



**HAL**  
open science

**Les frontières à géométrie variable de la citoyenneté.  
Accès aux soins des migrants dans un dispositif  
d'assistance**

Jérémy Geeraert

► **To cite this version:**

Jérémy Geeraert. Les frontières à géométrie variable de la citoyenneté. Accès aux soins des migrants dans un dispositif d'assistance. Trajectoires - Travaux des jeunes chercheurs du CIERA, 2017. halshs-01648252

**HAL Id: halshs-01648252**

**<https://shs.hal.science/halshs-01648252>**

Submitted on 25 Nov 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## Trajectoires

Travaux des jeunes chercheurs du CIERA

Hors série n° 3 | 2017

Pratiques de frontière: Contrôle et mobilité en interaction de 1870 à nos jours

---

# Les frontières à géométrie variable de la citoyenneté. Accès aux soins des migrants dans un dispositif d'assistance

Jérémy Geeraert

---



### Édition électronique

URL : <http://trajectoires.revues.org/2425>

ISSN : 1961-9057

### Éditeur

CIERA - Centre interdisciplinaire d'études et de recherches sur l'Allemagne

Ce document vous est offert par Centre national de la recherche scientifique (CNRS)



### Référence électronique

Jérémy Geeraert, « Les frontières à géométrie variable de la citoyenneté. Accès aux soins des migrants dans un dispositif d'assistance », *Trajectoires* [En ligne], Hors série n° 3 | 2017, mis en ligne le 17 juillet 2017, consulté le 10 octobre 2017. URL : <http://trajectoires.revues.org/2425>

---

Ce document a été généré automatiquement le 10 octobre 2017.



Trajectoires est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International

---

# Les frontières à géométrie variable de la citoyenneté. Accès aux soins des migrants dans un dispositif d'assistance

Jérémy Geeraert

---

## Frontières à géométrie variable : l'accès aux soins des migrants dans les dispositifs d'assistance en France

- 1 Lorsqu'on pense aux frontières en relation avec la migration<sup>1</sup>, ce sont tout d'abord les frontières des États qui viennent à l'esprit, celles qu'il faut franchir pour passer d'un pays à l'autre. Si ces frontières sont les plus visibles, il existe toutes sortes d'autres frontières construisant les parcours et les expériences migratoires. Celles-ci se démultiplient et se dématérialisent à l'intérieur des États. À quoi correspondent ces frontières ? Comment se façonnent-elles et que cherchent-elles à séparer ? Leur caractère dématérialisé les rend-elles moins contraignantes ?
- 2 Pour répondre à ces questions, nous allons nous intéresser aux frontières construites aux marges du système de santé entre différentes catégories de migrants. À travers l'analyse d'interactions entre patients étrangers et professionnels dans une structure hospitalière d'accès aux soins, nous identifierons les lignes de séparation tracées à l'intérieur de ce dispositif dans une tension entre inclusion et exclusion. La frontière marque le bord du dispositif et délimite ceux qui y sont intégrés et ceux qui en sont exclus. Nous nous attacherons à décrire de manière empirique les pratiques de catégorisation à partir desquelles se fabriquent ces lignes de séparation. Nous verrons que le flou et la malléabilité de ces frontières permettent aux professionnels de santé de gérer le phénomène migratoire au plus près des individus<sup>2</sup>.

## De l'accès aux soins au traitement de la question sociale

- 3 La Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) est une structure hospitalière française introduite par la loi de 1998 de lutte contre les exclusions<sup>3</sup>. Dans un contexte de regain des politiques assistancielles parmi les politiques sociales s'adressant explicitement à des groupes de la population en fonction de leur risque d'exclusion (Castel, 2007 ; Paugam, 1991), elle vise l'insertion dans le système de santé de personnes à faible couverture sociale ou sans aucune protection sociale, au moyen d'un accès gratuit aux soins et aux médicaments et d'un accompagnement social vers l'acquisition d'une protection maladie. Concrètement, la PASS se matérialise par le travail des assistants sociaux hospitaliers réalisant l'activité d'insertion dans le système d'assurance maladie et permettant, au travers d'un système de bons, l'accès gratuit aux consultations ambulatoires et aux médicaments à l'intérieur de l'hôpital. Des consultations de médecine générale spécifiquement destinées aux patients de la PASS peuvent compléter ce système. En 2013, on comptait près de 410 PASS réparties sur le territoire<sup>4</sup>. Cet article se base sur une enquête empirique réalisée dans des PASS d'où sont issus les matériaux d'enquête cités ci-dessous<sup>5</sup>.
- 4 Les patients des PASS sont principalement des étrangers en situation de précarité économique, sociale et administrative et sans sécurité sociale<sup>6</sup>. Leurs difficultés d'accès aux soins sont largement le résultat de barrières structurelles dans l'accès à une couverture maladie, notamment à l'Aide médicale d'État (AME) et à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)<sup>7</sup> (Izambert, 2010 ; Gabarro, 2012). Ce sont également les discriminations dans le système de santé envers les pauvres, les étrangers et les détenteurs des couvertures maladies de type assistanciel qui gênent cet accès (Carde, 2007 ; Médecins du monde, 2006). Enfin, les réformes néo-managériales qui ont eu lieu dans les administrations de l'assurance maladie (Gabarro, 2012) et à l'hôpital (Geeraert, 2014 ; Belorgey, 2010) concourent également à la mise à l'écart de ces patients dans le système de santé. Ces facteurs structurels rendent l'activité de la PASS profondément paradoxale car ils rendent incertaine sa mission d'insertion des patients dans le système de santé. Ce paradoxe témoigne d'une certaine « dualisation » du système de santé public « entre des services gérés suivant des normes d'efficacité gestionnaire, voire de rentabilité, à destination de l'ensemble de la population, et des services spécifiques visant à assurer des fonctions sociales » (Siblot, 2006 : 71).
- 5 À partir de cette présentation du contexte, nous pouvons d'ores et déjà constater que la PASS n'est pas un lieu de soin comme les autres. Elle comporte une fonction politique essentielle, celle du traitement d'une certaine « question sociale » (Castel, 2007) dans le domaine de la santé en direction de catégories spécifiques de la population (des étrangers en situation de précarité économique, sociale et administrative) qui sont exclues du système de santé par ailleurs. Dès lors, la question de la légitimité des patients de la PASS permet de cerner les frontières de la solidarité dans le domaine de la santé. Elle détermine les contours de la responsabilité que s'attribue la société quant à l'intégration de personnes menacées d'exclusion.
- 6 Cette fonction de la PASS ainsi que ses règles sont implicites et non écrites. La dernière circulaire définit l'usager de la PASS comme « un patient en situation de précarité qui a besoin de soins externes et qui ne peut y accéder, [soit] en raison de l'absence d'une

couverture sociale ou de son incomplétude, [soit] pour d'autres raisons d'ordre social : patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins »<sup>8</sup>. Ce cadre qui se concentre sur la partie visible de l'activité, celle de soin, reste flou et ne mentionne aucun critère de droit objectivable concernant les règles d'inclusion au dispositif. Celles-ci sont donc construites empiriquement par les professionnels, le plus souvent en lien avec certaines directives non écrites données par la direction de l'hôpital et relatives à des enjeux économiques.

## La solvabilité : un critère d'exclusion de catégories de migrants

- 7 Les principes qui gouvernent l'action de la direction hospitalière proviennent des préoccupations budgétaires imposées par la Nouvelle gouvernance hospitalière (Pierru, 2007). Ils sont à mettre en rapport avec le mode de financement des PASS (financées par une enveloppe fermée, fixée selon l'activité dans un contexte budgétaire restreint) et avec la solvabilité potentielle des patients. Cette dernière est directement liée aux droits en matière de couverture maladie, qui sont eux déterminés par le statut de résidence des patients étrangers. On distingue ainsi dans certaines PASS deux types de patients. D'une part, les patients sans droits potentiels, pour qui il n'existe aucune possibilité d'accès à une couverture maladie et qui occasionneront donc des coûts pour l'hôpital. D'autre part, les patients avec droits potentiels qui ont théoriquement droit à une couverture maladie, mais qui ne l'ont pas activée. Pour ceux-là, il existe une possibilité de remboursement auprès de l'assurance maladie pour les soins engagés à partir du moment où cette demande est entamée. La première catégorie, celle des patients non solvables, est parfois formellement exclue de la PASS (par des règles internes à l'hôpital décidées par la direction de l'hôpital) ou n'y a accès que partiellement. Elle correspond aux étrangers en situation irrégulière, aux ressortissants pauvres de l'Union européenne ne remplissant pas les critères de l'AME ou ne pouvant fournir les papiers nécessaires (condition de résidence de trois mois<sup>9</sup>, condition de ressources<sup>10</sup>, adresse de domiciliation, copie d'un papier d'identité, etc.) et aux étrangers ayant un visa valide<sup>11</sup>. Ainsi la catégorie des patients non solvables se construit dans un contexte budgétaire contraignant et recouvre certains groupes d'étrangers particulièrement précaires et stigmatisés (les critères d'accès à la couverture maladie faisant le lien entre la solvabilité et le statut de séjour<sup>12</sup>). Ces frontières informelles de l'accès aux soins et de la solidarité soulignent la relation étroite qu'entretiennent politiques sociales et politiques migratoires, construisant une stratification sociale basée sur l'illégitimité de certaines catégories d'étrangers. La solvabilité n'est cependant pas le seul critère dessinant le tracé de ces frontières, d'autres éléments se dévoilent dans les discours et dans l'observation des interactions entre professionnels et patients de la PASS.

## La protection des plus vulnérables, entre politique sociale et biopolitique

- 8 Deux arguments s'opposent à l'exclusion des patients hors du système de santé : celui de la « biolégitimité » (Fassin *et al.*, 2001) et celui renvoyant à une certaine mission de santé publique.

Dr PASS : « Pour les patients non assurables, là on est quand même un peu en difficulté parce que normalement c'est à la charge du patient et de la famille. C'est la réglementation qui est comme ça. [...]. Alors notre consultation sert déjà à débrouiller les urgences vitales [...]. Et ensuite pour les gens qui ont pas d'urgence vitale, alors on négocie avec les familles pour voir qu'est-ce qu'on fait. Est-ce qu'ils payent ce qu'on propose ? Est-ce qu'on limite les examens au strict nécessaire ? Combien ça va coûter ? » [...]

J.G. : « Donc vous, vous partez du principe que les personnes sous visa, qui ont pas de droits ouvrables, ne sont pas... ne rentrent pas dans le cadre du dispositif de la PASS ? »

Dr PASS : « Non. Ils entrent dans le dispositif de la PASS pour l'évaluation, pour les médicaments de ce qui leur est nécessaire. On a comme ça un certain nombre de diabétiques et d'hyper-tendus qu'on soigne. »

J.G. : « Sous visa ? »

Dr PASS : « Oui ! »

J.G. : « Donc ils rentrent quand même dans le cadre de la PASS... ? »

Dr PASS : « C'est pas la peine qu'ils arrivent avec une crise convulsive aux urgences. Ça coûtera bien plus cher à tout le monde. Et la cystite qu'on soigne avec deux coups d'antibiotiques plutôt que de l'hospitaliser pour une pyélonéphrite quinze jours plus tard, ça vaut quand même le coup. » (extrait d'entretien réalisé avec le médecin responsable de la PASS d'un CHU d'une grande ville. Mars 2012)

- 9 Le premier élément qui ressort de cet échange emblématique de la pratique au sein de ces Permanences est la reconnaissance d'une « biolégitimité » universelle, définie comme la « reconnaissance supérieure donnée au principe du maintien en vie » (Fassin et al., 2001 : 146). Cette reconnaissance de la biolégitimité s'applique de manière inconditionnelle à tous les patients se présentant à la PASS. Autrement dit, si la vie du patient se révèle menacée, alors les critères d'exclusion décrits plus haut sont levés exceptionnellement. Cet ajustement de la frontière de l'accès aux soins participe à la définition d'une catégorie de patients dominée (les patients non-solvables), à qui on attribue des besoins et des moyens propres basés sur des représentations de ce qu'est la « vie nue » (une vie biologique dénuée de ses dimensions politiques [Agamben, 1997]). Cette dernière a une valeur sacrée que la médecine s'est donné pour devoir de protéger. Elle se construit en contraste avec ce que serait la vie augmentée de droits politiques, qui n'est pas reconnue chez les patients non solvables.
- 10 Ensuite, ce qui ressort des propos de ce médecin est l'intrication des considérations économiques avec celle de la protection de la vie nue des patients, avec pour résultat l'extension de la frontière de l'accès aux soins. Ainsi, les professionnels de la PASS dérogent également à la règle de l'exclusion au nom d'une rationalité économique, lorsque des patients non solvables se présentent avec des problèmes de santé ne mettant pas leur vie nue en danger immédiatement, mais risquant de le faire, l'absence de prise en charge entraînant alors des surcoûts. La protection en amont de la vie nue des patients non solvables coûte moins cher que la protection en urgence de situations aiguës. La dimension financière construit les modalités (et la temporalité) d'application de la biolégitimité et permet de légitimer l'extension de la prise en charge des patients illégitimes.
- 11 La seconde limite à l'exclusion des patients illégitimes renvoie à une biopolitique de protection de la population générale construite en termes de santé publique : les maladies et infections contagieuses (comme par exemple le VIH, les hépatites ou la tuberculose) sont prises en charge chez tous les patients sans condition. Une activité de prévention et

de dépistage est également réalisée. Cette mission de santé publique participe à la définition des frontières à géométrie variable de l'accès aux soins.

- 12 Ces deux missions de protection montrent le statut spécial des politiques sociales dans le domaine de la santé qui doivent composer avec des fonctions proprement biopolitiques. Les frontières dématérialisées, démultipliées et malléables permettent de rendre compatibles la gestion répressive de catégories de migrants illégitimes avec des missions biopolitiques qui la transcendent.

## Les frontières morales de l'accès aux soins des migrants

- 13 Lorsqu'on regarde de plus près les interactions à la PASS, on constate que les frontières de l'accès aux soins sont plus complexes que ce que nous venons de décrire. En fait, en situation, l'illégitimité des patients non solvables ne s'explique que rarement par l'argument économique, elle prend plutôt les traits d'un argument moral basé sur l'idée de mérite caractéristique des dispositifs d'assistance (Castel, 2007 ; Dubois, 2010) et des administrations de l'immigration (Darley, 2010 ; Spire, 2008). Le mérite des migrants peut être reconnu soit par une démonstration des capacités d'intégration dans la société (volonté de travailler pour mériter sa place), soit lorsque la souffrance qu'ils mettent en scène suscite l'empathie du professionnel (Chauvin et Garcés-Masareñas, 2014 ; Fassin, 2010).
- 14 Le processus de décision à l'issue duquel un patient sera inclus ou exclu de la PASS se déroule au cas par cas lors d'une entrevue avec le médecin ou l'assistant social. À cette occasion, une place centrale est faite au récit, par les patients, de leur parcours migratoire et des raisons de leur venue. Ce moment est particulièrement incertain pour les patients non solvables (e.g. étrangers avec un visa de tourisme et étrangers en situation irrégulière nouvellement arrivés), vers lesquels le soupçon des professionnels est particulièrement dirigé.
- 15 « Après c'est vrai que bon, les gens qui viennent accoucher en France, il y a un moment donné où on ne peut pas les empêcher d'accoucher, après ils reçoivent la facture, ça ne me gêne pas non plus. Après, c'est quand même un peu compliqué. Tu ne peux pas non plus venir exprès pour accoucher, repartir, "au revoir, j'ai pas de Sécu". » (extrait d'entretien avec la cadre socioéducative responsable de la PASS d'un hôpital de banlieue parisienne, janvier 2011)
- 16 Dans l'extrait d'entretien ci-dessus, le refus passe par la condamnation morale d'un comportement jugé comme mauvais pour la société d'accueil. La volonté de bénéficier de soins en l'absence d'une inscription dans la communauté française est condamnée moralement et présentée comme un abus. L'exclusion des femmes enceintes venant accoucher en France est doublement réalisée, d'abord par leur absence de droits en matière de couverture maladie, puis elle est confirmée et justifiée par une condamnation morale d'un comportement (celui du « profiteur » ou du « tricheur »). Cette classification crée des catégories de « mauvais migrants » et appose une interprétation morale aux discours sur les frontières dématérialisées.

A.S. PASS : (à propos des patients sous visa) « On leur demande quel est leur projet. En général, [s]'ils nous disent "écoutez, moi je suis venu clairement pour rester".

Donc on leur dit “écoutez, sachez que vos droits seront telle et telle chose une fois que votre visa sera expiré”. Mais on ne leur dit pas “revenez-vous faire soigner dès que votre visa sera périmé”. Non on leur dit qu'ils ont des droits, qu'ils auront des droits en tout cas quand le visa aura pris fin, mais c'est pas dit tout à fait comme ça. (Rires) Mais effectivement de toute façon on est là pour expliquer aux gens quels sont leurs droits, donc on leur dit. » (extrait d'entretien réalisé avec l'assistante sociale de la PASS d'un CHU de la banlieue parisienne, janvier 2011)

- 17 À l'opposé, certaines situations sont plus à même de susciter une catégorisation morale positive en tant que « bon migrant » ou « migrant méritant ». C'est ce dont témoigne l'extrait d'entretien ci-dessus dans lequel l'assistante sociale de la PASS affirme n'opposer qu'une exclusion temporaire aux patients sous visa (et donc non solvables) qui souhaitent s'installer en France. Dans ces cas-là, les professionnels peuvent faire jouer leurs marges de manœuvre afin de détourner l'exclusion (comme par exemple en informant les patients sur leurs futurs droits), alors qu'ils ne le feront pas avec des patients jugés comme non méritants. De même, le corps souffrant, la douleur, lorsqu'ils sont perçus comme authentiques par les professionnels aboutissent à une légitimation de la demande du patient, c'est le cas de migrants nouvellement arrivés racontant un parcours d'exil et pour lesquels le critère de proximité ou la présence d'un visa ne sont plus des obstacles à la prise en charge à la PASS (Geeraert, 2016).
- 18 Le jugement moral agit donc au bord du système de la PASS et déplace, à l'échelle individuelle, les frontières de l'accès aux soins dans un régime d'exception. Ce jugement moral réalise un exercice typique des institutions en charge du gouvernement des catégories menacées d'exclusion sociale : gestion de la question sociale, contrôle des comportements, condamnation morale de la mauvaise pauvreté — ici transposée à une mauvaise migration —, valorisation du migrant méritant — celui qui souffre ou qui souhaite s'intégrer à la société française (Dubois, 2010 ; Fassin, 2010).
- 19 À partir des différents cas de figure rapportés ici, on saisit la prégnance et la force des frontières agissant au bord du système de santé. Si elles sont dématérialisées et malléables, elles n'en constituent pour autant pas moins des « *social boundaries* » (Lamont et Molnár, 2002) car elles concrétisent des inégalités sociales dans l'accès aux et la distribution des ressources de santé. Oscillant autour des catégories des administrations de l'immigration, ces « frontières sociales » de l'accès aux soins se réalisent dans les statuts des migrants et prolongent à l'intérieur de la société les frontières physiques de l'État-nation séparant les citoyens des non-citoyens. Elles participent ainsi à une gestion de certaines catégories de migrants illégitimes. Les lignes qu'elles tracent entre exclusion et inclusion au dispositif révèlent un travail d'identification subtil agissant à plusieurs niveaux. Les frontières excluant certains migrants illégitimes s'adaptent et connaissent des exceptions afin de répondre aux exigences des domaines qu'elles traversent. La protection de la vie ou de la population, les bonnes pratiques de soins, le mérite, sont autant d'éléments qui peuvent modeler ces frontières dont dépendent en matière de santé des droits à géométrie variable. Cette stratification fine des marges du système de santé est l'expression des objectifs multiples de cette politique mêlant biopolitique et politique sociale. Elle renvoie également aux contraintes budgétaires imposées par les politiques néo-managériales et de réduction des dépenses de santé.



---

## BIBLIOGRAPHIE

- Belorgey, Nicolas (2010) : *L'hôpital sous pression*. Paris (La Découverte).
- Carde, Estelle (2007) : « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, 19.2, p. 99-109
- Castel, Robert (2007) : *Les métamorphoses de la question sociale. une chronique du salariat*, Paris (Gallimard).
- Chauvin, Sébastien et Garcés-Masareñas Blanca (2014), « Becoming Less Illegal : Deservingness Frames and Undocumented Migrant Incorporation », *Sociology Compass*, 8.4, p. 422-432.
- Darley, Mathilde (2010) : « Le pouvoir de la norme. La production du jugement et son contournement dans les lieux d'enfermement des étrangers », *Déviance et Société*, 34.2, p. 229-239.
- Dubois, Vincent (2010) : *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*. Paris (Economica).
- Fassin, Didier, Jacqueline Costa-Lascoux et Marie-Antoinette Hily (2001) : « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration », *Revue européenne de migrations internationales*, 17.2, p. 139-151
- Fassin, Didier (2010) : *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Paris (Gallimard).
- Fischer, Nicolas (2009) : « Jeux de regards. Surveillance disciplinaire et contrôle associatif dans les centres de rétention administrative », *Genèses*, p. 45-65.
- Gabarro, Céline (2012) : « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, 28.2, p. 35-56
- Geeraert, Jérémy (2014) : « Une médecine de la précarité à l'hôpital : tensions et enjeux sur la conception du soin. Le cas des permanences d'accès aux soins de santé », in Pierre, Thomas, Déborah Kessler et Anne Fernandes, dir. : *Autour du soin. Pratiques, représentations, épistémologie*. Nancy (PUN-Éditions universitaires de Lorraine), p. 53-70
- Geeraert, Jérémy (2016) : « Le touriste et le réfugié. Logiques de catégorisation des patients migrants et précaires à l'hôpital public », *Cliniques méditerranéennes*, 94.27, p. 69-82
- d'Halluin, Estelle (2012) : *Les épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face à la politique du soupçon*. Paris (EHESS).
- Izambert, Caroline (2010) : « 30 ans de régressions dans l'accès aux soins », *Plein droit*, 3, p. 5-9
- Lamont, Michèle et Virág Molnár (2002), « The Study of Boundaries in the Social Sciences », *Annual Review of Sociology*, 28, p. 167-195.
- Médecins du Monde (2006) : « "Je ne m'occupe pas de ces patients", Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale d'État dans 10 villes de France ».
- Paugam, Serge (1991) : *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris (Presses universitaires de France).

Pierru, Frédéric (2007) : *Hippocrate malade de ses réformes*. Bellecombe-en-Bauges (Editions du Croquant).

Siblot, Yasmine (2006) : *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*. Paris (Science Po).

Spire, Alexis (2008), *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*. Paris (Raisons d'agir).

## NOTES

1. Nous précisons que nous ne traitons pas ici l'ensemble du phénomène migratoire. Comprenant celui-ci dans le cadre d'une conception stratifiée de la société, nous considérons la migration de groupes socialement et économiquement dominés.

2. La participation de différents types de professionnels (étatiques ou associatifs) à la construction des frontières de la nation a été abordée dans d'autres études sociologiques. Voir notamment d'Halluin (2012) ou Fischer (2009).

3. Loi n° 98-657.

4. Circulaire n° DGOS/R4/2013/246.

5. Le matériau empirique a été récolté dans le cadre d'une thèse de sociologie sous la direction de Marie Jaisson, en cours de préparation à l'université Paris 13. Elle s'appuie sur une large enquête empirique réalisée entre 2010 et 2013, durant laquelle nous avons effectué 41 entretiens semi-directifs, principalement avec des professionnels de la PASS, et sur deux monographies de PASS (une à Paris et une dans une banlieue parisienne défavorisée) à l'occasion desquelles nous avons observé les interactions avec les patients. D'autres observations ont été réalisées plus ponctuellement dans d'autres PASS. En tout, 13 PASS ont été intégrées au corpus, elles sont situées à Paris, en banlieue parisienne et dans des grandes et moyennes villes de région.

6. Dans les rapports d'activité des PASS que nous avons collectés, le taux d'étrangers varie entre 75 et 100 % parmi les patients. Mais ces taux peuvent être plus bas selon le type de PASS et sa localisation géographique.

7. L'AME est une couverture maladie réservée aux étrangers en situation irrégulière et aux ressortissants pauvres de l'Union européenne. La CMUC est la couverture maladie gratuite réservée aux citoyens français et aux étrangers pauvres en situation régulière (exceptés les ressortissants européens pauvres). La pauvreté est définie par un seuil (fixé à 721 € par mois pour une personne seule).

8. Circulaire n° DGOS/R4 n° 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des Permanences d'accès aux soins de santé.

9. Les demandeurs de l'AME doivent fournir des preuves de leur présence en France depuis au moins trois mois. Une année maximum doit s'être écoulée depuis la date de leur demande. Ainsi, les étrangers en situation irrégulière et les ressortissants européens pauvres nouvellement arrivés en France n'ont en principe pas accès à une couverture maladie et sont exclus de certaines PASS.

10. Pour pouvoir bénéficier de l'AME, il faut faire une déclaration de revenus inférieure à un certain montant qui est fonction du nombre de personnes constituant le foyer (ce sont les mêmes limites de revenus que celles de la CMUC). Voir *supra*.

11. Les étrangers avec un visa valide sont soit des personnes en visite en France (souvent des membres de la famille de personnes vivant en France) ou des personnes se servant du visa pour immigrer illégalement en France.

12. Le lien entre critère d'accès à la couverture maladie et statut de séjour s'est construit historiquement depuis les années 1970. Cf. Izambert, 2010.

---

## RÉSUMÉS

Cet article analyse la construction et les fonctions de frontières invisibles qui s'érigent à l'intérieur de l'État français dans le domaine de l'accès aux soins. À partir d'une enquête empirique qualitative dans les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), nous proposons d'étudier la façon dont les migrants en situation de précarité multiple sont traités. Les résultats soulignent la prégnance et la force de ces frontières marquant les limites du système de santé public et à l'intérieur desquelles s'intriquent des dimensions biopolitiques, économiques et sociales.

Der Artikel untersucht die Konstruktion und die Funktionen unsichtbarer Grenzen, die innerhalb des staatlichen Gesundheitswesens in Frankreich existieren. Auf der Grundlage einer empirischen und qualitativen Forschung in den Permanences d'accès aux soins de santé (PASS – Medizinischer Notdienst für Menschen in prekären Lebensverhältnissen) analysiert dieser Beitrag den staatlichen Umgang mit Migranten, deren Lebensumstände auf verschiedenen Ebenen prekär sind. Die Ergebnisse unterstreichen die Wirkungsmacht dieser Grenzen an den Rändern des öffentlichen Gesundheitssystems, innerhalb derer sich biopolitische, ökonomische und soziale Dimensionen verknüpfen.

## INDEX

**Index géographique :** France

**Schlüsselwörter :** Staatsbürgerschaft, Migration, Zugang zu medizinischer Versorgung, Grenzen, soziale Stratifikation, staatliche Lenkung, Biopolitik, New Public Management, staatliches Gesundheitssystem

**Mots-clés :** citoyenneté, migration, accès aux soins, frontière, stratification sociale, gouvernement, biopolitique, politiques néomanagériales, système de santé public

## AUTEUR

**JÉRÉMY GEERAERT**

geeraert.j@gmail.com, doctorant en sociologie, université Paris 13