

Soins en Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) : la vulnérabilité comme facteur d'innovation et de résilience

Claire Georges-Tarragano¹, Denis Mechali², Benoît Pons³

¹ Responsable médicale de la PASS de l'hôpital Saint-Louis,

² Ancien praticien hospitalier et médecin vacataire en PASS,

³ Normalien au département de philosophie de l'Ens et étudiant en administration publique à Sciences Po Paris

RÉSUMÉ

Reposant sur le témoignage de professionnels exerçant à la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'hôpital Saint-Louis à Paris, le présent article vise à comprendre ce qui fait la spécificité de ce service, spécialisé dans la prise en charge de patients cumulant des vulnérabilités. Il apparaît que les problèmes auxquels font face les PASS en général appellent des solutions qui résident dans des principes éthiques pratiques peu exploités par le système de santé français contemporain, en particulier ceux des éthiques du care. Reprenant certains concepts développés par ce courant, il problématise alors la vulnérabilité en PASS comme vulnérabilité dynamique, propre aux patients mais également aux soignants et à l'hôpital eux-mêmes. Ce constat aboutit à des propositions concrètes visant à construire un nouveau modèle de soins, sur le fondement d'une vulnérabilité dynamique. Ces solutions sont moins des réponses définitives que des propositions ouvertes à destination des lecteurs, praticiens et philosophes.

MOTS-CLÉS : vulnérabilité, care, innovation, résilience.

DOI : 10.51328/240101

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des dispositifs encore insuffisamment connus dans notre système de santé. Accueillant des patients avec des situations médico-sociales complexes, hors des cadres préétablis, elles ont incité les professionnels qui y travaillent à adapter les prises en charge des patients en développant une démarche de santé globale répondant à de nombreux enjeux actuels. L'idée de santé globale fait référence à la célèbre définition que l'OMS donne de la santé, comme « état de complet bien-être physique, mental et social », qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946). Nous reprenons ici cette définition pour souligner l'importance d'une réelle prise en compte, dans la relation de soin, de la situation biographique, sociale ou encore économique des patients des PASS. L'exemple des patients migrants en est sans doute un des meilleurs exemples. Les PASS sont des loupes grossissantes des problématiques qui traversent l'ensemble du système de santé. Elles sont aussi

des sources d'analyse et de dépassement de nombreux paradoxes.

Un de ceux-ci est que la vulnérabilité des patients, des professionnels et des PASS elles-mêmes est un facteur d'innovation et de résilience à la fois individuelle et collective.

Le public des PASS est caractérisé par un cumul de vulnérabilités

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont définies comme des consultations d'accès aux soins dédiées aux patients en situation de précarité. Ces situations sont caractérisées par un cumul de vulnérabilités (absence d'hébergement, isolement, difficultés financières, barrière de la langue, absence de couverture sociale, etc.) qui s'associent à des pathologies médicales parfois lourdes. Le public accueilli, s'il varie selon les territoires, est majoritairement composé de patients migrants dans les hôpitaux des grandes villes, présentant une grande var-

été de pathologies, mais où la présence de psychotraumatisme est évaluée dans au moins dans 30 % des cas (Tapié de Célebran et al., 2017).

Ces vulnérabilités matérielles affectent aussi bien la santé que la prise en charge médicale. Aussi, nous évoquerons dans cet article, à partir de notre expérience des PASS, les leçons de la pratique du soin auprès des publics les plus vulnérables. Plus particulièrement, nous nous attacherons à comprendre ce que cette pratique nous apprend de façon plus large sur l'articulation des deux dimensions du soin que sont le *cure* et le *care*. Si le *care* peut être défini comme « manière de regarder le monde à partir des besoins générés par la vulnérabilité du vivant » (Molinier, 2023), il renvoie également ici à une pratique, qui transforme aussi bien le soignant qu'elle vise à soigner le patient (Mechali, 2015). La question de cette articulation entre *cure* et *care* vient donc interroger en retour la vulnérabilité des soignants eux-mêmes face à des situations complexes et paraissant parfois sans issue.

Dans la prise en charge de patients qui semblent doublement vulnérables (d'abord par leur qualité de simple patient, auquel la vulnérabilité est inhérente, mais aussi en tant que cumulant des *vulnérabilités situationnelles*), les différents modèles de PASS ont développé une organisation complexe, se traduisant désormais par une expertise unique dans la prise en charge de ces vulnérabilités (*Encadré 1*), en leur apportant des soins fondamentaux mais aussi en les accompagnant dans leurs parcours de soin, pour les intégrer, dans la mesure du possible, aux dispositifs de droit commun. En cela, en ce qui concerne la pratique médicale elle-même, les cadres théoriques et pratiques posés par les éthiques du *care*¹ semblent s'appliquer avec une acuité particulière au cas des PASS, dont l'objectif est d'intégrer à « l'agir médico-social » toutes les dimensions du soin (approche biographique, prise en compte du récit détaillé des parcours de migration, pluridisciplinarité des expertises par exemple). En effet, le soin y est tout entier fondé sur un principe du *care* que définit Patricia Paperman comme le fait de « prendre en considération le temps de la vie dans sa totalité, et pas seulement une portion qui serait prélevée en mettant hors champ, entre autres, les phases de début et de fin [...] » (Paperman, 2009), ce qui a une valeur thérapeutique globale importante, notamment en cas de psychotraumatismes survenus dans les parcours migratoires. Dans de telles situations où le psychisme se retrouve fragmenté, il est thérapeutique en soi de bénéficier d'espaces où le soin associe les dimensions médicale, sociale et psychique, toutes dimensions indispensables pour restaurer l'unité psychique et reconstruire la santé globale. Cette globalité ne se satisfait pas d'une relation dyadique patient – médecin mais « implique la coordination entre les activités de protagonistes multiples, situés à l'intérieur de la sphère domestique, ou à l'extérieur : professionnels, aux-

¹ Nous retenons ici une perspective large de la notion de « *care* ». Le *care* repose sur l'instauration dans la relation de soin de pratiques historiquement considérées comme féminines. Cette notion a donc été débattue en raison de son caractère genré. En effet, elle pourrait conduire à une forme d'essentialisme des comportements dits féminins. Cet article ne se situe pas dans cette approche mais retient une perspective plus universelle, permettant de prendre en compte la vulnérabilité présente dans chaque être vivant et caractérisant un « monde vulnérable » comme l'a notamment fait Joan Tronto. Ainsi, nous pensons que les caractéristiques prétendument féminines de la relation de soin inspirées par le *care* doivent être adoptées par tout soignant, sans distinction de genre, ni hiérarchisation entre une perspective technique réputée masculine et une perspective de sollicitude réputée féminine.

iliaires, agents d'institutions publiques, etc. » (Paperman, 2009). En cela, les PASS semblent tout à fait exemplaires puisqu'elles intègrent d'autres acteurs (dans la plupart des cas l'assistant ou l'assistante sociale, le ou la psychologue, une personne de confiance : *Encadré 2*) permettant de restaurer un lien entre l'hôpital et le reste de la vie du patient. Cette approche globale, intégrative, permet de répondre efficacement à une problématique majeure du système de santé, sa fragmentation et ses clivages, en particulier entre la ville et l'hôpital, le somatique et le psychique, le médical et le social.

De surcroît, il apparaît que les soignants rencontrent dans les PASS des situations qui pourraient à terme se poser à tous les services d'un hôpital. Didier Sicard y voyait – et les valorisait comme telles – des « sentinelles du désastre » tout en formulant l'espoir qu'elles deviennent plutôt des « avant-gardes du futur – un futur orienté vers une médecine aussi ajustée que possible, la plus utile et la moins dépensière » (Sicard, 2016). Dans cette perspective, notre ambition est ici de montrer que les PASS sont des observatoires, des « loupes grossissantes », d'enjeux contemporains de notre système de santé, et illustrent donc ses vulnérabilités tout comme elles permettent de formuler des propositions pour l'améliorer.

Encadré 1 : Les PASS, des services dédiés aux patients vulnérables

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des dispositifs le plus souvent intra-hospitaliers permettant une prise en charge médicale et sociale de patients en situation de précarité. Elles ont été mises en place dans le cadre de la loi de Lutte Contre les Exclusions de 1998 (Loi d'orientation no 98-657 du 29 juillet 1998). L'article L. 6112-6 du Code de la santé publique présente ainsi ce dispositif comme des « cellules de prise en charge médico-sociales qui doivent faciliter l'accès aux soins des personnes démunies au système hospitalier [...], et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale ».

Plusieurs modèles d'organisation de PASS existent. Les « PASS dédiées » associent des professionnels de champs variés dans une même unité de lieu (médecin, assistante sociale, infirmière, psychologue...). Ce sont avant tout des consultations de médecine générale mais il existe également des « PASS spécialisées », comme des PASS bucco-dentaire, des PASS mère-enfant ou des PASS psychiatriques qui peuvent permettre un accès à des soins spécifiques à des patients en situation de précarité. Il existe également des « PASS transversales » reposant sur une organisation non centralisée dans laquelle l'assistante sociale est la personne référente et intervient sur tout l'hôpital, des « PASS mobiles » avec des professionnels allant vers les publics en situation de vulnérabilité et des PASS de ville sur le modèle des PASS dédiées intra-hospitalières (Georges-Tarragano, 2015).

Notre texte s'appuie avant tout sur le modèle de la PASS dédiée généraliste de l'hôpital Saint-Louis (APHP), à Paris.

Encadré 2 : Témoignage de Céline Le Bivic, psychologue clinicienne à la PASS de l'hôpital Saint-Louis
« Un patient se présente à la PASS de Saint-Louis. Il cherche du regard des infirmières dans le bureau d'accueil, esquise un sourire en retour du sourire reçu et du regard bienveillant qui lui est porté. Il tient du bout de ses doigts un papier, le donne, et sort de son sac tout un dossier rempli de papiers : étrange paradoxe des personnes nommées « sans papier ». Un geste de la tête, une main pour lui indiquer qu'il peut s'asseoir. Il raconte son histoire et ce qui le préoccupe avec ses mains et quelques rares mots d'anglais. Il va être reçu par le médecin. Lors de la consultation avec un interprète au téléphone, il parlera de son histoire, de ses douleurs, du parcours migratoire où il a subi des sévices. Il apparaît qu'il présente des troubles de stress post-traumatique qui se traduisent par des cauchemars et des troubles de la mémoire qui l'inquiètent beaucoup. Il vient d'Afghanistan, où il était menacé de mort, et a parcouru plus de neuf pays pour arriver en France. Il accepte de voir la psychologue. Il exprime ne pas savoir pourquoi mais prend la main qui lui est tendue.

La proposition de soins psychiques par la rencontre avec une psychologue est un moment particulier. Il s'agit d'un cadre souvent inédit qui s'intègre dans un accompagnement global : rencontre avec les soignants, le médecin et l'assistante sociale. La personne a un espace pour poser sa parole, raconter son histoire, recoudre le fil de son vécu pour penser et restaurer la continuité de sa vie. Tout ce qu'il dit est sa vérité psychique. Il n'a rien à prouver. Le patient ose poser sa confiance ; début d'un espoir, d'une re-co-naissance.

La PASS fonctionne hors de la logique unique : symptôme, maladie, traitement. Les situations dramatiques et complexes rencontrées exposant vulnérabilité et fragilité obligent le regard pluriel pour un accompagnement global où psyché et soma s'entremêlent.

La vulnérabilité du patient exprimant sa détresse et son espoir mobilise le soignant en tant que « care giver » mais aussi en tant que citoyen. Surgit alors un engagement, une nécessaire conjugaison des regards et des expériences des différents professionnels pour apporter délicatement au plus juste, le meilleur accompagnement du patient fragile. Les vulnérabilités se croisent et permettent la rencontre.

« C'est bien de vous parler. Merci de m'écouter, madame » dit-il à plusieurs reprises. Il passe d'un rendez-vous à l'autre malgré la distance et le risque de recevoir une contravention dans les transports. Tout doucement, se déplie petit à petit sa pensée. Ses émotions s'expriment. L'attention à et le souci de l'autre nécessitent un espace de rencontre, d'écoute, à partir duquel peut émerger une narrativité réflexive.

Se revoir est une promesse de continuer d'exister qui s'oppose aux troubles de stress post-traumatique.

En retour, le soin donné par le soignant ravive l'essence même de la valeur du soin, la raison pour laquelle il a choisi d'exercer, une éthique qui garantit la reconnaissance de chacun. C'est la garantie de la reconnaissance de la dignité de chacun, à sa juste place, qui opère.

Travailler à la PASS oblige à s'articuler aux dilemmes éthiques de la clinique quotidienne. C'est au quotidien une croisée des chemins où chaque professionnel converge, donne sens et co construit dans un esprit d'équipe. »

Les PASS comme organisations vulnérables

La vulnérabilité caractéristique des patients des PASS est indissociable de la vulnérabilité des PASS et de leurs équipes soignantes elles-mêmes d'une part, et de la vulnérabilité de notre système de santé d'autre part.

Ce prolongement peut paraître surprenant. Il apparaît d'abord banal d'évoquer la vulnérabilité du système de santé français tant ce thème est évoqué de manière récurrente.

Il apparaît ensuite – au moins du point de vue du patient, rivé à sa douleur et formulant l'espoir d'un pouvoir de guérison totale de son médecin – d'admettre une vulnérabilité du soignant dans son activité tant celle-ci renvoie étymologiquement à la blessure et tant il paraît inconcevable d'être guéri par quelqu'un qui accuse lui-même une blessure, une douleur, une affection – de quelque nature qu'elle soit. Les PASS et leurs professionnels sont toutefois vulnérables à plusieurs titres, dans leur pratique elle-même. D'une part, ils sont mis en difficulté d'être confrontés à des situations complexes. D'autre part, ils ressentent souvent un manque de considération. Dans le contexte d'un service dédié aux patients les plus vulnérables, ces deux difficultés font écho au « rapport aux pauvres et à la pauvreté tel qu'il s'est historiquement constitué à l'hôpital » évoqué par Didier Fassin (Fassin, 2000). Il observe que les pauvres sont à la fois « désirés et indésirables » dans l'hôpital public : « désirés car ils justifient la mission de toujours de l'hôpital, sa mission d'hospitalité. En même temps, l'indésirabilité des pauvres et plus particulièrement de certaines catégories, ici les toxicomanes, là les immigrés, demeure manifeste à l'hôpital ».

Notre perspective cherche à démontrer qu'une conception active de la *vulnérabilité médicale*, dans un sens de *souci*, de *responsabilité pour autrui* et de réponse à un besoin, est un facteur de solidification de notre système de santé, à condition de s'abstraire de certains de ses paradigmes.

Mise en perspective avec les leçons de la crise sanitaire

La vulnérabilité des PASS et des soignants eux-mêmes, comme tous les métiers de la chaîne globale du *care*, a été mise en évidence par la crise sanitaire, sans que ces derniers ne connaissent de revalorisation significative, financière ou symbolique, à son issue.

Nous retrouvons dans le modèle d'organisation des PASS de façon structurelle ce qui est apparu comme facteur d'efficacité de façon conjoncturelle pendant la crise Covid, avec la mise en œuvre d'une organisation informelle, d'une approche plus collaborative, participative et inclusive (Georges-Tarragano, 2020). Si la crise Covid a montré la vulnérabilité non seulement des patients mais aussi des soignants et du système de santé, hospitalier en particulier, elle a aussi fait surgir en retour une capacité d'adaptation et de transformation qui semblait inimaginable auparavant. En particulier, le *care* y est apparu comme une dimension essentielle du soin, aussi bien à l'échelon de la relation de soin, des organisations de soin que de la société. Cette période a aussi permis de prendre conscience de l'interdépendance globale des soins en mettant en évidence l'importance des professionnels « invisibles » mais ayant néanmoins des fonctions de support indispensables à la société. Elle a en outre montré

l'impact majeur du contexte et de l'environnement avec des taux de mortalité beaucoup plus élevés dans les milieux plus défavorisés, d'une part en raison de la promiscuité, d'autre part du fait de la présence de comorbidités (diabète, obésité, HTA, etc.) Pour cette raison notamment, Richard Horton, rédacteur en chef de la revue *Lancet* a évoqué la crise Covid comme une « syndémie »² et non une pandémie, plaidant ainsi pour la nécessité d'une approche plus globale du soin (Horton, 2020).

Si de nombreux professionnels de santé ont beaucoup souffert de la pandémie dans leur pratique professionnelle, elle a pu paradoxalement être vécue par d'autres comme une période d'épanouissement professionnel, dans la mesure où elle a montré que la performance des soins passe avant tout par la confiance faite aux professionnels et à leur capacité d'adaptation et de coopération entre acteurs de champs professionnels variés. Il est certain qu'elle a contribué à modifier la société en profondeur, en particulier dans le lien au travail et la recherche de sens et d'un équilibre entre épanouissement personnel et professionnel, d'horizontalité, de collaboration, de liens. Le phénomène de démissions sans précédent de professionnels hospitaliers sur laquelle elle a débouché en est un exemple marquant. A ces démissions concrètes s'ajoutent aussi les « démissions silencieuses », dites « *quit quitting* ». Il est probable qu'un facteur explicatif important, notamment à l'hôpital, soit lié à une désillusion face à un retour à l'organisation préexistante marquée par un excès de normes, de procédures, de directives « *top down* » décorrélées des réalités de terrain, issue d'une vision managériale différente de l'organisation des soins faite par les soignants eux-mêmes pour répondre à la complexité des premières vagues. Il nous semble ainsi qu'il y a dans le modèle d'organisation des PASS une réponse aux évolutions souhaitées par la société au décours de la crise Covid, ne serait-ce que dans la quête de sens au travail (*Encadré 3*).

Encadré 3 : Travail médical et vulnérabilités dans les PASS.

Témoignage de deux étudiants en médecine^a

Lorsque nous disions à nos camarades de promotion ou aux internes rencontrés dans nos services précédents que nous allions passer un trimestre d'externat à la permanence d'accès aux soins de santé de l'hôpital Saint-Louis, ils nous partageaient un discours empreint de préjugés sur les patients « *compliqués* » et « *fatigants* » que nous allions y soigner ; pour eux, les soigner ne saurait être qu'une expérience « *décourageante* ». Après trois mois passés ici, force est de constater que la vulnérabilité des patients n'est en aucun cas une source de frustration. Les modalités du soin que le service s'efforce de mettre en place semblent au contraire constituer un remède contre les phénomènes aux racines de la perte de sens ressentie par les jeunes soignants, qui n'ont eu pour environnement de travail que des services dont les moyens étaient alloués en fonction d'objectifs de performance chiffrés. Cette manière d'organiser le soin, à laquelle nous sommes habitués par la force des choses, est incompatible avec la prise en charge de la complexité inhérente des personnes vulnérables que nous recevons à la permanence d'accès aux soins, dont les prises en charge doivent obligatoirement être patientes, pluridisciplinaires, adaptables, et surtout, doivent soigner l'humain dans son individualité autant qu'elles traitent sa maladie. Être soignant à la PASS nous a obligé à prendre en charge tous les patients dans leur globalité pour qu'ils puissent guérir, c'est-à-dire retrouver leur capacité d'adaptation vis-à-vis des aléas de leur vie, en sachant prendre en compte leurs aspirations biographiques souvent déterminées par leur parcours migratoire, leur situation psychosociale et en encourageant leur adhésion aux soins entrepris en mettant en avant leur résilience. Le soin personnalisé que nous avons été en position d'exercer nous permet de reconquérir le sens de la vie que nous avons choisie en nous lançant dans des études de santé après le lycée. Plutôt que l'expérience aliénante de n'être un rouage dans une chaîne de production d'un travail standardisé, on se retrouve en position de façonner les thérapeutiques en alliance avec chaque patient, comme un artisan qui exerce son ingéniosité dans la confection autonome d'un objet sur mesure, ce qui rend le travail vivant, pour reprendre les mots que Christophe Dejours emploie dans son article « le travail comme énigme » (Dejours, Molinier, 1994). Apprendre à soigner les plus vulnérables, activité *complexe* mais en aucun cas « *compliquée* » quand nous disposons des moyens adéquats pour la faire, nous permettra de trouver nos propres résiliences face à la vulnérabilité que les difficultés structurelles de l'hôpital créent dans notre exercice, et dépasser les contradictions dans lesquelles cette tension peut nous mettre. Après trois mois seulement, nous ne comprenons plus comment il serait possible de faire autrement.

^a Louise Malet et Félix Wolfram, étudiants en 5^e année de médecine à l'Université Paris-Cité

² Une syndémie caractérise un entrelacement de maladies, de facteurs biologiques et environnementaux qui, par leur synergie, aggravent les conséquences de ces maladies sur une population.

Un lieu de paradoxes

Les PASS sont avant tout des lieux du paradoxe, ce qui semble à première vue les caractériser comme lieux fragiles et vulnérables, notamment en matière de ressources. De façon très concrète, les crédits qui financent les PASS sont considérés par les directions des hôpitaux comme non pérennes, celles-ci étant alors réticentes à créer des postes sur des crédits susceptibles d'être révocables. Les PASS ont par ailleurs dans plusieurs hôpitaux une activité insuffisante pour nécessiter des postes de médecins titulaires à temps plein. Ainsi, plusieurs médecins de PASS exercent également dans d'autres structures, en particulier aux urgences, sur des vacations très mal payées et présentant une forme d'insécurité de l'emploi.

De fait, pour tout service d'un hôpital, les ressources sont limitées. Néanmoins, l'accueil permanent et inconditionnel des PASS illustre encore davantage cette tension. Aussi, la vulnérabilité vécue par les professionnels des PASS est liée plus étroitement aux structures, à l'institution, au temps, aux rapports soignant – soigné, ce qui peut à terme constituer une véritable fragilité pour le système de santé, mais qui peut aussi être *valorisé qualitativement* comme un principe d'innovation et de transformation féconde de l'institution hospitalière, proche en cela de ce qu'écrit Pascale Molinier au sujet du travail du *care*, évoquant « la vulnérabilité non comme une essence mais comme un dynamisme relationnel, un appel à la responsabilité du proche » (Molinier, 2023). Pascale Molinier – comme Joan Tronto par ailleurs – insistent ainsi fortement sur le fait que le *care* est une pratique, un travail, et que la disposition d'attention à l'autre ne doit pas s'égarer dans une vision uniquement « compassionnelle », ou « sentimentale » de l'empathie. La notion de réciprocité du *care*, l'interaction au cœur du processus, permettent de souligner cette spécificité, et indique quels outils sont nécessaires pour la mettre en œuvre. La volonté de transformer le système dont nous parlons – comme la dimension politique du *care* – rend d'autant plus importante l'attention à ces limites et à ces risques.

Le problème de l'estimation de la valeur des PASS constitue ainsi un autre facteur de leur vulnérabilité, soumises aux injonctions paradoxales générées par les modalités actuelles d'évaluation du soin. Cette évaluation étant essentiellement quantitative, la dimension qualitative n'y apparaît pas. La qualité des soins n'est donc pas valorisée. Il ne s'agit pas ici de critiquer l'idée même d'évaluation. Évaluer une activité ou un dispositif est logique et pertinent, tant que l'évaluation ne devient pas une fétichisation des chiffres, des nombres, des indicateurs quantitatifs, comme le nombre d'actes effectués, la durée d'hospitalisation, etc. au risque en effet d'amener à une impasse, lorsqu'il s'agit de juger des activités où le lien interhumain et la coordination sont des éléments clefs de la performance. Comme l'écrit, encore une fois, Pascale Molinier : « L'inestimable ne peut devenir l'évaluable au sens de la gestion, mais le travail inestimable donne une profondeur à l'activité d'aide ou de soutien ».

L'incitation à faire plus d'activité avec un budget contraint génère aussi des comportements individualistes et concurrentiels là où devraient prévaloir la complémentarité et la collaboration. Augmenter l'activité, c'est ainsi réduire le temps du soin, et donc de l'humain, de la relation de soin, des relations interindividuelles comme les temps de transmission des infirmiers et des infirmières

mais aussi celle des temps d'échanges informels pourtant essentiels. Si ces injonctions paradoxales apparaissent particulièrement dans les activités où la dimension humaine est marquée, comme la gériatrie ou les soins palliatifs, tous les services y sont confrontés. Ces tensions sont fortement ressenties dans les PASS car les situations y sont le plus souvent imprévues et complexes, hors des cadres préétablis. Elles nécessitent donc du temps et beaucoup d'interrelations entre professionnels.

Des difficultés similaires s'observent pour répondre aux appels à projets de recherche. Pour évaluer la qualité des soins, il est demandé aux responsables des PASS d'appliquer les modalités de la recherche clinique pensées pour évaluer quantitativement l'efficacité d'un médicament (évaluation en double aveugle, randomisée, multicentrique). Confrontés à ce type d'injonctions, les professionnels ressentent une dissonance et un manque de sens qui peuvent devenir source d'une véritable souffrance et conduire à quitter un métier qui leur tient pourtant à cœur. Ce qu'on appelle performance ne reflète en réalité que la dimension objective du travail et occulte les deux autres dimensions essentielles du travail, sa dimension subjective, celle du sens ou de la reconnaissance et sa dimension collective, celle de la collaboration, de l'entraide. Enfin, l'évaluation de la performance omet celle de la qualité de vie au travail, dont les prémices se trouvent dans la *Déclaration de Philadelphie* de l'Organisation internationale du travail de 1944, se donnant comme objectif « l'emploi des travailleurs à des occupations où ils aient la satisfaction de donner toute la mesure de leur habileté et de leurs connaissances et de contribuer le mieux au bien-être commun » (OIT, 1944).

Une approche contemporaine du soin

Ainsi, l'idée d'une vulnérabilité qui ne soit pas seulement passive mais dynamique, issue en particulier des éthiques du *care*, nous paraît porteuse de propositions pratiques et théoriques permettant de bâtir une approche contemporaine du soin.

Alors qu'elles sont le plus souvent ramenées à la spécificité des publics qu'elles prennent en charge et à une vision ancienne du soin, les PASS constituent aussi un modèle d'organisation innovant qui répond à des enjeux et des besoins contemporains. Dans des structures hospitalières marquées par l'inertie, des modalités d'évaluation majoritairement quantitatives, des procédures préétablies et une hiérarchie très verticale, la place des PASS apparaît à la fois anachronique (elles renvoient d'une certaine manière à la structure du « dispensaire », que d'aucuns souhaiteraient définitivement exclure de l'hôpital contemporain, se voulant caractérisé avant tout par sa technicité) et décentrée (son mode de fonctionnement échappant en théorie comme en pratique à la verticalité).

Ces spécificités sont pourtant selon nous vectrices de propositions pour réformer l'hôpital contemporain, et en particulier intégrer à sa « gouvernance » des principes d'action issus des éthiques du *care*.

Décloisonnement et pluridisciplinarité

Concrètement, l'approche de santé globale liée au decloisonnement pluriprofessionnel permet de répondre efficacement à la complexité de situations pour lesquelles le système de santé actuel n'est pas adapté en raison de sa

fragmentation et de ses clivages entre la ville et l'hôpital, le somatique et le psychique, le médical et le social. Ce modèle permet aussi d'observer l'entremêlement des dimensions techniques et humaines dans l'ensemble du système de soin. Il permet enfin de soulever la question de la démocratie sanitaire (entendue dans un sens large, comme visant à intégrer les patients, les associations de patients et les soignants à la prise des décisions affectant le système de santé) et celle des inégalités sociales d'accès aux soins, qui y est en grande partie afférente.

Un exemple limite est celui de l'articulation de l'efficacité de technologies et de thérapeutiques de pointe (les thérapies ciblées en oncologie par exemple) avec les principes d'équité et de durabilité (au fondement de l'idée de « démocratie sanitaire » car supposant que les ressources de soins soient équitablement réparties entre tous les patients). Un hôpital comme l'hôpital Saint-Louis, à Paris, est équipé pour soigner certaines formes de leucémie par la technique dite des « *Car T cells* », qui coûte à ce jour environ 300.000 euros par patient. Le coût pour soigner deux patients est à peu près égal à la dotation dédiée à la PASS de l'hôpital Saint-Louis pour soigner tous les patients sur une année. Ainsi, un tel traitement demande d'allouer la quasi-totalité des ressources de la PASS à un nombre très restreint de patients et pose de manière classique un dilemme portant sur l'opportunité d'un tel soin en regard des impératifs déontologiques applicables à la situation. Or, il est manifeste que l'expérience de la pratique des PASS (contrainte notamment par des impératifs d'ordre budgétaire) permet d'apporter d'autres solutions pratiques. Dans la prise en charge de patients en situation de grande vulnérabilité (sans domicile fixe par exemple), le soin apporté ayant le plus de sens dans la relation soignant - soigné n'est à cet égard pas le plus « technique », mais celui qui prolonge de manière quasi-équivalente les vies d'un plus grand nombre de personnes pour un coût minime (traitement anti-hypertenseur ou anti-diabétique par exemple). Il est clair d'autre part qu'un regard considérant, une écoute attentive ou une parole soutenante, à savoir toutes les ressources qualitatives mises en œuvre par les soignants et ne faisant pas partie de la comptabilisation traditionnelle du soin, sont à prendre en compte dans la qualification du soin visant à prolonger la vie d'une personne dont la vulnérabilité physique s'accompagne d'un désespoir moral.

Vulnérabilité active et applications du care : prendre soin des patients, des professionnels, de l'institution et de la collectivité.

Une telle complexité des situations traitées, s'accompagnant de la nécessité d'un arbitrage non seulement technique (le traitement efficace) mais également éthique (l'orientation vers le soin qui permettra de préserver des réserves finies à destination d'autres patients tout autant vulnérables) est un facteur de vulnérabilité du système hospitalier et des professionnels de santé eux-mêmes. Cette vulnérabilité a trait d'abord à la formation des professionnels de santé. A l'exception de la médecine générale en effet, la formation médicale privilégie la dimension médico-technique du soin. Dans les situations de complexité médico-sociale, les médecins spécialistes se retrouvent en difficulté face à des situations posant des problèmes multidimensionnels.

Elle réside d'autre part dans l'hyperspécialisation du système hospitalier, dont la conséquence est l'apparition d'une certaine forme de bureaucratie, l'application systématique de procédures et de normes expliquant la difficulté du système hospitalier à s'adapter.

Face à des situations complexes et surgissant hors des cadres préétablis, les PASS ont développé une approche de santé globale qui permet de rationaliser les parcours de soin. Celles-ci ne se limitent pas seulement au soin des patients puisqu'en un sens, elles visent à « prendre soin » des professionnels confrontés à des situations chronophages et qui les dépassent. Elles incarnent en cela une véritable ressource pour des praticiens démunis face à la complexité de la situation de leurs patients et faisant donc appel à la PASS (en se surajoutant par ailleurs à son activité quotidienne). Aussi, il nous semble que l'expertise de la complexité des professionnels des PASS constitue une ressource précieuse pour les médecins spécialistes de l'hôpital. Leur coopération contribue à réduire mutuellement leur charge mentale et élaborer des solutions communes.

Les PASS étant des « lieux d'accueil », reçoivent logiquement une grande variété de pathologies (aigues ou chroniques) présentant des degrés d'urgence ou de gravité très divers. Si le soin issu du *care* est essentiel, le *cure* ne peut donc pas être sous-estimé, mais articulé conjointement. Cela amène les PASS à « passer la main », ou à collaborer avec des secteurs de spécialités « pointues », ce qui suppose alors un travail de dialogue, et parfois « d'acculturation » pour que la modalité globale de gestion des PASS ne soit pas déniée dans ces lieux relais. Concernant les situations ou pathologies chroniques, la réponse dépasse là encore la responsabilité directe des PASS. Pour les patients concernés, la sortie de la PASS est parfois retardée jusqu'au repérage d'un relais disponible dans le secteur de soins habituel, mais ces stratégies ont leurs limites. Les PASS sont alors, et de nouveau, un lieu de repérage des tensions du système de santé. La problématique des dilemmes éthiques, des choix de priorité difficiles se posent de façon récurrente. A l'inverse de cette valorisation de sens que nous avons citée, cette difficulté, qui peut se traduire par une douleur pour les soignants d'éprouver un décalage entre leur idéal du soin et ce qu'il sera possible de mettre en œuvre dans certains cas, peut expliquer des choix d'évitement de certains soignants, préférant se cantonner au cadre rassurant de leur compétence de spécialité. Dans le cas des situations complexes traitées par les PASS, il est par opposition parfois nécessaire de mettre en œuvre une « supervision » ou des études de cas collectives pour atténuer cette douleur liée aux choix difficiles de soins suboptimaux.

Enfin, en favorisant une juste utilisation de l'hospitalisation et le « juste soin au juste coût », les PASS prennent aussi soin de l'institution et de la collectivité, en développant des critères de répartition des soins différents des critères utilisés habituellement, qui limitent par ailleurs les « effets indésirables » du système de santé (la question de l'acharnement thérapeutique, celle des effets secondaires de traitement venant outrepasser le bénéfice technique attendu), effets ayant eux-mêmes conduits à ce que certains patients s'en détournent, par défiance, comme dans le cas des médecines douces, parfois éloignées de toute rationalité médicale, mais répondant à un besoin d'écoute et

de maîtrise individuelle, au moins partielle, pour les personnes concernées, ne trouvant pas leur place normale dans ce que d'aucuns ont appelé la « médecine officielle ».

Les PASS comme organisations anti-fragiles et comme marges fécondes

Dès lors, pour en revenir aux PASS elles-mêmes, il semble que l'idée de leur vulnérabilité présente plusieurs caractéristiques remarquables, dont l'évocation fera ici office de conclusion.

La première concerne ce que l'on peut appeler en théorie des organisations leur « anti-fragilité », pour reprendre la notion développée par Taleb (Taleb, 2013), cherchant à caractériser l'inverse de la fragilité autrement que par la solidité. Il semble que les PASS (et par extension les professionnels qui y travaillent) puissent être qualifiées d'« anti-fragiles » car elles se renforcent au travers des difficultés rencontrées à partir des situations imprévues et tendent à s'améliorer dans un environnement instable. Il nous semble important de le souligner dans la mesure où les difficultés rencontrées par les PASS, le manque de reconnaissance et de soutien, sont des facteurs susceptibles de les faire disparaître. Tout l'enjeu est au contraire de renforcer les PASS elles-mêmes et leur image auprès de la communauté hospitalière. Cela passe naturellement par un renforcement concret de leurs moyens, mais également, puisqu'il ne nous appartient pas ici de commenter les décisions politiques ou économiques qui président à leur maintien ou leur « survie », par d'autres leviers concrets. La *formation* en est un, tant il apparaît que professionnels et étudiants trouvent dans le travail dans les PASS des éléments qui ont été déterminants dans leur choix d'exercer la médecine. Celles-ci sont par ailleurs particulièrement adaptées à de nouvelles modalités de formation des étudiants en médecine, présentes ici ou là, mais de façon encore parcellaire. Nous en citerons notamment deux :

- la « médecine narrative », où la mise en récit du vécu des patients, notamment pour toutes les situations chroniques et graves, qui aident les étudiants à s'approprier la dimension « globale » du soin, et à apprendre que les éléments intimes, professionnels, relationnels, ne peuvent être complètement séparés des composantes physiologiques ;
- la présence de « patients experts », qui, par le biais d'associations de patients (ou de formations plus individuelles, certaines étant désormais de niveau universitaire) peuvent s'associer à l'enseignant, pour ajouter « l'expertise de leur vécu » aux leçons concernant telle ou telle pathologie.

Pour nous, ce qui s'opère en PASS relève de la résilience, de laquelle l'anti-fragilité peut être rapprochée, à la fois à titre individuel et collectif. Apporter de l'attention et de la considération aux patients en situation de vulnérabilité contribue à favoriser leur résilience. En ce qui concerne les professionnels des PASS, les obstacles et les difficultés, le manque de reconnaissance et de soutien auraient pu amener à la disparition de la PASS. Au contraire cela a conduit à chercher des stratégies pour les contourner, les dépasser et finalement les renforcer, ainsi que l'image de la PASS auprès de la communauté hospitalière.

Ainsi, les PASS de certains hôpitaux comme celle de l'hôpital Saint-Louis à Paris ont pu s'affirmer comme lieu de ressources et de solutions à destination de l'ensemble

des autres services, alors qu'elles avaient été au départ pensées dans une forme de discontinuité avec le reste de l'hôpital. Depuis plus de 10 ans, la PASS de l'hôpital Saint Louis est régulièrement saisie par des services de spécialité comme la cancérologie et l'hématologie, ayant envisagé des stratégies thérapeutiques au cours de réunions d'équipe, dites RCP (Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles). Mais parfois, le contexte social, le lieu de vie, ou l'appropriation des traitements par des personnes de langue ou culture différente ne fonctionne pas et les spécialistes se sentent pris dans une impasse technique, malgré cette concertation. LA PASS, dans ces cas, reprend l'analyse du dossier à la lumière de sa propre expertise, et propose une nouvelle réunion élargie, dite « RCPMSE », qui complète la RCP par une volonté « médico-sociale et éthique » (Georges-Tarragano, 2014). L'éthique siège en particulier dans l'élargissement des professionnels mobilisés, et cette volonté d'aboutir à une appropriation des propositions par les patients concernés, quitte à leur faire remettre en cause des projets poursuivis avec sincérité, mais dont ils mesurent différemment des conséquences disproportionnées, comme l'impossibilité de retour au pays d'origine pour des patients étrangers coupés de leur famille. Les RCPMSE proposent des solutions adaptées au contexte, mais parfois de « moindre mal », incomplètement satisfaisantes. On rejoint alors les propos de Paul Ricoeur au sujet de la faiblesse des compromis, par rapport aux positions tranchées, et au risque permanent du compromis d'être pris pour de la compromission (Ricoeur, 1991). Les PASS se tiennent sur cette ligne de crête. Mais souvent, lors de ces échanges, les secteurs de spécialité concernés perçoivent l'enrichissement apporté par ce dialogue ouvert élargi et les propositions pragmatiques qui s'en dégagent, traductions actives et concrètes de « l'antifragilité » paradoxale des PASS.

Si ces dernières restent, pour toutes les raisons évoquées *supra*, en marge de l'hôpital contemporain, elles semblent alors en démontrer la fécondité. De la même manière que le SIDA lorsqu'il est apparu comme maladie épidémique et sans soin curatif efficace ou aujourd'hui les problèmes liés à la fin de vie et aux soins palliatifs, les PASS viennent ici, malgré leur marginalité sur le plan statistique, questionner un modèle dominant, en révélant certains de ses écueils et de ses insuffisances, et en proposant des solutions pragmatiques. Aussi, nous pensons que la *marginalité* des PASS ne doit pas les conduire à se désolidariser de l'hôpital, voire envisager de le quitter, pour former des structures de ville indépendantes. Bien au contraire, c'est en les plaçant au cœur de l'hôpital lui-même, alors à l'écoute de ses propositions concrètes, qu'elles nous semblent les plus utiles pour proposer le juste soin d'aujourd'hui et de demain.

Références

OIT, Déclaration concernant les buts et objectifs de l'Organisation Internationale du Travail (Déclaration de Philadelphie), Philadelphie, 1944.

OMS, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946.

C. Dejours, P. Molinier, « Le travail comme énigme »,

Sociologie Du Travail, vol. 36, no 1, Elsevier, janvier 1994, p. 35-44.

D. Fassin, « Politiques hospitalières et pratiques inhospitalières », *Face à face* [En ligne], 2, 2000, mis en ligne le 01 juin 2000, consulté le 09 novembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/537>

C. Georges-Tarragano, F. Tapié de Céleyran, J. Platon, JL Misset, « Décider en cancérologie dans les situations médicosociales complexes : les réunions de concertation pluriprofessionnelles médicosociales et éthiques à l'hôpital Saint-Louis de Paris », *Oncologie* (2014), 16, pp. 55-62.

C. Georges-Tarragano, « Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : tradition d'hospitalité et modèle d'organisation innovante », *Revue de médecine interne*, 2015, 36, pp. 38-41.

C. Georges-Tarragano, *et al.*, « Crise du Covid-19 : une opportunité pour l'essor de pratiques collaboratives et la co-construction à l'hôpital », *Revue Hospitalière de France*, 594, mai-juin 2020, pp.18-24.

R. Horton, « Offline: COVID-19 is not a pandemic », *The Lancet*, vol. 396, no 10255, 26 septembre 2020, p. 874.

D. Mechali, « "Ce qu'ils m'ont appris" L'apport des perspectives du *care* dans les relations soignants – soignés », dans : Claire Georges-Tarragano (dir.), *Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*. Rennes, Presses de l'EHESP, « Controverses », 2015, p. 31-46.

P. Molinier, « Care = ! Travail », in. Collectif, *Que sait-on du travail ?*, Presses de Sciences Po / Le Monde, 2023, 608 pages, pp. 499-511.

P. Paperman, « D'une voix discordante, désentimentaliser le care, démoraliser l'éthique », in. P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman (dir.), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Payot, « Petite Bibliothèque », 2009, 302 pages, pp. 89-101.

P. Ricœur, « Pour une éthique du compromis », *Alternatives non violentes*, 80, 1991.

D. Sicard, « La nouvelle aventure de la médecine », *Laennec*, 2016/4 (Tome 64), p. 19-28.

N. N. Taleb, *Antifragile, Les bienfaits du désordre*, trad. C. Rimoldy, L. D'Azay, 2013, 660 pages.

F. Tapié de Céleyran, H. Astre, N. Aras, D. Grassineau, T. Saint-Val, M. Toolan, N. Vignier, C. Aparicio, R. Flicoteaux, Claire Georges-Tarragano, « Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2017, (19-20), pp. 396-405.