire preuve de souplesse, inventer parfois des stratégies peu communes, l'objectif étant toujours d'obtenir « un mieux » pour l'utilisateur, de répondre à son attente, permettre la continuité des parcours du soin en limitant les ruptures,....

### **3- Identité professionnelle et limites :**

Au sein du dispositif, l'accompagnement proposé par l'assistante sociale peut être très varié selon la situation de la personne migrante accueillie. Il est en pratique impossible d'appliquer des solutions prédéfinies, puisque chaque situation est singulière. Se posent alors plusieurs questions : Quelles sont les limites de nos interventions ? Quel professionnel pour prendre le relais ? Comment lutter contre nos tendances à vouloir « faire à la place de » dans le but de faciliter la tâche ? Comment évaluer/ajuster notre intervention en fonction des ressources de chacun ?

Parfois, l'absence de missions bien définies par notre hiérarchie peut nous aider dans notre travail quotidien, nous permettant une certaine souplesse d'action avec les usagers, néanmoins, cela peut rendre notre positionnement professionnel très ambigu en termes d'accompagnement.

En tant qu'assistante sociale au sein d'un tel dispositif, je suis confrontée à des personnes migrantes en situation de vulnérabilité, et j'interviens donc au carrefour du soin et du social. Je suis sollicitée pour des demandes d'ordre sanitaire autant que pour des questions sociales.

Et en effet, la question de l'identité professionnelle se pose, notion que je ne souhaitais pas définir au sein de ce mémoire mais en même temps si présente dans le travail d'accompagnement au sein de la PASS qui allie soin et social.

La place de l'assistante sociale est constamment questionnée, et cette identité est à définir et redéfinir sans cesse. La professionnalité, c'est-à-dire, comment le professionnel s'approprie ses missions selon le cadre réglementaire, s'incarne donc d'après l'expérience.

A- Le concept de « prendre soin » :

La PASS est une structure qui est intégrée à la fois dans l'institution de l'hôpital public et dans le monde social de la précarité : Cette double appartenance rend parfois l'échange difficile du fait d'une conception du soin bien différente.

Les termes anglo-saxons « cure », signifiant soigner pour soulager, guérir prendre en charge, traiter et « care », se définissant par prendre soin, donner de son temps, de l'attention à la fois éclairée et compatissante accordée au malade, illustre la différence qu'il peut exister dans la manière de pratiquer les soins.

L'hypothèse principale est que la prise en charge par la PASS des patients étrangers, migrants demande une démarche de soin globale, c'est-à-dire, que les intervenants du dispositif s'inquiètent des conditions sociales, psychologiques et médicales qui agissent sur la santé. Pour les professionnels, il va donc falloir chercher des solutions pour adapter au contexte actuel de l'hôpital public cette conception du soin, qui s'apparenterait au « care », qu'on pourrait peut être nommer le « prendre soin ».

On considérera donc le soin comme dépassant largement l'acte médical pur, technique et « rémunérateur ». Le « prendre soin » est une posture qui se manifeste par des gestes, mais aussi qui est portée par une préoccupation pour la vie de l'autre, c'est-à-dire qu'il vive bien dans son individualité, dans son être social, dans son être biologique.

Le concept de « prendre soin » est la posture professionnelle la plus appliquée par les intervenants sociaux. Au sein du dispositif, nous devons être très attentifs à la dimension humaine des soins et porter un intérêt particulier à l'accueil, la présence, l'écoute, la disponibilité, l'empathie, le respect, l'accompagnement dans la maladie, l'information... Dans la démarche, les actions impliquent de la part de chaque professionnel de développer une réflexion éthique sur leurs pratiques.



Il me semble qu'en tant que travailleur social à la PASS, nous participons aux soins, au même titre qu'un médecin ou un infirmier. Les actions de chaque professionnel entrent en interaction pour qu'au final, le patient accède aux soins dont il a besoin de la façon la plus adaptée possible.

Le « prendre soin » ne nécessite pas une formation mais s'appuie sur une expérience. Je peux donc faire la supposition que chaque métier a un rôle et une temporalité spécifique, mais chacun met en jeu sa propre manière d'exercer le « prendre soin », sans emprise. S'agissant des travailleurs sociaux, il semble nécessaire de trouver un juste équilibre dans la relation d'aide, les risques étant l'excès d'empathie envers l'utilisateur, ou bien pour les personnes « réputés difficiles », l'indifférence, le dégoût et la maltraitance.

## B- La notion de décentration

Il s'agit de prendre conscience de la relativité de son propre système de valeurs. Dans un dispositif tel que la PASS, autant avec le public accueilli qu'avec les autres professionnels, cette notion est un enjeu majeur puisque nous sommes quotidiennement amenés à travailler avec le glissement des questions sociales vers le champ sanitaire ou médical. Comment faire équipe ? Comment trouver une scène de discussion commune ?

Selon Verbunt, « relativiser ne veut pas dire dévaloriser, mais mettre ses propres valeurs en perspective avec les valeurs d'autres cultures »<sup>12</sup>. Les valeurs varient d'un individu à l'autre et entraînent avec elles une manière très personnelle de voir les choses, un rapport différent à la réalité. Une décentration par rapport à ses propres valeurs paraît donc fondamentale dans notre travail. N'agirait-on pas parfois selon son cadre de référence, oubliant que l'autre n'a pas le même ?<sup>13</sup>

L'assistante sociale de la PASS a-t-elle un rôle important de médiateur pour accompagner le public migrant. Elle permet le lien entre professionnels de santé et professionnels du social, elle améliore la proximité, la réactivité et contribue à la facilitation de la rencontre, elle favorise la coopération entre tous les professionnels qui accompagnent l'utilisateur, participe à l'organisation du projet de soins... La communication est donc

---

<sup>12</sup> VERBUNT Gilles, « la question interculturelle dans le travail social » Repères et perspectives, éd. La Découverte, Novembre 2004, page 205

<sup>13</sup> Nous avons abordé à plusieurs reprises dans les interventions du DIU la notion d'éthnocentrisme

primordiale, il est important qu'elle s'adapte aux différentes pratiques professionnelles, et qu'elle adopte un langage compréhensif pour tous.

C'est pourquoi, la connaissance de l'Autre, de son identité et ses cultures revêt plusieurs avantages. Gilles Verbunt, par exemple, précise que « dans la communication, avec quelques mots simples, le travailleur social peut montrer l'intérêt qu'il porte à la culture de l'autre et briser la glace en valorisant cette culture »<sup>14</sup>. Cependant l'idée est surtout d'arriver à comprendre quel rapport l'Autre entretient avec ses appartenances, ses cultures, et son/ses identité(s). Au sein de la PASS de Feurs, le travailleur social est le référent principal de l'utilisateur, c'est avec lui qu'il élabore sa/ses demande(s), et que les besoins sont ciblés. Il est donc nécessaire de déconstruire les représentations qu'on pourrait avoir afin d'être à l'écoute de la personne accueillie et proposer un accompagnement le plus pertinent possible, en tenant compte des facteurs de temporalité, de disponibilité, de continuité du soin...

Lors du module « représentations et préjugés » du D.I.U., nous avons largement échangé sur ce thème : Il s'avère que nous ne devons pas figer les personnes accueillies d'après nos représentations culturelles, mais plutôt s'interroger sur leurs attachements, leurs ressources. Ce travail est assez subtil, il semble qu'il faille trouver un équilibre même fragile pour agir/interagir sans risque de catégorisation, stigmatisation.

### C- Présentation de la situation de Mme T. :

Pour illustrer ces notions de « prendre soin » et décentration, je vais présenter la situation de Mme T., âgée de 21 ans, mariée, sans emploi, originaire de Turquie, en situation irrégulière, orientée sur le dispositif par une sage-femme libérale. Madame n'avait pas de droits ouverts à l'assurance maladie. Lorsque je l'ai reçue pour la première fois, elle semblait très surprise de ne pas rencontrer un médecin : « *je viens pour le soin du bébé* ». Mme T. parle le français et le comprend assez bien. Elle explique quand même ne pas avoir bien compris pourquoi elle venait à la permanence si ce n'était pas pour consulter un médecin.

A travers nos échanges, et après avoir présenté le dispositif à Madame, nous faisons le point sur ses droits, et nous constituons très rapidement la demande d'Aide Médicale d'Etat<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> VERBUNT Gilles, Op Cit. Page 204

<sup>15</sup> L'AME, l'aide médicale d'Etat, est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins ; C'est une aide sociale en matière de protection maladie, qui, depuis 1999, n'est réservée

J'ai pu recevoir Mme T. en entretien chaque semaine pendant quelques mois afin d'établir avec elle la prise en charge de sa grossesse. Mon rôle était de favoriser l'échange, la verbalisation de ses ressentis et la communication afin de laisser un espace à Madame pour exprimer ses difficultés. Au fil de l'accompagnement, j'appris que Mme T. avait été mariée à son conjoint en Turquie (mariage non reconnu en France), son mari était français, d'origine turque. Elle vivait dans la famille de son époux depuis son arrivée en France, mais celui-ci souhaitait leur séparation depuis qu'il avait appris la grossesse. Mme T. semblait vivre une grossesse très éprouvante psychologiquement, n'étant pas dans un environnement connu et étant mal intégrée dans sa belle-famille. « *Je ne me sens pas bien, c'est dur ! Je voudrais pouvoir rentrer chez moi, mais je ne peux pas, une femme mariée ne choisit pas...* ». Nous avons beaucoup discuté de sa difficulté à se situer entre sa culture d'origine et la culture française. J'ai ainsi essayé de comprendre quels étaient ses attachements, ses angoisses à l'approche de son accouchement, qu'est-ce que la rupture avec sa famille pouvait lui faire vivre...

Madame a très rapidement adhéré au suivi de grossesse que nous avons pu proposer avec la sage-femme hospitalière et le médecin, étant très en souci que sa grossesse se passe bien. J'ai pu l'accompagner pour les démarches à effectuer sur l'extérieur (rôle de médiateur de l'assistant social), son époux et sa belle-famille s'impliquant très peu.

Toutefois, nous étions préoccupés par sa situation sociale et psychologique. Mme T. a beaucoup mentionné la question de la différence lors des entretiens, et considérait le fait d'être « étrangère » comme un frein au quotidien. Voici quelques propos que j'ai pu relever lors de nos rencontres qui reflètent bien son mal-être : « *je suis gênée, je veux qu'on me comprenne et les autres pensent que je me plains* », « *je suis fatiguée de faire toujours des efforts, je voudrais vivre tranquille, avec mon bébé* », « *je dois subir parce que j'existe pas, je n'ai rien, pas d'argent, pas de maison, pas de médicaments...* ».

Nous avons donc décidé de réfléchir en équipe sur la situation de fragilité de cette dame afin de lui proposer des actions valorisantes, qu'elle puisse reconsidérer « sa différence » comme une richesse, et qu'elle se sente soutenue et reconnue. Evidemment, nous devons être

---

qu'aux étrangers les plus démunis (sous conditions de ressources) et les plus marginalisés (qui ne remplissent pas les conditions de régularité de séjour). Ceux-ci se trouvent donc exclus de l'accès à la couverture assurancielle et versés dans le régime assistanciel.

vigilants à ne pas « instrumentaliser » cette dame, d'où l'importance de se décentrer, nous avons donc défini la place de chacun et les attentes diverses avant toute chose.

La qualité des relations que nous avons pu établir avec cette dame au sein du dispositif a permis de mobiliser, autour de cette réflexion, les acteurs intervenants. La démarche des professionnels était donc de prévenir toute exclusion sociale dans le souci de « prendre soin », et essayer de créer du lien social. La relation de confiance étant créée, jusqu'à présent Madame avait bien investi les propositions faites par les divers intervenants. Cependant, notre dispositif n'étant pas voué à un accompagnement pérenne, nous devons nous préoccuper de promouvoir la création de réponses à cette solitude qui faisaient pour l'instant défaut dans l'environnement de Madame. Plusieurs pistes ont été évoquées et analysées d'après les potentialités de Mme T. afin que nous puissions lui présenter plusieurs propositions :

- Proposition de participation aux groupes de préparation à l'accouchement avec d'autres futures mamans afin que Mme puisse créer des liens et échanger autour de sa grossesse.

- Proposition de participation à un groupe de parole appelé « pratiques culturelles autour de l'éducation » animé par une psychologue du réseau périnatalité où il nous semblait que Madame T. pouvait trouver sa place (maîtrisant assez bien la langue et étant assez dynamique dans les échanges).

- Proposition de recherche d'un référent social pour l'accompagner dans ses démarches administratives et juridiques, le souhait de Madame étant de retourner en Turquie après son accouchement, elle vivait très mal son isolement en France (déplacement social brutal).

#### **4- Impulser le travail en réseau**

<p>« Les réseaux – ou les rhizomes – permettent non seulement de distribuer l'action, mais aussi d'opérer des détachements et des arrachements à la proximité et, inversement, des rattachements très lointains ».</p> <p style="text-align: right;">Bruno LATOUR,</p>
--

Le travail en réseau est indispensable pour articuler le travail des professionnels du soin et du social autour de situations de personnes vulnérables et instables, il peut permettre d'éviter les dérives et répondre à une conception éthique du travail. En quoi le travail en réseau

interroge-t-il les pratiques ? Comment contribue-t-il à améliorer la coopération entre les professionnels autour des situations complexes et multi-partenariales ? Comment décloisonner le travail de chaque partenaire autour d'une approche globale de la situation d'un usager ?

Face à l'isolement rencontré par les professionnels et par les personnes en situation de migration (détruisant les liens sociaux, familiaux,...), la question du réseau permet de « faire lien ». On pourrait définir le réseau comme un collectif de professionnels essayant de mieux cibler les ressources et les difficultés de l'utilisateur par des regards croisés, et tentant de se mobiliser /d'agir dans son intérêt.

Le réseau est également garant de la visibilité du dispositif et du fonctionnement des autres institutions et permet ainsi aux partenaires de mieux comprendre les missions, les limites, les représentations, parfois les débordements,... Il permet de partager nos préoccupations communes, et d'éviter l'épuisement des professionnels de première ligne.

Notre mission d'accès aux soins comporte plusieurs dimensions : sanitaire, sociale, médicale. Mais, le travail de prévention, d'accompagnement sur le long terme, le repérage des publics nécessitant d'être accompagnés par le dispositif sont tout aussi importants dans cette conception du soin. Le travail centré sur le soin en intra-hospitalier ne suffit pas, il a besoin d'être complété en amont, en aval et parallèlement par nos partenaires associatifs, professionnels libéraux médicaux ou paramédicaux, partenaires sociaux... Il faut alors adopter une logique de complémentarité et agir avec le réseau afin de répartir les tâches pour une action de soin globale et cohérente pour l'utilisateur.

Avec le public migrant, la coopération est encore plus essentielle au travail de chacun car de nombreuses compétences sont sollicitées pour appréhender chaque situation administrative, juridique, sociale, psychologique, professionnelle, médicale souvent complexes. Les professionnels du champ social sont de plus en plus confrontés à la question de la souffrance psychique, et parallèlement les acteurs du sanitaire sont sollicités pour répondre à des questions liées à l'insertion sociale des patients. Le réseau du fait de sa pluridisciplinarité permet de s'interroger autrement et parfois co-construire une réponse adaptée à des questionnements croisés (champ de la psychiatrie, champ de l'action sociale, champ du sanitaire...).

Le travail en réseau est à la fois un outil et un garde fou empêchant le travailleur social de s' « approprier » l'individu et verser dans le registre de la toute puissance. Il permet la remise en question et de ne jamais être installé comme détenteur d'un savoir qu'il faudrait appliquer à autrui.

En tant qu'assistante sociale au sein d'une PASS, il me semble être au croisement d'une multitude de personnes, de professionnels, de dispositifs... Ce carrefour s'appareille parfois à un labyrinthe dans lequel je dois guider et accompagner les personnes de la manière la plus pertinente possible. Accompagner une personne migrante dans l'accès aux soins sans se substituer à elle, et en ayant toujours en tête qu'une demande en cache parfois une autre, fait partie intégrante de mes missions. L'assistante sociale est alors « accompagnante » mais aussi « guide » : la perspective étant que, à terme, elle puisse s'effacer lorsque la personne sera en capacité de poursuivre ses démarches seule, et utiliser les dispositifs de droit commun par elle-même, ou bien qu'elle puisse passer le relais de l'accompagnement à un autre professionnel du champ social, sanitaire ou médical plus légitime.

Finalement, on peut dire qu'impulser le travail en réseau est essentiel pour nourrir notre pratique professionnelle. Nous devons être acteur et moteur autour de ces questions de liens, trouver une scène d'échanges entre professionnels de santé et professionnels de l'action sociale, et permettre de construire un accompagnement cohérent avec l'utilisateur.

Il me semble que le développement de réseau doit être toujours en mouvement car les sollicitations sont multiples et variées selon les usagers. Cependant, les réseaux sont parfois éphémères car ils ne correspondent plus au souci d'améliorer notre réponse aux besoins repérés. Pour être à la hauteur des enjeux qu'induisent les questions d'accès aux soins du public migrant, il s'avère que nous devons être créatifs, capables de s'adapter et d'évoluer dans notre pratique.

## Conclusion

Pour mener à bien cette recherche, j'ai fait des choix qui ne sont pas sans conséquence sur le résultat obtenu. Il apparaît opportun, afin d'ouvrir d'autres possibilités pour ce travail, d'en souligner les limites.

Les résultats de cette recherche ne s'appliquent pas à l'ensemble des personnes migrantes accueillies au sein d'un dispositif PASS, je me suis essentiellement nourri de ma pratique au sein du Centre Hospitalier où j'exerce.

J'ai également fait le choix de ne pas interviewer d'usagers de la PASS ni d'autres professionnels, ceci me paraissant peu judicieux du fait de mon rôle de référent social au sein du dispositif. Pour éviter une influence directe, il aurait fallu construire un terrain d'observation différent mais structuré de la même façon afin d'obtenir des résultats fiables pour ce travail de recherche.

L'intention de cette recherche reposait sur un problème issu de ma réalité professionnelle. J'étais confrontée à la difficulté d'accompagner des personnes étrangères ou issues de l'immigration dans un dispositif d'accès aux soins, assurant le lien entre le champ de l'action sociale et celui du soin. L'hypothèse de départ était que l'assistant social devait prendre en considération les facteurs sociaux, culturels, économiques, psychologiques... pour permettre un accompagnement global et individualisé cohérent.

Après ce travail de recherche, les questionnements et apprentissages des différents modules de ce diplôme, j'ai pu appréhender différemment et de façon plus objective les enjeux de l'accès aux soins des migrants. La PASS est finalement un lieu d'élaboration et de production de soin et de travail social, mais également un lieu où se créent des liens sociaux. Il semble que l'articulation de notre savoir-faire de travailleur social avec notre éthique professionnelle, nos missions, notre cadre institutionnel et nos relations à l'utilisateur soit un travail très exigeant et complexe, et sans cesse en mouvement. J'ai été amenée à remettre en question ma pratique professionnelle, et m'interroger sur la pertinence de certaines initiatives prises ou responsabilités assumées.

A ce jour, beaucoup de questions restent sans réponse, et cette recherche reste incomplète. Néanmoins, elle invite, de façon plus large, à une réflexion sur les différents métiers chargés d' « accompagner » les individus, et notamment les métiers du travail social et de la santé. Notre éthique professionnelle incite au détachement affectif et à l'égalité de traitement des bénéficiaires, pourtant, pour assurer une aide efficace et adaptée, nous nous investissons parfois davantage auprès de ce public migrant en situation de vulnérabilité. Ainsi, Isabelle Parizot<sup>16</sup> écrit : « Face à des individus dont les supports sociaux et familiaux se sont effrités, l'ensemble de ces métiers serait finalement confronté à une tension entre la logique professionnelle et la logique du don de soi (humaniste) »

Comme le rappelle Philippe Davezies<sup>17</sup> « travailler correctement consiste à ne jamais se conformer complètement aux prescriptions des dirigeants, mais à prendre en compte l'ensemble des éléments techniques et des opérations pratiques qui composent le travail réel ». Dans un dispositif aussi « flou », il apparaît que l'assistant social doit souvent faire preuve de créativité et d'inventivité pour répondre à la demande ou non-demande de l'utilisateur, et combler le décalage entre le travail prescrit et le travail réel. Toutefois, c'est précisément ce travail là qui est peu reconnu par l'institution et qui peut faire souffrir le professionnel.

Enfin, parmi les nombreux points qui n'ont pas été abordés dans ce travail, il aurait peut-être été pertinent d'approfondir cet écrit sur la conception du corps et des soins. À travers une analyse de la « mise en jeu » du corps dans le dispositif d'accès aux soins, j'aurais pu me pencher plus particulièrement sur les effets du parcours migratoire sur le corps, et l'émergence de problèmes de santé. La réflexion aurait pu établir l'importance du dispositif d'accès aux soins pour légitimer certaines demandes sociales, ou comment la souffrance de l'exil est reconnue et matérialisée dans le champ social.

---

<sup>16</sup> Isabelle PARIZOT – « Soigner les exclus » – p271

<sup>17</sup> Philippe Davezies est enseignant-chercheur en médecine et santé du travail à l'université Claude-Bernard Lyon I



## BIBLIOGRAPHIE :

**ARMAND Clémence** , « Droit d’asile, au non de quoi ? Témoignage d’une Officière de Portection au coeur de l’OFPRA » - Paris - éditions toute latitude – novembre 2006 – 246 pages

**BALLIERE Frédéric** , « le recours aux soins des demandeurs d’asile – approche ethnographique de l’expérience de l’exil » - Paris - éditions l’harmattan – octobre 2012 - 136 pages

**BARREYRE Jean Yves et BOUSQUET Brigitte**, Nouveau Dictionnaire Critique d’Action Sociale, éditions Bayard, mis à jour en novembre 2006.

**BRECHAT Pierre-Henri et LEBAS Jacques**, « innover contre les inégalités de santé » - Rennes – Presses de l’EHESP – Mars 2012 - 496 pages

**DEPENNE Dominique**, « éthique et accompagnement en travail social » - Issy les Moulineaux – ESF éditeurs – Janvier 2013 – 144 pages

**DETREZ Christine**, « la construction sociale du corps », Paris –éditions le seuil, octobre 2002, 257 pages

**DUBET François, COUSIN Olivier, MACE Eric, RUI Sandrine**, « Pourquoi moi ? L’expérience des discriminations »- Paris - éditions du Seuil - février 2013 – 361 pages

**GOFFMAN Erving**, « stigmat - les usages sociaux des handicaps » - Paris – éditions de minuit – 1993

**LA CIMADE**, « Chroniques de rétention – 2008- 2010 » - Arles – Actes Sud- Octobre 2010 – 364 pages

**PARIZOT Isabelle**, « soigner les exclus » - Paris – Le lien social PUF – Mars 2003 – 296 pages

**VERBUNT Gilles**, « la question interculturelle dans le travail social », repères et perspectives, éditions la découverte, novembre 2004

### ARTICLES :

**Rhizhome** – N° 46-47 - décembre 2012 – article « l’accompagnement social ? Du temps, de l’espace et de la créativité » Joanna DYDUCH assistante sociale MDM Strasbourg.

**HOYEZ Anne-Cécile** (2011) L’accès aux soins des migrants en France et la « culture de l’initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l’épreuve des orientations nationales, Cybergeog: European Journal of Geography, [en ligne]. URL <http://cybergeog.revues.org/24796>

**Les cahiers de rhizome : prendre soin de la professionnalité.** Article « comment traverser les épreuves du travail social » - RAVON Bertrand sociologue – décembre 2008.

**Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale** - Jean Furtos, in Mental'idées n°11, Dossier Souffrance et Société, 09/2007, L.B.F.S.M

ACTES - JOURNEES D'ETUDES :

**Soigner et prendre soin en contexte de précarité :** une préoccupation de la santé mentale et du travail social à l'échelle des territoires. Journée interrégionale Bretagne-Pays de Loire Santé mentale et précarité 29 novembre 2007- Rennes

**Santé et accès aux soins : Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins.** Travaux préparatoires – Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale -29 novembre 2012

**Rapport final : Réseau et politique de Santé Mentale :** Mutualisation et spécificités des compétences - Jean Furtos, Jean-Baptiste Pommier, Valérie Colin, ORSPERE ONSMP octobre 2002

FILM :

« Les arrivants » - film de Claudine Borjes et Patrice Chagnard